S2 November 2013_24. Jahrgang_www.BVDN.de

NeuroTransmitter

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN),
des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN)
und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

Sonderheft des BVDP zum Kongress der DGPPN 2013

Von der Therapie zur Prävention

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist gefragt

Hier steht eine Anzeige.

Springer

»Psychiater oder Psychiaterin sein, der schönste Beruf der Welt!«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
1. Vorsitzende des BVDP

Es bleibt spannend!

Mit großer Freude überreicht Ihnen der Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP) wie in jedem Jahr das Sonderheft des NeuroTransmitter anlässlich des DGPPN-Kongresses in Berlin.

Es war in diesem Jahr „viel los" in unserem Fach und das wird sich auch in 2014 fortsetzen. Honorarverhandlungen der KBV mit den Krankenkassen haben begonnen, die EBM-Reform steht vor ihrer zweiten Stufe. Nach der Zuordnung der Vergütung für Richtlinienpsychotherapie in die extrabudgetäre Gesamtvergütung geht es nun um die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien. Wir sprachen dazu mit KBV-Chef Dr. Andreas Köhler.

Im „Fall Mollath" warf die öffentliche Meinung ein sehr kritisches Auge auf die Psychiatrie als Disziplin allgemein und auf Zwangsmassnahmen im Besonderen. Die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) der Deutschen Ärzteschaft veröffentlichte eine Stellungnahme zur Zwangsbehandlung im Deutschen Ärzteblatt. In dieser NeuroTransmitter-Sonderausgabe finden Sie die Stellungnahme der DGPPN zum Thema, die von den Berufsverbänden BVDP und BVDN mitgetragen wird, sowie eine Stellungnahme des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener in Rheinland-Pfalz LVPE-RLP, vertreten durch den Kollegen Hoffmann (Zahnarzt). Übereinstimmung besteht darüber, dass der richtige Weg eingeschlagen wurde, jedoch weiterhin Handlungsbedarf besteht.

Sind wir als Psychiater zukunftsfähig?

Dr. Heiner Melchinger ist Psychologe und Versorgungsforscher in Hannover. Er ist bekannt als jemand, der drängende und oft unbequeme Fragen zu Missständen in der Versorgung psychisch Kranker stellt. Gemeinsam mit ihm entstand der Beitrag zum berufspolitischen Status quo der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und der Attraktivität des Berufsbildes heute und in Zukunft.

Die Selektivverträge im Land haben die psychiatrische Versorgung bisher punktuell sicher verbessern können, sind aber keineswegs soweit, die Regelversorgung insgesamt zu bereichern. Wesentliche Ergebnisse bisheriger Evaluationen belegen aber eindeutig: Mehr ärztliche Zeit für den Patienten und definierte Behandlungspfade verbessern deutlich den Krankheitsverlauf. Drei Kollegen aus unserem Berufsverband schildern Ihre langjährigen Erfahrungen.

Fortbildung bis tief in den molekularen Bereich

Zur Lektüre besonders empfehlen möchte ich Ihnen die beiden hoch interessanten Übersichtsartikel zu aktuellen Forschungsergebnissen in wichtigen Teilbereichen unseres Faches. Professor Dorothea von Haebler ist Expertin in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Menschen mit Psychosen und im Vorstand der noch jungen Dachgesellschaft für Psychosen-Psychotherapie (DGPP). Sie schildert den aktuellen Forschungsstand zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans und erläutert, was für eine bessere Versorgung von Menschen mit Psychosen noch in Politik, Praxis, Lehre und Forschung getan werden muss.

Professor Iris-Tatjana Kolassa und Dr. Eva Schwarz waren beteiligt an den aufsehenerregenden Untersuchungen zur PTBS in der Folge des dramatischen Genozids in Ruanda. In ihrem faszinierenden Artikel zur „Molekularen Psychologie der PTBS" beschreiben sie, wie traumatischer Stress auf molekularer Ebene das Immunsystem und sogar die DNA beeinflusst und gehen den Fragen nach: Wer entwickelt eine Traumafolgestörung und wer ist „immun" dagegen und weshalb? Gibt es genetische Risiko- oder Schutzfaktoren, die auch den Erfolg einer Psychotherapie beeinflussen?

Das geht uns alle an – als Mensch und Psychiater

Unser Vorstandsmitglied Dr. Greif Sander engagiert sich für die Flüchtlingshilfe. Die aktuellen Berichte über das Elend der Bootsflüchtlinge im Mittelmeer geben seiner Stellungnahme und seinem Aufruf an uns Psychiater, hier nicht wegzusehen, eine traurige Aktualität.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und einen erfolgreichen Kongress mit vielen neuen Erkenntnissen und anregenden Begegnungen!

Im Namen des BVDP Vorstands,

Ihre

NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e. V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN),
1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb)
Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: -404972
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP: D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: Dr. med. Gunther Carl (gc) (verantwortlich), Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München
Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1399, www.springerfachmedien-medizin.de

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Dr. med. Esther Wieland, Fabian Kaufmann

Director Facharzt Medizin: Dr. med. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. rer. nat. Gunter Freese

Redaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szostecki (-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (CvD, -1409), Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Herstellung: Alison Hepper (Leitung), Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung), Tel.: 06221 4878-104, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenverkauf: Peter Urban (Leitung), Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com; Anzeigenpreisliste Nr. 15 vom 1.10.2012.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung), Tel.: 06102 506-148, E-Mail: marion.horn@springer.com

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springerfachmedien-medizin.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 23 €. Jahresabonnement: 207 €. Für Studenten/AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 29 €, Ausland 48 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 56,72 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise:
Veröffentlicht werden nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührenzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München
ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2012

Inhalt Sonderheft 2/ 2013

3 Editorial

Berufspolitik

6 Gesprächs- und Betreuungsleistungen endlich wieder im Aufwind?
Interview mit Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

8 Unseren Facharzt zukunftsfähig machen
Schlüsselfrage der Versorgung
Christa Roth-Sackenheim, Andernach und Heiner Melchinger, Hannover

16 Der nächste Paradigmenwechsel
Standpunkt des LVPE-RLP zur ZEKO-Stellungnahme
Carsten Hoffmann, Königswinter

20 Zwangsbehandlung durch andere Prioritätensetzung verhindern
Stellungnahme der DGPPN zum ZEKO-Papier

Integrierte Versorgung

22 Der „niedersächsische Weg“
Zwischenbilanz eines innovativen Versorgungsnetzwerks
Matthias Walle, Hemmoor, und Norbert Mayer-Amberg, Hannover

24 Erfahrungen aus Berlin und Brandenburg
Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit berichtet
Norbert Mönter, Berlin

27 Zusätzliche ambulante psychiatrische Leistungen wirken!
Verträge und Modellprojekte
Christian Vogel, München

Fortbildung

30 Psychotherapie für Menschen mit Psychosen
Ein konstruktiver Ausblick
Dorothea von Haebler, Berlin

37 Molekulare Psychologie der PTBS
Befunde sprechen für zeitnahe Psychotherapie
Eva Schwarz und Iris-Tatjana Kolassa, Ulm

Rund um den Beruf

42 Öffnen wir die Türen für Geflüchtete!
Diskussionspapier des BVDP-Vorstandsreferates Migration
Greif Sander, Hannover

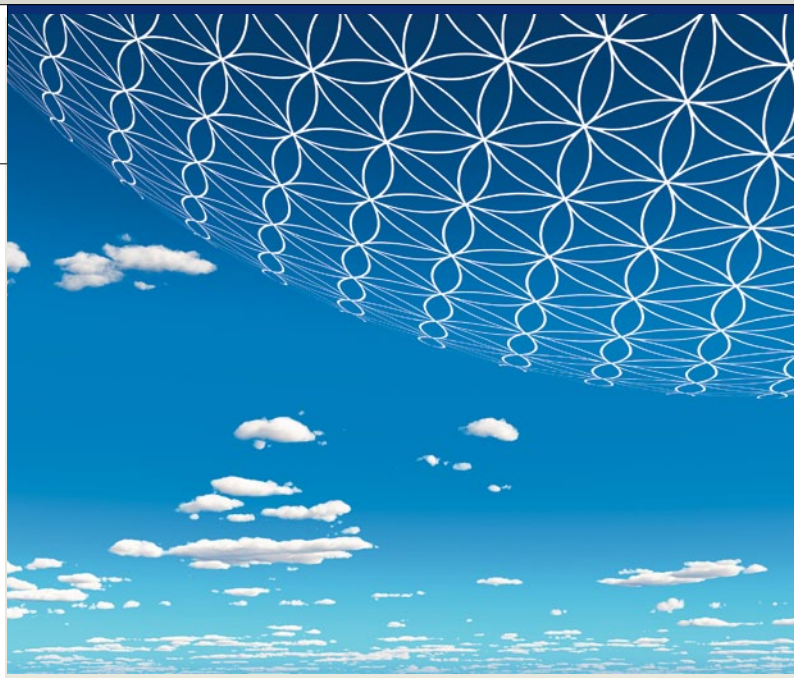
45 Neues Gesicht, aktualisierte Inhalte
Die Internetseiten der „Psychiater im Netz"
Jochen Lamp, Frankfurt am Main

45 Im Alltag alleingelassen
Schizophrenie aus der Sicht einer Mutter
Buchrezension und Interview mit der Autorin
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

4 Impressum

48 Pharmaforum

52 Verbandsservice



Vielseitigkeit erleben

Aktuelle Forschungsergebnisse, berufspolitische Standortbestimmung, innovative Versorgungskonzepte, ethische Fragen, aktuelle Flüchtlingspolitik – ein Heft, dessen Inhalt die Vielseitigkeit unseres Faches widerspiegelt. Psychiater oder Psychiaterin sein, der schönste Beruf der Welt! findet Christa Roth-Sackenheim, Schriftleiterin dieser Sonderausgabe des NeuroTransmitter, und freut sich auf interessante Inhalte und Begegnungen beim DGPPN-Kongress in Berlin, der in diesem Jahr unter dem Motto „Von der Therapie zur Prävention" stattfindet.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung)
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com
Dr. rer. nat. Carin Szostecki (-1346)
E-Mail: carin.szostecki@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Telefon: 0160 97796487 , Fax: 02632 964096
E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Titelbild:
© styleuneed – Fotolia.com

Honorarverhandlungen und EBM-Reform

Gesprächs- und Betreuungsleistungen endlich wieder im Aufwind?

Wie immer geht es bei den Verhandlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) um Geld – viel Geld: Die EBM-Reform steht an mit einigen grundlegenden Änderungen, dazu ein Nachjustieren gerade bei den neuropsychiatrischen Leistungen, wie der Vorstandsvorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler, im Interview bestätigte.

© KBV, Svea Pietschmann

»Forderung der KBV wird es (…) sein, eine angemessene Vergütung der Gesprächs- und Betreuungsleistungen der Psychiater, Nervenärzte und Neurologen zu erreichen.«

Dr. med. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender der KBV

? *Die Honorarverhandlungen der KBV mit den Krankenkassen haben begonnen. Was sind die Ziele der KBV für 2014?*

Dr. Andreas Köhler: Für das Jahr 2014 sind zwei Ziele für die KBV maßgeblich: Zum einen die jetzt schon aktuell anstehenden Verhandlungen zur Höhe der Vergütung im Jahr 2014, für die der Bewertungsausschuss Beschlüsse und Empfehlungen vorgibt und zum anderen der zweite maßgebliche Schritt einer EBM-Reform. Für die Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2014 haben sich die Gremien der KBV bereits jetzt eindeutig positioniert. Dabei geht es um drei Forderungen:

1. Der zum 1. Oktober 2013 festgelegte Orientierungswert von 10 Cent soll um 2,6 % angehoben werden, um die von 2013 zu 2014 gestiegenen Betriebs- und Investitionskosten der Praxen zu berücksichtigen.
2. Die Veränderung der Krankheitslast der Wohnbevölkerung, die zu einem erhöhten ambulanten Versorgungsbedarf führt, soll über die sogenannte Veränderungsrate berücksichtigt werden. Diese stellt eine Empfehlung für die regionale KV dar, besteht aus einer demografie- und morbiditätsspezifischen Komponente und wird über ein Routineverfahren ermittelt.
3. Überführung (Ausbudgetierung) der Leistungen der begrenzten Gesamtvergütung in eine Einzelleistungsvergütung. Hier hat die KBV den Antrag gestellt, alle haus- und fachärztlichen Grundleistungen zu überführen.

Verbunden mit diesen drei zentralen Forderungen ist die endgültige Festsetzung einer getrennten Weiterentwicklung von Preis und Menge der ärztlichen Leistungen. Dies ist ein zentraler und bedeutsamer Punkt, um endgültig die über zwanzig Jahre andauernde Verkoppelung von Preis und Menge ärztlicher Leistungen zu lösen. In der Vergangenheit hat eine steigende Leistungsmenge immer dazu geführt, dass der Preis der ärztlichen Leistungen verfiel. Dieses abstruse System muss dauerhaft abgelöst werden. Zusätzlich ist es existenziell wichtig, dass wie in allen anderen Branchen in Deutschland ein Inflationsausgleich erfolgt. Die Forderungen nach Überführung der ärztlichen Grundleistungen in eine Einzelleistungsvergütung ist eine zwingende Voraussetzung für eine feste und planbare Vergütung.

Das zweite Ziel der KBV ist die anstehende zweite Stufe der EBM-Reform. Neben der Überprüfung der Leistungsbeschreibungen und dem Ziel, die ärztlichen Leistungen transparenter als bisher zu gestalten, wird es vor allem um eine Überprüfung der Bewertung der Leistungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gehen. Dabei sind klare Ziele der KBV, die Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung ebenso wie eine Verbesserung der Vergütung der sogenannten sprechenden und betreuenden fachärztlichen Leistungen. Die Verhandlungen dazu haben allerdings noch nicht begonnen.

? *Sehen Sie eine Möglichkeit der besseren Vergütung psychiatrischer Leistungen?*

Köhler: Psychiatrische Leistungen des EBM sind im Wesentlichen für Diagnostik und Therapie psychiatrischer Erkrankungen aufgeführte Gesprächs- und Betreuungsleistungen mit der Besonderheit, dass diese ausschließlich in der individuellen Arzt-Patienten-Kontakt-Beziehung erfolgen können. Dies muss künftig bei der Bewertung der psychiatrischen Leistungen berücksichtigt werden. Wir müssen auch die spezifische und besondere Kompetenz dieser Form von Gesprächs- und Betreuungsleistungen mit berücksichtigen. Dabei muss

endlich auch die Tatsache im EBM berücksichtigt werden, dass unter anderem auch Neurologen, insbesondere zur Behandlung von Patienten mit Demenz solche Betreuungs- und Gesprächsleistungen benötigen. Dies gilt selbstverständlich auch für die Psychiater und Nervenärzte. Hinzu kommt, dass ich die Auffassung vertrete, dass es einer Neuordnung in Bezug auf die ungleich hohe Bewertung psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Gesprächs- und Betreuungsleistungen bedarf. Forderung der KBV wird es diesbezüglich sein, eine angemessene Vergütung der Gesprächs- und Betreuungsleistungen der Psychiater, Nervenärzte und Neurologen zu erreichen.

Was steckt hinter der Pauschale Fachärztliche Grundvergütung (PFG), die auch der Fachgruppe der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen zugute kommt?

Köhler: Mit der Pauschale stärken wir die fachärztliche Grundversorgung. Denn schon jetzt ist der Ärztemangel spürbar. Neben Hausärzten fehlen vor allem Mediziner, die sich um die fachärztliche Basisversorgung der immer älter werdenden Bevölkerung kümmern. Schuld daran ist auch die unzureichende Finanzierung der Leistungen.

Wie werden sich Ihrer Einschätzung nach Morbiditätsanstieg und demografische Entwicklung auf die Verhandlungen mit den Krankenkassen auswirken?

Köhler: Die Entwicklung der Altersstruktur der Gesellschaft ist alarmierend. Der medizinische Fortschritt führt zu einer immer höheren Lebenserwartung. Hinzu kommen sinkende Geburtenraten. Je mehr alte Menschen es gibt, umso mehr Ärzte brauchen wir auch. Daran müssen wir arbeiten. Die Honorarverhandlungen sind eine Herausforderung und gestalten sich immer schwierig, da Krankenkassen und Ärzteschaft in der Regel unterschiedlicher Meinung sind. Zu welchem Ergebnis wir in diesem Jahr gelangen, wird sich Ende September zeigen. Ich hoffe, dass die Krankenkassen sich versichertenorientiert zeigen und bereit sind, die wohnortnahe ambulante Versorgung zu sichern.

Die wissenschaftliche Auswertung von Selektivverträgen und deren Verhältnis zum Kollektivvertrag ist wenig transparent, was Bereinigung und Anpassung der Morbiditätsrate angeht. Was sind die Ziele der KBV diesbezüglich?

Köhler: Ein Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen ist sinnvoll. Selektivverträge, die die Versorgung nachweislich verbessern, sollen in den Kollektivvertrag übernommen werden. Unerlässlich sind jedoch stichhaltige Evaluationen, die den Nutzen der Selektivverträge belegen.

Die Vergütung für die Richtlinienpsychotherapie ist nun in der EGV verortet. Glauben Sie, dass sich das auf die Haltung der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien auswirken wird?

Köhler: Diese Frage müssen Sie vor allem den Krankenkassen stellen. Gegenwärtig spüren wir noch nicht, dass sich die Haltung der Krankenkassen zu den Leistungen der Richtlinienpsychotherapie verändert hat. Weitergehende Diskussionen finden vor allem im Gemeinsamen Bundesausschuss statt. Dabei geht es aber um eine Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen mit Leistungen der Richtlinienpsychotherapie.

Herr Köhler, vielen Dank für das Gespräch!

»In der Vergangenheit hat eine steigende Leistungsmenge immer dazu geführt, dass der Preis der ärztlichen Leistungen verfiel. Dieses abstruse System muss dauerhaft abgelöst werden.«

Das Interview führte Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Schlüsselfrage der Versorgung

Unseren Facharzt zukunftsfähig machen

Die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Pychotherapie müssen gegensteuern.

© thomaslerchphoto / Fotolia.com

An der vertragsärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung sind viele Fachgruppen beteiligt. Die Zahl der Psychotherapeuten ist weit größer als die der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie – und sie steigt weiter. Es ist Zeit, gegenzusteuern.

CHRISTA ROTH-SACKENHEIM, ANDERNACH, HEINER MELCHINGER, HANNOVER

Nervenärzte/Psychiater machen zusammen nur 18 % aller Akteure im Bereich der vertragsärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung aus. Die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich hauptsächlich originärer psychiatrischer Tätigkeit widmen, schrumpft. Die Zahl der Psychotherapeuten nimmt immer noch weiter zu. Auf einen Psychiater kommen gegenwärtig etwa fünf Psychotherapeuten (**Abbildung 1**). Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten wurden in dieser Abbildung nicht berücksichtigt. Sie haben aber eine herausragende Rolle in der psychiatrischen Versorgung.

Biopsychosoziales Modell als Richtschnur?

Dass die Entstehung und die Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen in der Regel auf ein komplexes Zusammenspiel von organischen, persönlichen und sozialen Faktoren zurückzuführen ist, ist heute weitgehend Allgemeingut. Auch dem medizinischen Laien ist bekannt, dass es psychische Störungen gibt, die primär durch Hirnerkrankungen bedingt sind, durch andere organische Erkrankungen mitverursacht werden oder auf Nebenwirkungen von Medikamenten zurückzuführen sind. Schließlich entspricht es auch der Alltagserfahrung, dass Menschen für psychische Störungen unterschiedliche Vulnerabilitäten haben. Aus diesen Erkenntnissen ergibt sich, bei Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen alle möglichen Einflussfaktoren im Blickfeld zu behalten. Dem wird in der Öffentlichkeit aber nicht immer gefolgt. Ein Erklärungsmodell, das psychische Störungen auf lebensgeschichtliche Erfahrungen, aktuelle Konflikte oder zu hohe Anforderung in der Arbeitswelt reduziert, ist vielen Menschen „sympathischer".

Das Ausblenden von organischen Ursachen kann fatale Folgen haben. Ein Fallbeispiel: Ein Patient mit depressiver Symptomatik begleitet von Kopfschmerzen ist seit längerer Zeit in psychotherapeutischer Behandlung. Leitliniengerecht eingesetzte Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, Entspannungstechniken und Methoden zur Veränderung der Schmerzwahrnehmung bleiben ohne Erfolg. Erst nach einem halben Jahr wird der Patient bei einem Psychiater vorstellig, der einen Tumorverdacht hat. Das MRT zeigt einen großen intrakraniellen Tumor, der eine rasche Operation erforderlich macht. Durch die lange Psychotherapie wurde wertvolle Behandlungszeit verschenkt. Das Nichterkennen von organischen Bedingungsfaktoren kann den Psychotherapeuten nicht zum Vorwurf gemacht werden. Die dafür erforderliche Qualifizierung ist nicht Bestandteil ihrer Ausbildung. Die Kritik trifft eher das System, das die Psychotherapie gewährt, ohne eine vorausgehende umfassende fachärztliche Abklärung zu fordern.

Schwerkranke bleiben die Verlierer

Durch die massive Ausweitung von Psychotherapeutensitzen in den letzten zehn Jahren hat sich die Versorgung von leicht bis mittelgradig Erkrankten verbessert, bei denen die Exploration einen Zusammenhang zwischen Störung und belastenden Ereignissen/Anforderungen nahelegt. Unberührt vom Ausbau der Psychotherapie blieb die Situation der chronisch oder rezidivierend psychisch Erkrankten defizitär. Schwerkranke, wie Menschen mit Psychosen, finden in der Regel keinen Behandlungsplatz in der Psychotherapie. Durch eine weitere Ausdünnung der psychiatrischen Versorgung wird sich die Situation von schwe-

rer Erkrankten weiter verschlechtern. Dabei war es das primäre Anliegen der Psychiatriereform, die defizitäre Versorgung der chronisch psychisch Kranken zu verbessern.

Richtlinientherapie unzulänglich

Die große Zahl der Psychotherapeuten darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Dichte der Therapeutensitze durch extreme regionale Disparitäten gekennzeichnet ist. Einer Überversorgung in Ballungsräumen und besonders in Universitätsstädten stehen große ländliche Regionen ohne einen einzigen Psychotherapeuten gegenüber. Bezogen auf 10.000 Einwohner gibt es in München zum Beispiel sieben Mal so viele Psychotherapeuten wie in Sachsen-Anhalt. Gänzlich ungeregelt ist die Verteilung der psychotherapeutischen Ausrichtungen. So dominieren in westfälischen Regionen Verhaltenstherapien, in Hamburg dagegen tiefenpsychologische Verfahren. Die größte Dichte identischer Therapieverfahren findet man rund um die jeweiligen Ausbildungsinstitute. Bei gleicher Problemlage von Patienten kann es also von deren Wohnort abhängen, welches Therapieverfahren zum Einsatz kommt, wie lange die Therapie dauert und was die Therapie kostet.

Eine grundsätzliche Beschränkung zur Anwendung von Richtlinienpsychotherapie liegt in ihren „Aufnahmebedingungen“: Patienten müssen noch so weit gesund sein, dass sie eine Therapiestunde lang mitdenken, reflektieren und beim Thema bleiben können. Darüber hinaus müssen sie über einen längeren Zeitraum vereinbarte Therapietermine verlässlich einhalten können. Schwerer Erkrankte und Patienten, zu deren Krankheitsverlauf akute Phasen gehören, werden dazu selten in der Lage sein.

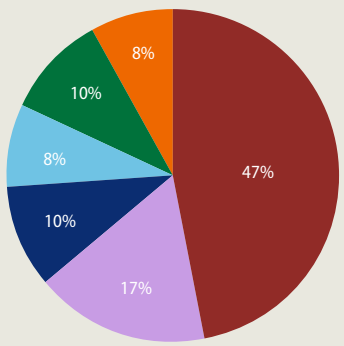
Im stationären Sektor gab es vor 20 Jahren den Paradigmenwechsel vom institutionenzentrierten zum personenzentrierten Ansatz. Auch von der Psychotherapie muss ein solcher Wandel gefordert werden. Es gibt keine psychische Erkrankung, die nicht von Psychotherapie im weiteren Sinne profitiert. Es kann nicht sein, dass Patienten, die nicht in die Schemata von Richtlinienpsychotherapie passen, von Psychotherapie ausgeschlossen bleiben. Psychotherapie muss an die Bedürfnisse und die Möglichkeiten von Patienten angepasst werden und nicht umgekehrt.

Leistungspotenziale begrenzt

In den meisten KVen steht dem niedergelassenen Psychiater pro Quartal nicht mehr als etwa eine halbe Stunde finanzierte Gesprächszeit zur Verfügung. Die Vielzahl der „Soll-Gesprächsleistungen“– aufgelistet in **Tabelle 1** – kann er nicht in einer halben Stunde unterbringen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen müssen sich Psychiater auf die medikamentöse Behandlung fokussieren und es bleibt ihnen oft keine andere Wahl, als Patienten, die sie bei anderen Vergütungsregelungen selbst behandeln könnten, an eine Institutsambulanz zu überweisen oder eine stationäre Einweisung zu veranlassen. Die Behandlungskontinuität wird dadurch unterbrochen, der Psychiater erfährt nicht systematisch, was am anderen Ort mit dem Patienten geschieht oder geschah. Schnittstellenverluste, die Gefahr von Chronifizierungen und von Drehtür-Entwicklungen sind vorprogrammiert.

Für Schwerkranke, deren Behandlung „kontinuierlich umfangreiche Komplexleistungen“ erfordert, gibt es keine ambulante Alternative zur Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Es gibt aber auch PIA-Patienten, die – eine kostendeckende Vergütung des Behandlungsaufwands vorausgesetzt – genauso gut in

Abbildung 1



© Nach Kruse J, Herzog E. Gutachten zur ambulanten psychosomatischen/Psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland im Auftrag der KBV, 2012

Fachgruppenanteile an der Versorgung.

Tabelle 1

Gesprächsleistungen in der psychiatrischen Praxis

- Empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Differenzialdiagnostische Abklärungen (Berücksichtigung somatischer, genetischer, pharmakogener, biographischer und persönlichkeitsbezogener Ursachen und Komorbiditäten)
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodells, Klärung aktueller Motivationen und Therapieerwartungen des Patienten
- Vermittlung des biopsychosozialen Krankheitsmodells zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen
- Vermittlung eines Verständnisses der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose und Vermittlung von Einsicht in die Notwendigkeit adäquater Therapien
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von aktuell überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation
- Stärken vorhandener Ressourcen
- Gespräche mit Angehörigen
- Koordination verbaler, medikamentöser, soziotherapeutischer und verhaltenspsychiatrischer Behandlungsstränge

© Nach Vortrag F. Bergmann „Wertschätzung der psychiatrischen Psychotherapie“, Marburg 2012

Tabelle 2

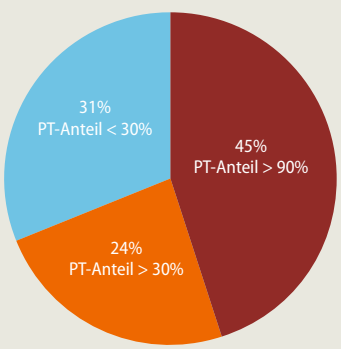
Kostenkalkulation PIA versus Vergütung Psychiater

Direkte Personalkosten	**Kostenanteile**
Ärztlicher Dienst	25,7 %
Psychologe	13,2 %
Sozialarbeiter	11,4 %
Pflegepersonal	16,5 %
Arzthelferin	7,0 %
Summe	73,8 %
Inanspruchnahme ärztlicher Bereitschaftsdienst	4,8 %
Indirekte Personalkosten	**7,9 %**
Personalkosten je Fall/Quartal	**86,5 %**
Diagnostische Leistungen (Labor, EEG/EKG)	3,0 %
Sachkosten (Wirtschaftsbedarf, Fahrtkosten u.a.)	10,5 %
Sachkosten je Fall/Quartal	**13,5 %**
Gesamtkosten je Fall/Quartal	**100,0 %**

Lässt man die rot markierten Kostenanteile als PIA-spezifische Leistungen außer Betracht, würden sich für PIA-äquivalente Leistungen des Nervenarztes 67,3 % der PIA-Kosten ergeben. Bei der PIA-Vergütung in Niedersachsen von 251,43 € entsprechen 67,3 % einem Kostenbedarf von 169,21 €.

Nach Daten der KV Niedersachsen, Quartal II/2011

Abbildung 2



Nach Daten der KV Niedersachsen, Quartal II/2011

Psychotherapeutisch tätige Psychiater (Beispiel Niedersachsen)
45 % der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie fokussieren sich auf Psychotherapie, leisten also keine Regelversorgung.

der psychiatrischen Praxis behandelt werden könnten. Ansetzend an der PIA-Kostenkalkulation eines Krankenhauses haben wir berechnet, wie ein Vergütungsrahmen aussehen müsste, um Patienten in der psychiatrischen Praxis behandeln zu können, die der MDK in der PIA für fehlplatziert hält (**Tabelle 2**). Danach müsste dem niedergelassenen Psychiater für die Behandlung von schwerer Erkrankten eine Vergütung von 67,3 % der PIA-Pauschale zur Verfügung stehen. Bezogen auf eine PIA-Quartalspauschale in Höhe von 250 € würde dieser Anteil einer vertragsärztlichen Honorierung von 169 €/Fall/Quartal entsprechen. Tatsächlich stehen den niedergelassenen Psychiatern für die Behandlung psychisch Kranker aber Fallhonorare zur Verfügung, die sich – von Sonderfällen abgesehen – zwischen etwa 60 € bis unter 40 € bewegen.

Tätigkeitswechsel problematisch

Wie schon erwähnt, nimmt der Anteil der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zu, die sich weitgehend auf Richtlinienpsychotherapie fokussieren und damit nicht mehr für die Regelversorgung zur Verfügung stehen. Wie Daten aus Niedersachsen zeigen, ist der Anteil dieser Gruppe keine marginale Größenordnung (**Abbildung 2**). Hier wurden die Kapazitäten für die Regelversorgung praktisch halbiert. Bei den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Psychiatern steht nach wie vor „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie" auf dem Praxisschild. Wird bei einem solchen Psychiater ein Psychosekranker vorstellig, wird er von dort an einen Facharzt verwiesen, der noch Regelversorgung leistet.

Abspaltung der Psychosomatik

1992 wurde die Psychotherapeutische Medizin als eigenständiges Fach eingerichtet, zehn Jahre später umetikettiert zu „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie". Ob die Abspaltung von der Mutterdisziplin Psychiatrie richtig war und ob die darauf folgende Eigendynamik des Fachs mit den Zielsetzungen der Psychiatriereform in Einklang zu bringen ist, wird kontrovers diskutiert.

Zur Entwicklung der Psychosomatik im stationären Bereich wird 2007 im Bericht „Psychiatrie in Deutschland" der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz der Länder festgestellt: „Die bisherige Entwicklung, nach der einerseits chronisch und schwer psychisch Kranke in regional ausgerichteten psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung behandelt und andererseits Patienten mit leichteren Krankheitsverläufen in psychosomatischen Einrichtungen ohne Aufnahmeverpflichtung therapiert werden, hat bereits zu Doppelstrukturen geführt. Diese Dichotomisierung ist weder unter fachlichen noch wirtschaftlichen Gesichtspunkten akzeptabel. Bei einer Fortsetzung dieser Doppelstruktur besteht die Gefahr einer erneuten Ausgrenzung und Konzentration chronisch psychisch kranker Menschen, verbunden mit einer unweigerlichen Stigmatisierung sowie möglicherweise auch einer Ausweitung der Chronifizierung."

Psychiater versorgen den Löwenanteil

Der Anteil der Psychiater an allen Praxen, die psychische Erkrankungen behandeln, macht nur 18 % aus, aber diese 18 % versorgen 77 % aller Patienten mit psychischen Störungen. Von der kleinen Gruppe der Psychiater werden mehr Patienten erreicht als von der fast zehnmal so großen Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten. Ein Psychiater behandelt im Jahr etwa 800 bis 1.000 Patienten, ein Psychotherapeut etwa 50.

Die Aussagen der Psychotherapeutenverbände zum Schweregrad der Erkrankung von Psychotherapie-Patienten sind uneinheitlich. Einerseits heißt es, Psychotherapeuten seien gehalten, „vor allem Patienten mit guten Veränderungspotenzialen" zu behandeln. Danach müssen sich Psychotherapeuten auf leichter Erkrankte fokussieren, da diese Gruppe die besten Veränderungspotenziale aufweist. Auf der anderen Seite wehren sich die Psychotherapeutenverbände gegen den Vorwurf der Rosinenpickerei und betonen: „Psychotherapeuten behandeln zu mehr als 90 % Patienten mit mittelschweren und schwer ausgeprägten Krankheiten." Weitgehend übereinstimmende Daten sprechen aber eher für die erstgenannte Sichtweise. So entfallen unter den bei Beantragung einer Psychotherapie genannten Erstdiagnosen über 90 %

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Hier steht eine Anzeige.

Springer

auf affektive Störungen (meist depressive Episoden) und neurotische Störungen (meist Angststörungen). Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis kommen nur in seltenen Ausnahmefällen vor.

Richtlinienpsychotherapie und Gesprächsleistung

Behandlungsfälle mit Leistungen aus der Richtlinienpsychotherapie machen in Praxen von Psychiatern und psychotherapeutisch ausgebildeten Nervenärzten nur 6 % aus (**Abbildung 3**). Für Richtlinienpsychotherapie werden gegenwärtig rund 1,5 Milliarden € pro Jahr ausgegeben. Davon entfällt mit 4,2 % nur ein minimaler Anteil auf Nervenärzte und Psychiater. Für ein Gespräch von mindestens zehn Minuten Dauer kann der Psychiater rund 11,50 € abrechnen. Für Gespräche von insgesamt 50 Minuten könnte er theoretisch 57,50 € abrechnen. Das würde aber in den meisten KVen das Regelleistungsvolumen überschreiten und deshalb gekappt werden.

Das gegenwärtige Vergütungssystem ist durch Irrationalitäten geprägt. Unbestritten ist, dass mit einer medikamentösen Behandlung gekoppelt mit Formen von Kurzzeittherapien in vielen Fällen die besten Ergebnisse erreicht werden. Da psychiatrische Gesprächsleistungen aber nicht in bedarfsgerechtem Umfang vergütet werden, muss der Psychiater, um wirtschaftlich überleben zu können, möglichst viele Patienten mit möglichst wenig Zeitaufwand behandeln. Patienten, für deren Behandlung mehr Zeit aufgewendet werden muss, werden an andere Institutionen verwiesen, deren Behandlungskosten um ein Vielfaches über den Kosten liegen, die eine psychiatrische Kurzzeit-Psychotherapie auslösen würde.

Eine hoffnungsvolle und längst überfällige Entwicklung gab es im Jahr 2009. Mit Wirkung zum 1. Juli 2009 wurden psychiatrische Gesprächsleistungen aus dem gedeckelten Regelleistungsvolumen herausgenommen und separat abrechnungsfähig gemacht. Schon nach einem Jahr wurde diese Regelung wieder rückgängig gemacht. Zum 1. Juli 2010 wurde auch bei den Hausärzten die Einzelleistungsvergütung für psychosomatische Grundversorgung wieder zurückgenommen und im Regelleistungsvolumen versenkt. Die Hausärzte, die mit ihren Interventionen in einer Vielzahl von Fällen Indikationen für Antragspsychotherapie überflüssig machen konnten, ziehen sich notgedrungen immer mehr aus der zuwendungsorientierten Medizin zurück.

Bei der Forderung „Mehr Geld für sprechende Medizin" geht es nicht um eine pauschale Erhöhung von Vergütungen, sondern um die kostendeckende Vergütung der Leistungen für Patienten, deren Behandlung einen höheren Zeitaufwand erfordert. „Die Honorierung eines Facharztes in der ambulanten Versorgung muss – ebenso wie in der Richtlinienpsychotherapie – für jedes einzelne Gespräch erfolgen. Nur so ist eine hinreichende Versorgung psychisch kranker Menschen in der Breite gesichert" stellt die DGPPN in einem aktuellen Positionspapier fest [www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/positionspap-4.html].

Regressgefahr hemmt

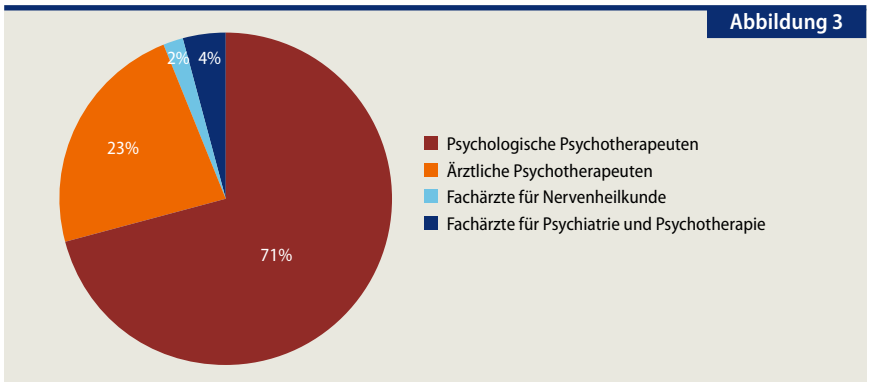
Zudem belasten gedeckelte Medikamentenbudgets und damit die Gefahr, bei Überschreitung des Budgets mit Regressforderungen konfrontiert zu werden, die psychiatrischen Praxen. Hinweise der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), dass tatsächlich durchgesetzte Regresse selten sind, tragen nicht zur Beruhigung bei. Es geht ja nicht nur um die Furcht vor dem finanziellen Schaden, sondern auch davor, in die Mühlen der Prüfmaschinerie zu geraten, die Beweislastumkehr aufgebürdet zu bekommen und mit langem Nachdokumentieren beschäftigt zu werden. Die Prüfer müssen nicht nachweisen, dass der Arzt regelwidrig gehandelt hat, sondern der Arzt muss begründen, dass seine Verordnungen medizinisch indiziert waren.

Besonders dort, wo die Regelversorgung einer Region auf einzelnen Psychiatern lastet, kann die Gefahr groß sein, mit tatsächlichen Regressforderungen konfrontiert zu werden. Ein Beispiel: In einem Landkreis mit knapp 100.000 Einwohnern gibt es einen Psychiater und zwei Nervenärzte. Die Bedarfsplanung legt dort als Soll-Wert 1 Nervenarzt oder Psychiater pro 40.000 Einwohner fest. Damit gilt dieser Landkreis als nervenärztlich überversorgt. Die beiden Nervenärzte sind zwar ausschließlich neurologisch tätig, aber diese faktische Tätigkeit bleibt in der Bedarfsplanung unberücksichtigt. Damit lastet die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung auf dem einzigen Psychiater, der mit sehr vielen schwer kranken Patienten konfrontiert ist. Aufgrund wiederholter Budgetüberschreitungen wegen hoher Verordnungszahlen von Atypika sah sich dieser Arzt Regressforderungen in Höhe von 246.000 € gegenüber. Seine Ausgaben für Medikamente wurden verglichen mit Praxen aus Regionen mit ganz anderen Versorgungsgegebenheiten. Der Psychiater steht kurz vor dem finanziellen Ruin. Ihm wurde zum Verhängnis, dass er sich in seinem Vorgehen an Leitlinien der Fachgesellschaften orientierte. Regressdrohungen, die einem leitliniengerechten Behandeln im Weg stehen, müssen abgeschafft werden!

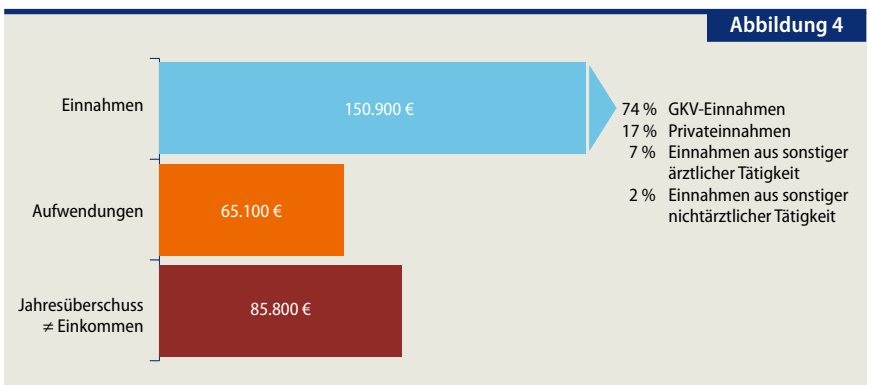
Untätigkeit auf Seiten der Politik

Die politisch Verantwortlichen sehen die manifesten Probleme in der psychiatrischen Versorgung durchaus. So heißt es im Psychiatrieplan des Landes Sachsen: „Unter strukturellen Gesichtspunkten ist kritisch zu bewerten, dass vor allem auch die Versorgungssituation von Menschen mit schweren und chronisch verlaufenden psychotischen Störungen unbefriedigend ist. Dies gilt deshalb, weil deren Behandlung durch die niedergelassenen Fachärzte angesichts der bestehenden Finanzierungsbedingungen oft auf Pharmakotherapie beschränkt bleiben muss und die betroffenen Patienten einerseits nur selten den Weg zum niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten finden, andererseits dort auch nicht immer fachgerecht behandelt werden." Der Bericht sagt aber nicht, mit welchen Initiativen die Politik die von ihr konstatierten Defizite korrigieren will.

Würde den Psychiatern ein Mehr an kostendeckend vergüteter Zeit für sprechende Medizin ermöglicht, müssten sie auch nicht mehr 30 oder noch mehr Patienten am Tag durch ihre Praxis schleusen. Dann müssten auch nicht wie in Niedersachsen so viele Psychiater auf Psychotherapie ausweichen. Natürlich bräuchten wir auch viel mehr niedergelassene Psychiater, was von der DGPPN ohnehin schon seit Jahren gefordert wird. Aber, abgesehen von der Finanzierung:



Richtlinienpsychotherapie nach Fachgruppen.



Wirtschaftliche Situation der Psychiater (2008).

Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte entwickelt sich rückläufig. Psychiater, die aus Altersgründen ihre Praxis aufgeben, finden kaum Nachfolger und manche Regionen haben schon ihre einzige Nervenarztpraxis verloren.

Vernetzung gefragt

Können Modelle der Integrierten Versorgung eine Lösung sein? Die Möglichkeiten, die der § 140 SGB V bietet, wurden in der Psychiatrie nur sporadisch aufgenommen. Es gibt einige wenige gut funktionierende IV-Modelle, die immer wieder zitiert werden (Stichwort regionales Versorgungsbudget). Einige werden auch in diesem Heft vorgestellt. Aber diese Modelle sind an spezifische regionale Gegebenheiten und an einzelne Personen gekoppelt. Sie lassen sich nicht beliebig multiplizieren. Der Schlüssel für regional vernetzte Versorgungsangebote ist nicht der § 140 SGB V. Vernetzte Versorgungsangebote gab es schon längst vor der Einrichtung dieses Paragraphen. Ein Psychiater würde überfordert werden, wenn er heute im Alleingang ein vernetztes Projekt initiieren wollte. Die Risiken, die er bei einer Vertragskonstruktion eingehen würde, wird er kaum überblicken können. Deshalb müssen sich Psychiater zunächst auf regionaler Ebene zusammenschließen, was in den letzten Jahren in vielen Regionen schon geschehen ist. Man kann Arbeitsteilungen vereinbaren, gegenüber den Kostenträgern als Gruppe auftreten, sich von externen Fachleuten beraten lassen etc. Dort wo solche Verbünde existieren, ist eine Art Aufbruchstimmung zu spüren: Gemeinsam sind wir stark, lasst es uns anpacken.

Einkommenssituation der Psychiater

Zum Abschluss werfen wir einen Blick auf die wirtschaftliche Situation der Psychiater (**Abbildung 4**). Die ausgewiesenen Jahresüberschüsse sind natürlich nicht mit dem Einkommen identisch. So sind dabei die Beiträge für die Altersversorgung nicht berücksichtigt. Nach den Jahresüberschüssen rangieren Psychiater in der Einkommenssituation am unteren Ende der ärztlichen Fachgruppen. Die Jahresüberschüsse der Hausärzte liegen beispielsweise um 35 % über denen der Psychiater. Die Unterschiede zu anderen Facharztgruppen sind teilweise noch deutlich extremer. Psychiater arbeiten im Schnitt über 50 Stunden pro Woche. Für rund ein Drittel ihrer Tätigkeit erhalten sie keine Vergütung.

Fazit

Die gegebenen Vergütungsregelungen blockieren das Ausschöpfen der Leistungspotenziale psychiatrischer Praxen. Sie verhindern ein am biopsychosozialen Modell orientiertes Behandlungsvorgehen. Ein Zusammenführen von ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsanteilen durch patientenbezogene Kooperation von Psychiatern und Psychotherapeuten ist eine theoretische Möglichkeit, die in der Praxis nur in Ausnahmefällen funktioniert.

Unter den aktuellen Vergütungsregelungen ist eine Niederlassung für junge Psychiater wenig attraktiv. Um sie für diesen Beruf zu gewinnen, muss das Berufsbild attraktiver gemacht werden. Mehr Zeit für sprechende Medizin, Schutz vor Regressen und weniger Bürokratie sind Essentials für junge Psychiater. Nicht alles, was sich im Zuge der Psychiatriereform entwickelt hat, wird den Maximen der Reform gerecht und nicht alles hält den Ansprüchen von Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit stand. 40 Jahre nach Verabschiedung der Psychiatrieenquête bedarf es einer umfassenden neuen Bestandsaufnahme, die Defizite und Fehlentwicklungen in der Versorgung transparent macht und Korrekturen entwirft. In die Reform der Reform müssen alle Akteure eingebunden werden. Auch die Politik muss in die Pflicht genommen werden. □

AUTOREN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Vorsitzende des BVDP
E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Dr. med. Heiner Melchinger, Hannover
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung
Hannover
E-Mail: heiner.melchinger@gmx.de

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Literatur

1. Kruse J, Herzog E. 2012; Gutachten zur ambulanten psychosomatischen/Psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland im Auftrag der KBV. Zwischenbericht 2012.
2. Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftragd er Geseundheitsministerkonferenz der Länder. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. 1. Auflage 2007.
3. Hauth I et al. Psychisch erkrankt: gesundheitspolitische Anforderungen an eine bedarfsgerechte Behandlung im richtigen Umfeld. DGPPN-Positionspapier vom 24.06.2013. www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/positions-pap-4.html

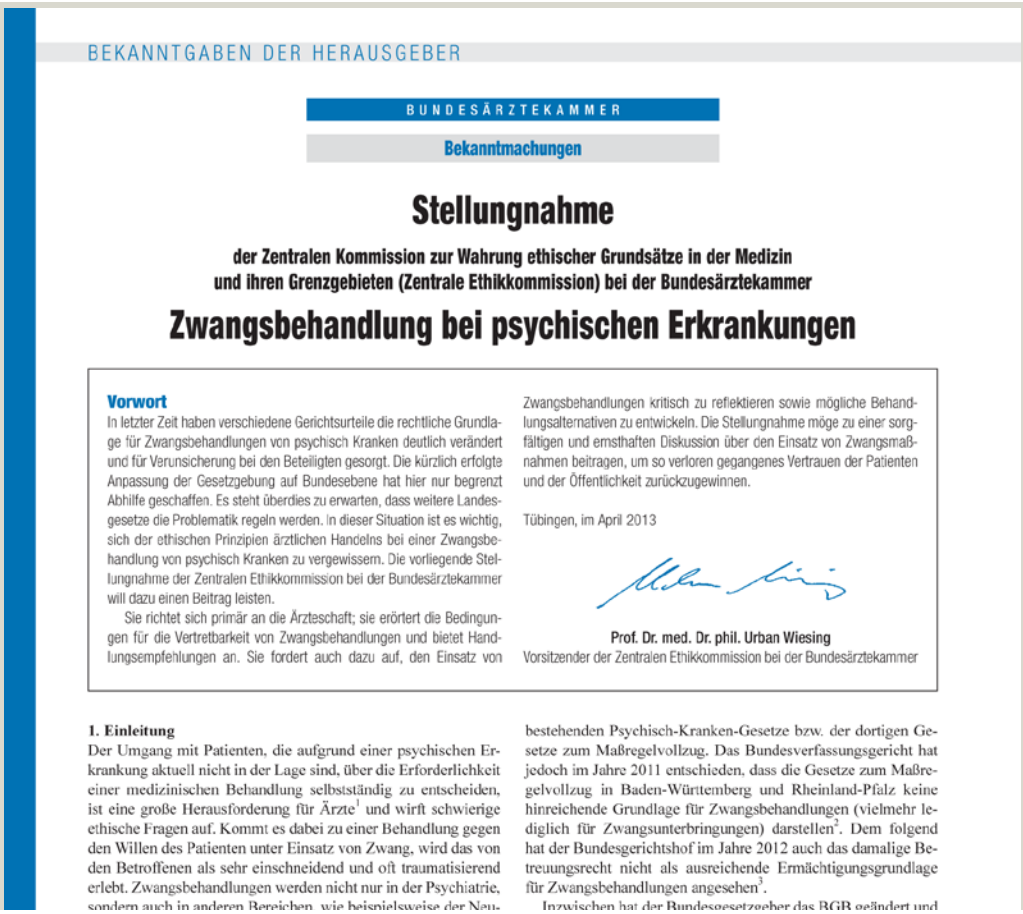
Standpunkt des LVPE-RLP zur ZEKO-Stellungnahme

Der nächste Paradigmenwechsel

Die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission – ZEKO) bei der Bundesärztekammer hat mit ihrer Stellungnahme zur Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen nicht nur die Ärzteschaft überrascht. Positiv überrascht hat sie auch die Menschen: die Patienten in der ambulanten, teil- und stationären Psychiatrie.

Bereits 2011 urteilte das Bundesverfassungsgericht im Sinne der Menschen, die ich hier ganz bewusst nicht Patienten nennen möchte (auch wenn mir dies als Oralchirurg und Zahnarzt gewohnt und geläufig ist). Es entschied, dass die Gesetze zum Maßregelvollzug in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz keine hinreichende Grundlage für Zwangsbehandlungen darstellen. Letztlich bezieht sich das Thema Zwangsbehandlung auf die Würde und die im Grundgesetz garantierte körperliche Unversehrtheit des Menschen, seien sie nun psychisch krank oder nicht.

Die Psychiatrie hat sich in der Vergangenheit immer wieder Menschenrechtsverletzungen schuldig gemacht. Auch wenn dies im Sinne des Bemühens um Heilung von Menschen geschah, ist dies nicht hinzunehmen. Aus den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts von 2011 haben sich gezwungenermaßen verschiedene Initiativen des Gesetzgebers auf Bundesebene (BGB; Betreuungsrecht) und Landesebene (Änderungen der PsychKG einiger Länder) ergeben. Juristisch wird darüber diskutiert und gestritten, vor allem gehen den Patientenorganisationen die neuen Regelungen dieser Gesetze nicht weit genug oder in eine falsche Richtung. Der Gesetzgeber und natürlich auch die primäre Ziel-



BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen

Vorwort

In letzter Zeit haben verschiedene Gerichtsurteile die rechtliche Grundlage für Zwangsbehandlungen von psychisch Kranken deutlich verändert und für Verunsicherung bei den Beteiligten gesorgt. Die kürzlich erfolgte Anpassung der Gesetzgebung auf Bundesebene hat hier nur begrenzt Abhilfe geschaffen. Es steht überdies zu erwarten, dass weitere Landesgesetze die Problematik regeln werden. In dieser Situation ist es wichtig, sich der ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns bei einer Zwangsbehandlung von psychisch Kranken zu vergewissern. Die vorliegende Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer will dazu einen Beitrag leisten.

Sie richtet sich primär an die Ärzteschaft; sie erörtert die Bedingungen für die Vertretbarkeit von Zwangsbehandlungen und bietet Handlungsempfehlungen an. Sie fordert auch dazu auf, den Einsatz von Zwangsbehandlungen kritisch zu reflektieren sowie mögliche Behandlungsalternativen zu entwickeln. Die Stellungnahme möge zu einer sorgfältigen und ernsthaften Diskussion über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beitragen, um so verloren gegangenes Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen.

Tübingen, im April 2013

Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

1. Einleitung

Der Umgang mit Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aktuell nicht in der Lage sind, über die Erforderlichkeit einer medizinischen Behandlung selbstständig zu entscheiden, ist eine große Herausforderung für Ärzte[1] und wirft schwierige ethische Fragen auf. Kommt es dabei zu einer Behandlung gegen den Willen des Patienten unter Einsatz von Zwang, wird das von den Betroffenen als sehr einschneidend und oft traumatisierend erlebt. Zwangsbehandlungen werden nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in anderen Bereichen, wie beispielsweise der Neu-

bestehenden Psychisch-Kranken-Gesetze bzw. der dortigen Gesetze zum Maßregelvollzug. Das Bundesverfassungsgericht hat jedoch im Jahre 2011 entschieden, dass die Gesetze zum Maßregelvollzug in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz keine hinreichende Grundlage für Zwangsbehandlungen (vielmehr lediglich für Zwangsunterbringungen) darstellen[2]. Dem folgend hat der Bundesgerichtshof im Jahre 2012 auch das damalige Betreuungsrecht nicht als ausreichende Ermächtigungsgrundlage für Zwangsbehandlungen angesehen[3].

Inzwischen hat der Bundesgesetzgeber das BGB geändert und

Am 28. Juni 2013 veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt die Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen" [Dtsch Arztebl 2013; 110(26): A-1334 / B-1170 / C-1154].

Die ZEKO-Stellungnahme ist im Internet abrufbar unter www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=141964 oder direkt bei der ZEKO unter www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.63.

Hier steht eine Anzeige.

Springer

gruppe der ZEKO, die Ärzteschaft, sollten realisieren, dass es auch darum geht, „(…) so verloren gegangenes Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit zurückzugewinnen“ (ZEKO Stellungnahme, Vorwort Professor Urban Wiesing). Ohne das Vertrauen der Menschen sind weder Compliance noch Behandlungserfolg zu erwarten. Ein Stichwort unter vielen: Drehtürpsychiatrie, verbunden mit immens höheren Kosten! Wie auch immer die – bis jetzt produktiven – Diskussionen verlaufen werden, so kann ich doch voraussagen, dass die Menschen und Organisationen jetzt nicht mehr locker lassen werden. Ein langer Weg, aber auch ein erfolgreicher Weg in die Zukunft für eine Psychiatrie der Zuwendung mit Empathie und Achtung der Menschenwürde des erkrankten Menschen – der nächste grundsätzliche Paradigmenwechsel.

Konkrete Mängel in der Praxis

Die Stellungnahme der ZEKO geht ganz konkret auf die Praxis und ihre Mängel ein. Die zentrale Feststellung, auch gemäß den praktischen Erfahrungen einzelner Kliniken, die vollständig auf Zwang und Gewalt beziehungsweise eine medikamentöse Zwangstherapie verzichten, ist: „(…) Eine Fremdgefährdung durch den Patienten kann in der Regel bereits durch die Unterbringung des Patienten weitgehend abgewendet werden. Dadurch wird zwar in die Freiheit des Patienten eingegriffen, nicht jedoch in seine körperliche Integrität. Eine Zwangsbehandlung stellt dem gegenüber einen Eingriff in die körperliche Integrität dar und ist deshalb zur Abwehr einer Fremdgefährdung nicht erforderlich und damit nicht gerechtfertigt. Auch die Gefahr einer Selbstgefährdung kann allein – ohne Berücksichtigung ihres Schweregrades – einen Eingriff in die Selbstbestimmung nicht rechtfertigen.“ Die Aussage ist klar: Es bedarf keiner Zwangsbehandlung, wenn auch Menschen zeitweise in der stationären Psychiatrie untergebracht werden müssen. Das ist leider unumgänglich, soweit Gefahrenlagen abgewehrt werden müssen. Diese Forderung ist komplexer zu evaluieren in Bezug zum Beispiel auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder auch Menschen mit akuten Hirninfarkten oder ähnlichen Zuständen psychisch-neurolgisch-somatischer Intensivmedizin.

Gespräch und Vertrauen statt Neuroleptikainjektion

Die Behandlung für den somatisch mehr oder weniger „gesunden“ Menschen bei Einlieferung in die Psychiatrie muss eine andere sein: eine Behandlung die auf Gespräch und Vertrauen beruht und nicht auf zwangsweise intramuskulär verabreichten Neuroleptika oder Kombinationen von diversen oral gegebenen Präparaten und Neuroleptika, die den pharmakologisch bewanderten und kritischen Behandler ob ihrer bekannten Neben-/Wechselwirkungen und Gefahren für die Menschen die Zornesröte ins Gesicht treibt. Nicht selten werden Medikamente zu hoch dosiert eingesetzt ohne wirklich ernstzunehmende wissenschaftlich fundierte Studienlage im Hintergrund. Medizin ist keine Wissenschaft und der Mensch ist kein Versuchskaninchen! So aber ist die Lage bei einer Vielzahl der Verordnungen von Antidepressiva, Antipsychotika beziehungsweise Neuroleptika und anderen psychoaktiven Substanzen. Was sagt es denn wirklich aus, wenn ein selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer auf 5-HT2-Rezeptoren wirkt? Wie es insgesamt auf den gesamten Mikrokosmos „Gehirn“, auf die Persönlichkeit und das Bewusstsein wirkt, ist nicht wirklich klar. Das Wissen über Wirkmechanismen ist doch sehr begrenzt und wird häufig von monetären Interessen der Pharmaindustrie gelenkt. Diese und andere relevante kritische Fragen stellen sich Behandler viel zu selten im Alltag. Natürlich können Medikamente auch durchaus hilfreich sein, wenn die Behandlung mit Ziel und Dauer und vertrauensvoll in Übereinstimmung mit dem erkrankten Menschen geplant und gegen Risiken abgewägt ist und dann tatsächlich eine erfahrbare Linderung von Symptomen erfolgt. Aber ein kritischerer Umgang in Bezug auf Indikation, Wirkungen und Nebenwirkungen und der resultierenden Anwendung hinsichtlich Dosierung sowie Anwendungsdauer und mit einer vollumfassenden Aufklärung des erkrankten Menschen – gerade im stationären Bereich – tut not.

Strukturelle Maßnahmen vorgeschlagen

Die von der ZEKO empfohlenen Maßnahmen auf struktureller und institutioneller Ebene sowie im nichtärztlichen Bereich decken sich im Kern mit den

Landesverband Psychiatrieerfahrener Rheinland-Pfalz

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz gemeinnütziger e.V. (LVPE-RLP) wurde 1996 von psychisch kranken und krank gewesenen Menschen gegründet mit dem Ziel, den Menschen eine Stimme zu geben, die positive und negative Sichtweisen haben und Erfahrungen mit Strukturen der Psychiatrie machten und machen. Der LVPE-RLP veranstaltet 2014 im 18. Jahr seines Bestehens seine 18. Fachtagung. Neben der Dokumentation der Fachtagungen – die gedruckt an alle Mitglieder und Fördermitglieder verschickt werden und auch auf der Homepage veröffentlicht sind – geben wir ein thematisch breit gefächertes Journal, das Leuchtfeuer, für unsere bundesweiten Mitglieder und Fördermitglieder, heraus. Wie die heutige Ministerpräsidentin Malu Dreyer im Grußwort der Ausgabe 16 schreibt: „Denn die sozialpsychiatrischen Fortschritte, die wir in Rheinland-Pfalz in den letzten zwei Jahrzehnten gemacht haben, wären ohne das Engagement der Psychiatrie-Erfahrenen nicht möglich gewesen“. So hat der LVPE-RLP e.V. Krisenpässe, Behandlungsvereinbarungen und Nutzerbefragungen von Besucherinnen und Besuchern der Tagesstätten in Rheinland-Pfalz angestoßen, eine erste Peer-Beratungsstelle, Beschwerdestellen sowie Anregungen zur Novellierung des PsychKG in Rheinland-Pfalz auf den Weg gebracht und bemüht sich weiter auch um trialogische Diskussionen wichtiger Themen. In Zukunft ist es auch unser Anliegen, mehr Aufklärung und Information auf breiter Front für die Bürger anzubieten und dabei auch der Stigmatisierung psychisch Kranker entscheidend entgegenzuwirken.

www.lvpe-rlp.de

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Forderungen der Vertretungen und Organisationen der erkrankten Menschen. Ich möchte nur kurz einige dieser Forderungen nennen: die Einrichtung von Besuchskommissionen, von (gegenüber Einrichtungen mit ausreichend Kompetenzen ausgestatteten) Beschwerdestellen und die Einbindung von Vertrauenspersonen in alle relevanten Vorgänge, die einen erkrankten Menschen in der Psychiatrie betreffen. Dies ist keine Empfehlung, sondern muss aus Sicht der Vertretungen und Organisationen der erkrankten Menschen Beachtung finden. Denn: Vertrauen ist gut, Kontrolle im Bedarfsfall besser!

Falsche Anreize gehören abgeschafft

Die von der ZEKO angedachten Veränderungen in Einrichtungen sind zwar nicht hochgradig kostenintensiv, jedoch muss der Gesetzgeber andere Wege der Finanzierung von Einrichtungen der Psychiatrie finden. Falsche Anreize im Allgemeinen, für bestimmte Behandlungen (die Zusatzentgelte für die Elektrokrampftherapie sind ausnahmslos zu streichen! Siehe PEPP 2013) und für kürzere Aufenthaltszeiten zum Beispiel im stationären Bereich sind abzuschaffen. Sie führen letztendlich auch zu höheren Kosten, durch häufigere und im Folgenden kostenintensivere Behandlungen. Die Kontingente, Honorare und Entgelte im ambulanten und stationären Bereich müssen den tatsächlichen Leistungen angepasst werden. Heutzutage sind sie, gerade in der ambulanten Praxis, eher ein Witz als eine gerechte Honorierung.

Zusätzlich wird der Zugang zu ambulanter, teil- und stationärer Behandlung erschwert, um nicht zu sagen rationiert. Es ist kein Geheimnis, dass viele psychisch erkrankte Menschen (z. B. an Depressionen oder auch an PTBS mit Folgestörungen) gar keine effektive Behandlung erhalten oder erhebliche Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, um eine solche zu erhalten. Die für dieses hanebüchene Entgeltsystem Verantwortlichen sollten mal den Versuch unternehmen, als vorgegeben traumatisierte erkrankte Menschen einen kompetenten ambulanten Behandler zu finden. Es wird ihnen Hören und Sehen vergehen, denn sie werden keinen finden, wenn sie nicht nach der ersten Frage, „(…) sind Sie gesetzlich oder privat krankenversichert?“ das Zauberwort „privat“ antworten können (dies ist die persönliche Erfahrung nicht nur des Verfassers).

Selbstbestimmungsrecht achten – Zwangsbehandlung verbieten

Abschließend möchte ich den letzten Satz der Stellungnahme der ZEKO erweitern, auch wenn im Alltag der Psychiatrie und Neurologie komplexere Anforderungen an gesetzliche Regelungen gestellt werden müssen: Das primäre Ziel muss sein, jedweden Zwang bei der Behandlung nicht nur zu vermeiden, sondern grundsätzlich nicht mehr anzuwenden, sowie die körperliche Unversehrtheit und das Selbstbestimmungsrecht der Menschen zu achten. Eine Initiative des Gesetzgebers Zwangsbehandlungen gesetzlich zu verbieten wäre nicht nur wünschenswert, sondern ist ein Zeichen des nächsten Paradigmenwechsels, der unabwendbar ist. □

AUTOR

Carsten Hoffmann, Ph.D.,
Oralchirurg – Zahnarzt
2. Vorsitzender des Landesverbandes Psychiatrieerfahrener Rheinland-Pfalz gemeinnütziger e. V. (LVPE-RLP),
Mitglied des Ethikkomitees des Pfalzklinikums Klingenmünster

Stellungnahme der DGPPN

Zwangsbehandlung durch andere Prioritätensetzung verhindern

Nach mehreren höchstrichterlichen Urteilen und einer Anpassung des Betreuungsrechts ist die ZEKO in ihrer aktuellen Stellungnahme zum Thema Zwangsmaßnahmen deutlich über die derzeitigen gesetzlichen Regelungen hinausgegangen. Die DGPPN begrüßt viele der Vorschläge, sieht aber auch Handlungsbedarf.

Was tun, wenn psychisch erkrankte Menschen eine notwendige medizinische Behandlung ablehnen und sich dadurch selbst gefährden? Wie sollen sich Ärztinnen und Ärzte in einer solchen Situation verhalten? Dem Willen der Patienten folgen und zulassen, dass sie sich gesundheitlich schaden? Oder dem ärztlichen Auftrag zur Heilung beziehungsweise Gefahrenabwehr nachkommen und die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung prüfen? Grundlage jedes ärztlichen Handels ist die „Patientenautonomie“. Das heißt: Niemals darf gegen den frei bestimmten Willen eines einwilligungsfähigen Patienten gehandelt werden, auch nicht gegen den vorsorglich erklärten Willen

(Patientenverfügung). Doch psychische Erkrankungen können unsere Fähigkeiten zu verstehen, zu entscheiden und zu handeln, beeinträchtigen – auch in Bezug auf die eigene Gesundheit. Wie verfahren, wenn für diese Situation keine gültige Patientenverfügung vorliegt? Psychisch erkrankte Menschen sind manchmal auch nach intensiver Beratung nicht von der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung zu überzeugen. In solchen Situationen können Zwangsmaßnahmen für die nicht einwilligungsfähigen Patienten traumatisierend und lebenslang belastend wirken. Doch sobald sie wieder zustimmungsfähig sind, bedauern manche Patienten im Rückblick ihre Ablehnung. Oft billigen sie nachträglich die Entscheidung zur Zwangsbehandlung.

Behandlungsalternativen setzen Zeit voraus

Die ZEKO setzt sich in ihrer Stellungnahme dafür ein, die ärztlichen Zwangsmaßnahmen zu reduzieren. Dieses Ziel unterstützt die DGPPN nachhaltig. Einen Grund für die Zunahme von Zwangsbehandlungen sieht die ZEKO in „strukturellen Problemen" in der Krankenhausbehandlung. Sie fordert, Behandlungsalternativen zur Zwangsbehandlung zu entwickeln – ein für die DGPPN ebenfalls zentraler Punkt. Nur mit zeitintensiven Gesprächen, Vertrauen und dem Aufbau und Aufrechterhalten einer therapeutischen Beziehung lassen sich vermeidbare Zwangsbehandlungen vorbeugen. Dazu braucht der Arzt aber vor allem Zeit mit dem Patienten, oftmals sogar sehr viel Zeit. So verwundert es nicht, dass der beklagte Anstieg von Zwangsmaßnahmen in den letzten Jahren mit dem Abschmelzen von Personalressourcen in psychiatrischen Kliniken einherging. Die Personalverordnung Psychiatrie, die seit 20 Jahren eine personelle Mindestausstattung in den Kliniken vorgibt, ist heute an vielen Orten nämlich bei weitem nicht mehr erfüllt. Denn die Personalressourcen in psychiatrischen Kliniken sind als Wirtschaftlichkeitsreserve entdeckt und genutzt worden. Mit dem 2012 in Kraft getretenen Psych-Entgeltgesetz und dem derzeit entwickelten pauschalierten Entgeltkatalog (PEPP) wird sich die Situation in Zukunft voraussichtlich noch verschärfen: PEPP sieht nämlich die Finanzierung von Vorhaltekosten nicht mehr vor, die finanzielle Absicherung der gebotenen Strukturqualität findet nicht mehr statt. Solche Vorgaben sind aus ethischen Gründen nicht vertretbar.

Veränderte Mittelverteilung notwendig

Hier setzt die ZEKO ein richtiges Signal: Zu Recht fordert sie eine Veränderung in der Prioritätensetzung bei der Mittelverteilung in der Medizin, um die gebotene Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und den umfassenden Schutz der Patientenautonomie zu erreichen. Dabei stellt die ZEKO insbesondere die Belange der chronisch psychisch kranken Patienten heraus. Hier stellt sich die Frage: Wie viel lässt sich die Gesellschaft und die Medizin die Wahrung von Grund- und Menschenrechten kosten? Offenbar zu wenig.

Zwangsunterbringung ohne Zwangsbehandlung

Eine weitere, schwierige Herausforderung stellen Zwangsmaßnahmen bei psychisch erkrankten Menschen dar, die krankheitsbedingt andere schädigen, verletzen oder bedrohen. Während die Psychiatrie-Kranken-Gesetze (PsychKGs) der Bundesländer Zwangsbehandlungen bei Fremdgefährdung regeln, schließt die ZEKO solche Behandlungen gegen den Patientenwillen auch bei fehlender Einwilligungsfähigkeit aus ethischen Gründen aus. Gleichzeitig schließt die ZEKO aber nicht aus, Patienten zwangsweise in psychiatrischen Kliniken unterzubringen, um Fremdgefährdung aufgrund von psychischen Erkrankungen abzuwenden. Damit werden Kliniken mit kaum lösbaren Problemen konfrontiert: Patienten und Mitarbeitende können in Gefahr geraten, wenn die Möglichkeit einer Patientenbehandlung bei Fremdgefährdung nicht besteht. Auch hier besteht Bedarf nach einer gesellschaftlichen Diskussion und nach Bereitstellung von personellen und strukturellen Voraussetzungen, um Alternativen zur Zwangsbehandlung schaffen zu können.

Betreuung braucht Ressourcen

„Das Verhindern von Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen setzt eine hohe Strukturqualität voraus", unterstreicht DGPPN-Präsident Professor Wolfgang Maier. „Im Bereich der Psychiatrie bedeutet dies vor allem hoch qualifiziertes Personal. Die personalintensive Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird jedoch bislang nur unzureichend vom Gesundheitssystem finanziert. Politik und Gesellschaft müssen in einen Diskurs darüber treten, was ihnen die bestmögliche Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wert ist."

Nach einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN), Psychosomatik und Nervenheilkunde vom 19.7.2013

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Innovatives Versorgungsnetzwerk

Zwischenbilanz des „niedersächsischen Wegs“

In Niedersachsen ist in enger Zusammenarbeit mit Fachärzten, spezialisierten ambulanten Pflegediensten, Trägern sozialpsychiatrischer Leistungen, Kliniken und anderen Hilfeanbietern ein innovatives ambulantes Versorgungsnetzwerk entstanden. In nur wenigen Jahren etablierte sich ein professionelles, flächendeckendes Konzept, das über die Ländergrenzen hinaus reicht.

© Tony Nicoletti / dpa

Die Basis des Erfolgs wurde bereits vor zehn Jahren gelegt. Zuerst über Vereinsstrukturen entwickelt, wurden die zwingend notwendigen Managementaufgaben sukzessive professionalisiert. Anfang 2010 entstand die IVP Networks GmbH, die sich als unabhängige Managementgesellschaft etabliert hat und keine institutionellen Interessen verfolgt. Die Mehrheit der Gesellschafteranteile wird von Ärzten und psychiatrischen Fachdiensten gehalten. Die Professionalisierung wurde notwendig, um den steigenden Anforderungen bei Qualitätsmanagement, Controlling und Abrechnung der Kostenträger, aber auch teilnehmender Netzwerkpartner, gerecht zu werden. Dies führte zu immer reibungsloseren Abläufen, steigender Effizienz und einer konsequenten Umsetzung des Versorgungsansatzes. Eine ausgereifte IT-Plattform vermeidet Doppeldokumentation und bietet Vereinfachungen wie zum Beispiel automatische Abrechnungen.

Status des „niedersächsischen Wegs“

Derzeit nehmen über 200 Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde an den Verträgen teil. Über 40 psychiatrische ambulante Fachdienste mit pflegerischen und soziotherapeutischen Leistungsanbietern arbeiten im engen Austausch mit den ärztlichen Vertragspartnern – allein in den letzten zwei Jahren haben sich fast 20 psychiatrische Pflegedienste neu gegründet. Sechs Kliniken sind vertraglich involviert. Zehn Einrichtungen stellen bei Bedarf Rückzugsräume bereit. Zirka 70 Betriebskrankenkassen – unter anderem die Deutsche BKK, Mobil Oil BKK und Pronova BKK sowie die Techniker Krankenkasse und KKH – sind Vertragspartner. Aktuell sind derzeit circa 2.500 Patienten in die IV-Programme eingeschrieben. Über die vergangenen Jahre wurden annähernd 10.000 Menschen mit einem komplexen psychiatrischen Behandlungsbedarf versorgt. Zum ersten Mal konnte damit eine flächendeckende Versorgung auch in ländlichen Regionen erfolgreich umgesetzt werden (**Abbildung 1**). Basierend auf diesen Erfolgen wurde 2011/2012 das Versorgungskonzept auf die Bundesländer Thüringen und Sachsen ausgeweitet. Gemeinsam mit der IVP-Networks wurde damit das größte Netzwerk für die Versorgung von Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen in Deutschland geschaffen.

Schizophrenievertrag der AOK

Die AOK beschritt in Niedersachsen einen eigenen Weg. Sie betreut dort rund 13.000 an Schizophrenie erkrankte Menschen. 2010 schloss die Kasse nach einer öffentlichen Ausschreibung mit dem Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen (I3G GmbH) den Vertrag zur Versorgung von Schizophrenieerkrankten. Die I3G ist eine unabhängige Tochtergesellschaft der Janssen-Cilag GmbH, die sich ausschließlich mit der IV und zugehöriger Versorgungsforschung befasst. Für die operative Umsetzung des Vertrages gründete man die Care4S GmbH. Die Anzahl der Vertragspartner ist bei beiden Verträgen weitgehend deckungsgleich. IVP Networks und Care4S nutzen, geringfügig modifiziert, in etwa die gleiche IT-Plattform, was den leistungserbringenden Ärzten und Pflegediensten die Teilnahme an beiden Verträgen erleichtert. Aktuell sind in den AOK-Vertrag etwa 1.000 Patienten eingeschrieben. Erste Ergebnisse der be-

gleitenden Evaluation deuten auf eine positive Entwicklung hin.

Patientenorientiertes Konzept

Die wesentlichen Inhalte der ambulanten Versorgungstruktur beider Verträge ergeben sich aus **Abbildung 2**. Die Bezugstherapeuten sind entweder ambulante psychiatrische Fachpflegekräfte oder Soziotherapeuten. Daneben bestehen Schnittstellen zu stationären Einrichtungen insbesondere bezüglich Aufnahme- und Entlassungsmanagement. Alle Verträge zeichnen sich durch einfache Einschreibeprozesse und Genehmigungsverfahren aus.

Auch wenn im Detail Unterschiede zwischen den Verträgen der Techniker Krankenkasse/KKH und denen der Betriebskrankenkassen bestehen, ist die grundlegende Logik bezüglich Zielgruppen der Versorgung und Versorgungsinhalten vergleichbar. Die Fachärzte werden mit 180 bis 500 € pro Patient und Jahr zusätzlich zur KV-Abrechnung vergütet. Eine besondere Rolle im AOK-(F20)-Vertrag spielt die Psychoedukation. Mitarbeiter von Pflegediensten werden hier spezifisch geschult und können regional entsprechende Patientenkurse anbieten. Angehörigenarbeit und Fallkonferenzen mit den Pflegkräften sind fester Bestandteil des Versorgungskonzeptes. Die Vergütung für Fachärzte entspricht in etwa der der anderen Verträge.

IV mit Win-Win-Situation

Durch die integrierte Versorgung ergeben sich qualitative Verbesserungen für die Versicherten beziehungsweise Patienten und ihre Behandler:

- weniger Rezidive bei chronisch-rezidivierenden Erkrankungen,
- seltenere Hospitalisierung durch ambulante Krisenbewältigung und Hometreatment,
- Prävention und die Möglichkeit zur frühen Intervention,
- bessere kognitive und emotionale Krankheitsbewältigung,
- bessere Adherence, Ermöglichen von Recovery und sozialer Stabilisierung im angestammten Lebensumfeld.

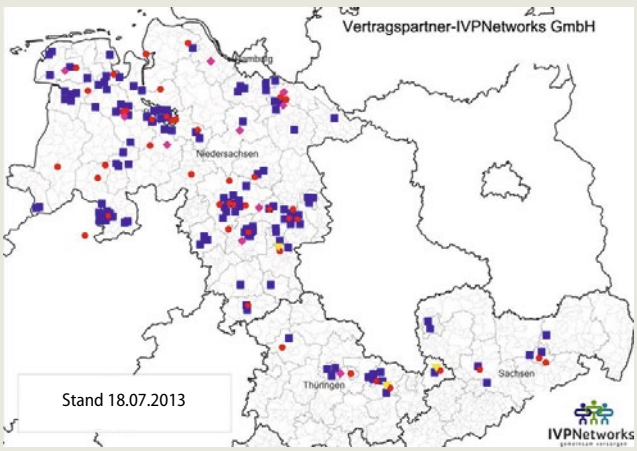
Evidenzbasierte Versorgung

Basis der Versorgung sind anerkannte wissenschaftliche Standards der S3-Leitlinie psychosozialer Therapien bei schweren psychischen Störungen und der S3-Leitlinien Schizophrenie und unipolare Depression der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Die Versorgung wird vorrangig ambulant aus dem Lebensumfeld der Patienten heraus gestaltet. Dies entspricht den lange bestehenden Forderungen der Psychiatrie-Enquete. Es werden wissenschaftliche und auf höchste Evidenz ausgerichtete Behandlungspfade implementiert, in denen geregelt ist, welcher Partner was und wann für einen Patienten leistet. Basis der Behandlung ist ein langfristiger Gesamtbehandlungsplan mit Behandlungsverantwortung über alle Erkrankungsabschnitte hinweg. Die Qualitätssicherung erfolgt durch die Erhebung wissenschaftlich definierter Qualitätsindikatoren sowie durch eine regelhafte externe, wissenschaftliche Begleitforschung.

Effizienzgewinne

Die IV-Projekte sind durch die Senkung der Rezidivraten und die Verlagerung

Abbildung 1



© IVPNetworks

Ein dichtes Netz von Vertragspartnern sorgt für eine flächendeckende Versorgung.

Abbildung 2

Facharzt	_ Steuerung der Behandlung auf Basis evidenzbasierter Behandlungspfade _ Angemessene Vergütung
Bezugstherapeuten	_ Kernelement der praktischen Umsetzung _ Hilfe für Facharzt _ Hometreatment und Lotsenfunktion
24-Stunden-Bereitschaft	_ Im Notfall verfügbar – Vermeidung KH-Einweisung _ Bereitstellung durch psychiatrischen Fachdienst
Krisenintervention	_ Ambulante Krisenintervention _ Bei Bedarf hochfrequente Versorgung durch Fachdienst
IT gestützte Behandlungssicherung	_ Einfache Vertragsverwaltung _ Einfache Rechnungslegung _ Kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand

© IVPNetworks

Wesentliche Versorgungsinhalte der IV-Verträge.

der Krisenbehandlung in die Gemeinde mit einer Reduktion kostenintensiver stationärer Behandlungen verbunden. Ambulante Optionen von Komplexbehandlungen ermöglichen eine raschere Überleitung von Patienten aus der stationären in die ambulante Behandlung. Die konsequente Verbesserung der Adhärenz und die Stärkung teambasierter Behandlungsformen können Medikamentenkosten einsparen. Das rechtzeitige und zielgenaue Feststellen von Behinderung oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und die daraus resultierende Überleitung in Maßnahmen der Wiedereingliederungshilfe und/oder der beruflichen und medizinischen Rehabilitation verhindert eine Überversorgung im Behandlungssektor. Der frühzeitige Einsatz von Behandlung und die Ausschöpfung der Behandlungsoptionen kann Behinderung verhindern und damit Kosten in nachgelagerten Sozialgesetzbereichen reduzieren. Die Wirtschaftlichkeit und auch Qualität des Versorgungskonzeptes wurde in verschiedenen Studien nachgewiesen:

- Qualitative Studie: Projekt „Regionales Budget am Ostebogen“: Befragung von Fokusgruppen, Intervention/Kontrollen (AOK-BV, Professor Thorsten Meyer, Uni Lübeck/MH Hannover [1])
- Gesundheitsökonomische Studie durch den AOK-BV: „Regionales Psychiatriebudget am Ostebogen“ (Dr. Christiane Roick); interne Publikation der AOK (liegt den Autoren vor)
- Evaluation des DAK-Projektes „Integrierte Versorgung (2005 bis 2010)“ über einen Prä-post-Vergleich (Dr. Anne Berghöfer, Charité Berlin [2])

Blaupause für Deutschland

Die IV hat in Niedersachsen und teilweise in den angrenzenden Regionen das Nischendasein längst verlassen. Die Konzepte sind ausgereift und etabliert und können in ganz Deutschland als Blaupause genutzt werden. Die Besonderheit des „Niedersächsischen Weges“ ist die im Verlauf der letzten Jahre umgesetzte klare Trennung von Managementaufgaben und Aufgaben der Leistungsanbieter. Institutionelle Interessen treten hinter den patientenorientierten Ansatz zurück. Dies ist die Grundlage, um flächendeckende ambulante Versorgungsstrukturen zu etablieren.

Die Versorgung psychiatrisch erkrankter Menschen gehört zu den größten gesellschaftlichen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems. Der beschriebene Weg der IV ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Jeder Facharzt, Träger sozialpsychiatrischer Leistungen, Kliniken oder andere Hilfeanbieter sind eingeladen, sich aktiv an der Versorgung zu beteiligen. □

LITERATUR

1. Jürgensen M et al. Psychiatr Praxis. 2013, May 13 [Epub ahead of print]
2. Fischer F et al. Gesundheitswesen. 2013, Jun 4 [Epub ahead of print]

Dr. med. Matthias Walle
Zentrum für Sozialpsychiatrie und Nervenheilkunde am Ostebogen
E-Mail: info@zentrum.ostebogen.de

Dr.med. Norbert Mayer-Amberg
1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands und Landessprecher des BVDP in Niedersachsen
E-Mail: mamberg@htp-tel.de

Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit

Erfahrungen aus Berlin und Brandenburg

Die integrierte Versorgung (IV) des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit kann bereits auf acht Jahre Praxiserfahrung zurückblicken. Sie zählt aktuell circa 1.600 eingeschriebene Patienten bei insgesamt knapp 2.000 Patienten, die seit dem Start Ende 2005 behandelt wurden.

© Michael Fuery / istockphoto.com

Die Berlin-Brandenburger IV zeichnet sich aus als IV in Verantwortung der Leistungserbringer ohne Fremdkapital. Ideelle Basisorganisation für alle Akteure in der IV ist der multiprofessionelle, sektorübergreifende, gemeinnützige Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. (VPsG), der 2003 aus dem Kreis aktiver Nervenärzte und Psychiater des Berliner Berufsverbandes initiiert wurde. Die ersten Verträge mit der DAK (und der später mit der DAK fusionierten HMK) sowie mit der seinerzeitigen VAG Ost der BKK wurden noch seitens des VPSG geschlossen, während

später die Managementgesellschaft PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg als GmbH bzw. als GmbH & Co KG – als Vertragspartner fungierte. Gesellschafter der PIBB sind Vorstandsmitglieder des VPsG, die durch repräsentative Vertreter weiterer Leistungssektoren (Klinikleiter aus Berlin und Brandenburg, Vertreter psychosozialer Träger und Pflegedienste) ergänzt werden. Alle IV-Akteure müssen Mitglied des gemeinnützigen VPsG sein; sie können dann Kommanditist werden (derzeit circa 80 Kommanditisten) oder allein auf Basis von Kooperationsvereinbarungen an der IV teilnehmen. Der Verein zählt über 220 Mitglieder, davon über 100 niedergelassene NÄ/Psychiater (und mehrere MVZ), zahlreiche leitende Kliniker, circa 25 Psychologen sowie Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und über 30 psychosoziale Trägervereine und Pflegedienste. Essenziell für den VPsG sind die Kooperation mit Betroffenen- und Angehörigen-Verbänden und Aktivitäten zur Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

Die VPsG/PIBB-Grundpositionen zur IV sind:

- Umsetzung ambulanter Komplexbehandlung einschließlich Hometreatment mit Hilfe von Soziotherapie, ambulanter psychiatrischer Pflege etc. (Ergotherapie, Psychotherapie); Leitstelle Nervenarztpraxis oder MVZ,
- Bezugstherapeutensystem mit institutions- und schnittstellenübergreifende professionelle Bezugsperson (Psychiater und zusätzlich Krankenpflegeperson, Sozialarbeiter),
- Funktions- und Patientenorientierung statt Institutionsorientierung bei der Ressourcenallokation,
- Sektorenübergreifende Behandlungspfade,
- Aufbau eines sozialpsychiatrischen Behandlungsverbundes aus möglichst allen regionalen psychiatrie-relevanten Leistungsanbietern,
- Bereitschaft zur Übernahme von medizinischer und wirtschaftlicher Steuerung,
- Einbeziehung von Betroffenen- und Angehörigen-Positionen /-Verbänden; Formularwesen, Dokumentation, Kommunikation und Abrechnung der IV-Leistungen aller Verträge erfolgen papierlos auf einer WEB-basierten IT-Plattform (PIBBnet).

Vertragsstatus

Folgende Verträge bestehen derzeit:

- Seit 2011: neuer indikationsbezogener IV-Vertrag mit der DAK Gesundheit (Vertragstyp A) und der BKK VBU (VAG BKK Mitte) zur verbesserten ambulanten Versorgung psychisch Schwerkranker (Schizophrenie, Depression, Bipolar-Erkrankung, Demenz etc) mithilfe ambulanter Komplexbehandlung (Soziotherapie, häusliche psychiatrische Krankenpflege) mit aktuell circa 400 bis 450 eingeschriebenen Patienten.
- Seit März 2012: indikationsbezogener IV-Vertrag mit der DAK Gesundheit (Vertragstyp B) zur sektorübergreifenden Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter mit dem Ziel einer „Frühintervention bei psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit“, bislang circa 400 eingeschriebene Patienten.
- Seit Dezember 2011: Populationsbezogener IV-Vertrag mit der AOK Nordost; in diesen Budgetvertrag unter Einschluss der somatischen Behandlungskosten sind derzeit circa 1.200 Patienten eingeschrieben.

Vertrags-Typ A: Ziel erfüllt

Der Vorläufervertrag (Typ A) mit DAK und VAG BKK wurde von 2008 bis 2010 vom Institut für Gesundheitsökonomie, Sozialmedizin und Epidemiologie der Charité evaluiert. Eine erste Veröffentlichung der Evaluationsergebnisse kam zu der Schlussfolgerung, dass das IV-Modell durch ein komplexes ambulantes Leistungsangebot die stationäre Inanspruchnahme deutlich senken konnte und eine Verlagerung in eine niedrigschwellige umfassende Versorgungsstruktur realisierte, ohne dass dies aus GKV-Perspektive mit einer Kostensteigerung verbunden war [Fischer F et al. Gesundheitswesen. 2013, Jun 4, Epub ahead of print]. Für eine detaillierte Darstellung klinischer Effekte seien weitere Studien erforderlich.

Als ein großer Erfolg der IV nach dem Typ A kann die Erfüllung des Vertragszieles bei den eingeschriebenen Patienten der DAK Gesundheit für 2011 gewertet werden: Ziel war die Reduktion der Krankenhaustage der IV-Patientengruppe gegenüber einer kassenintern morbiditätsadjustierten Vergleichsgruppe auf unter 30 %. Die Zielerreichung löste jetzt eine beachtliche Bonuszahlung an die Psychiaterpraxen und die PIBB aus. Korrespondierend zur aktuellen Bonuszahlung und zur früheren Evaluation findet sich bei Psychiatern und weiteren Leistungserbringern der positive Gesamteindruck von der Sinnhaftigkeit der ambulanten Komplexbehandlung im Kontext der IV. Den Patienten geht es einfach klinisch besser, weil sie angemessener versorgt sind.

Vertrags-Typ B: rasche Einsteuerung

Hintergrund des Vertragstyps B über die sektorübergreifende Verbesserung der ambulanten Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter ist die starke Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Diagnosen aus dem ICD-Bereich F3/F4 und die damit verknüpfte hohe Krankengeldzahlung seitens der Krankenkasse. Überlange Wartezeiten für Facharzt- und Psychotherapietermine, unzureichende psychiatrisch-psychososomatische Diagnostik im Primärbereich und eine resultierende ungünstige Krankheitsverarbeitung bei langer AU in Form sekundären und tertiären Krankheitsgewinns kennzeichnen die Situation. Hauptziel des Vertrages ist dementsprechend die rasche Einsteuerung von Patienten nach definierten Einschlusskriterien, was über Gesundheitsberater der Krankenkasse auf spezifisch freigestellte Terminslots der Psychiaterpraxis bzw. des MVZ innerhalb einer Woche gewährleistet wird. Die Patienten-Einsteuerung in den Vertrag ist zudem auch direkt über die Facharztpraxis möglich und voraussichtlich bald auch über kooperierende Hausarztpraxen. Differentialtherapeutisch stehen dem Psychiater nach dem Aufnahmeassessment mit besonderer Exploration der Arbeitsplatzthematik folgende extrabudgetäre Optionen zur Verfügung:

- Einzelpsychotherapie (5)
- Gruppenpsychotherapie (14)
- Berufliche Wiedereingliederung – Soziotherapie (12)
- Reha-Sport (30)

Das Gruppentherapiekonzept wurde eigens für die spezifische Indikation der Behandlung bei Fokus „Arbeitsunfähigkeit“ entwickelt.

Perspektive Budgetverantwortung

Der IV-Vertrag mit der AOK Nordost stellt sicher konzeptionell und quantitativ die weitreichendste Innovation dar. Als populationsbezogener Vertrag mit perspektivischer Übernahme der Budgetverantwortung für alle Ausgaben der eingeschriebenen IV-Patienten positioniert der Vertrag sich explizit mit einer ganzheitlichen Sicht auf den psychiatrisch Erkrankten. Die Herausforderung besteht in einer dem Patienten angemessenen Behandlung und Steuerung, die auch die Komorbidität einbezieht. Ärzte arbeiten nach gängigen Vergütungsstrukturen; Soziotherapie und häusliche psychiatrische Pflege können bei erheblicher Indikationsausweitung zielgenauer eingesetzt werden; mit Hausärzten wird eine verstärkte Zusammenarbeit angestrebt. Durch unterjährige Abschlagszahlungen werden das entsprechende Management und die Logistik des Vertrages ermöglicht. Mit über 1.200 eingeschriebenen Patienten kann der Vertrag für seine Startphase bereits ein beachtliches Ergebnis vorweisen.

Zertifizierung beantragt

Aktuell nehmen circa 60 Psychiater/Nervenärzte (niedergelassen oder in MVZ), alle 40 Soziotherapeuten Berlins (zumeist bei psychosozialen Trägern tätig), circa zehn häusliche psychiatrische Krankenpflegedienste, 20 psychologische Psychotherapeuten, acht Anbieter von Rehabilitationssport sowie einige Ergotherapeuten an den Verträgen teil. Mit mehreren Kliniken bestehen Kooperationsverträge; die Hausarztkooperation wird inhaltlich und auf formaler Ebene weiter ausgebaut. Regionale Behandlerkonferenzen werden von den regionalen Koordinatoren (niedergelassene Psychiater) organisiert. An ebenfalls regionalisierten fachpsychiatrischen Arbeitskreisen nehmen neben den Hausärzten und Klinikvertretern in Berlin auch Vertreter der Krisendienste und zum Teil auch des Sozialpsychiatrischen Dienstes teil.

Das Qualitätsmanagement (QM)-Gremium der PIBB setzt sich zusammen aus den verschiedenen Berufsgruppen und wird sehr tatkräftig unterstützt durch ein externes QM aus der Charitè-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CM. Hauptaufgaben des QM-Gremiums sind Entwicklung und Implementierung indikationsbezogene Behandlungspfade, die Verordnungs- und Mengensteuerung, die Formulierung und Umsetzung von Qualitätsindikatoren. Die Netzstruktur der PIBB konnte über die letzten Jahre soweit entwickelt werden, dass im August diesen Jahres bei der KV Berlin ein Antrag auf Zertifizierung (Versorgungsstrukturgesetz: Förderung von Ärztenetzen § 87b) gestellt wurde.

Zusammenfassende Bewertung der IV

1. Die IV mit ambulanter Komplexbehandlung ist für Patienten sehr sinnvoll. Sie bietet als Ergänzung zur kollektivvertraglichen Versorgung neue Möglichkeiten einer zielgenauen Behandlung und ist dadurch nachweisbar effektiv.
2. Sie gibt ein Beispiel für die Leistungsfähigkeit der ambulanten Psychiatrie insbesondere eines ambulanten Versorgungsnetzes von Nervenärzten/Psychiatern zusammen mit Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, psychiatrischer Pflege und allen weiteren Akteuren der psychiatrischen Versorgung. Psychiatrische Praxen werden einerseits entlastet und können anderseits notwendige Steuerungsaufgaben im Versorgungsnetz übernehmen. Die Selbstorganisation der Leistungserbringer im Gegensatz zur Beauftragung durch alte oder neue „Versorgungsfirmen“ oder Konzerne mit vorrangig geschäftlichem Interesse kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.
3. Noch sind die Verträge der PIBB in der Gesamtheit nicht ausreichend finanziert, auch wenn zum Beispiel Soziotherapeuten endlich eine adäquate Bezahlung erhalten und von den einzelnen Psychiaterpraxen erhebliche Zusatzhonorare durch ihr IV-Engagement und die bewusste Steuerungsfunktion generiert werden. Der logistische Aufbau ambulanter Vernetzungsstrukturen, nicht zuletzt die unverzichtbare Entwicklung einer leistungsfähigen IT kosten Zeit und viel Geld, die sich erst bei längerer Laufzeit der Verträge rechnen. Der große ehrenamtliche Einsatz vieler IV-Aktivisten muss nach der Initialphase in ausfinanzierte und belastbare Finanzierungsstrukturen überführt werden.
4. Die neue Form der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen führt einerseits zu konstruktiven neuen Versorgungslösungen, bringt anderseits verhandlerseitig aber auch die Erfahrung sehr unterschiedlicher Sachkompetenz für psychiatrische Behandlungsfragen mit sich. Auch ist sehr genau darauf zu achten, wer auf Seiten der Krankenkassen vorrangig am Marketing und wer an realer Versorgungsverbesserung interessiert und zu verlässlich längerfristigem Engagement bereit ist.
5. Anhaltend bestehen zahlreiche Hindernisse unterschiedlichster Art beim weiteren Aufbau der IV. Diese liegen in gesetzgeberischen Vorgaben (z. B. Mehrwertsteuerbelastung des Managements) ebenso wie in restaurativen Haltungen beteiligter Institutionen und Akteure (z. B. Bundesversicherungsamt). Mit der gesetzgeberisch gewollten Vertragskonkurrenz der Krankenkassen und der Leistungsnetze ist im Interesse von Effizienz und Patientenorientierung ausdrücklich kreativ und kooperativ umzugehen.
6. Ambulant und gemeindepsychiatrisch ausgerichtete Versorgungsnetze haben mit guten Verträgen zur IV eine hervorragende Möglichkeit, den langjährig propagierten Grundsatz „ambulant vor stationär“ für psychisch Kranke endlich umzusetzen. □

AUTOR

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin
1. Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit, Berlin
E-Mail: dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de

Modellprojekte

Zusätzliche ambulante psychiatrische Leistungen wirken!

Ein zentrales Problem im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist die starke Limitierung vergüteter ambulanter psychiatrischer Leistungen. Zumindest einige Verträge der integrierten Versorgung (IV) scheinen das – wie erhofft – zu verbessern.

Je nach regionaler Kassenärztlicher Vereinigung (KV) werden ambulante psychiatrische Leistungen (Regelleistungsvolumina [RLV] und Qualitätsgebundene Zusatzvolumina [QZV]) mit 40 bis 70 € im Quartal honoriert. Nur in wenigen KV-Bezirken gibt es Sonderregelungen für eine Vergütung der psychiatrischen Gesprächsleistungen außerhalb des RLV, zum Beispiel in Bayern, Niedersachsen und im Saarland. Die Limitierung der Vergütung ambulanter psychiatrischer Leistungen stellt einen grundlegenden strukturellen Mangel im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung dar. IV-Verträge nach § 140 SGB V sollten ein Instrument sein, um diese Strukturmängel zu verbessern. Hat sich diese Erwartung erfüllt?

Noch dünne Datenlage

Salize und Jacke haben vor kurzem darauf hingewiesen, dass aufgrund der Heterogenität und Vielzahl an IV-Projekten im psychiatrischen Bereich nur wenige empirisch-wissenschaftlich erhobene Evaluationen vorliegen [1]. Sie beschreiben in ihrem Aufsatz zur IV aus Sicht der Versorgungsforschung Ergebnisse des Hamburger Modells für an Psychosen erkrankten Personen und des regionalen Psychiatrie-Budgets (RPB) Itzehoe/Kreis Steinburg und geben am Rande einen Hinweis zu dem Programm für seelische Gesundheit München (PSG). Neben der Darstellung durchaus ermutigender Ergebnisse kritisieren sie die Defizite bisheriger Methodik und Datenerhebung. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse von Verträgen aus der Region München/Bayern sind sicher ebenfalls punktuell und unvollständig, aber lassen doch Hypothesen zu Effekten zu.

Mehr ambulant – weniger stationär

Im Rahmen von IV-Projekten des Fachgebiets Psychiatrie, die als sogenannte Add-on-Verträge konzipiert sind, konnte durch zusätzliche ambulante Leistungen die Zahl der stationären Behandlungstage reduziert werden und auch die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) nahm ab. Bestandteile dieser Add-on-Verträge sind beispielsweise Sprechstundentermine vor Entlassung aus stationärer Behandlung, eine Bereitstellung von Sprechstundenterminen innerhalb von drei Werktagen nach Entlassung aus stationärer Behandlung, die Integration von Reminder-Systemen, eine Psychoedukation oder ein aufsuchendes Assessment zur Krisenintervention (**Tabelle 1**). Erprobt wurde dies beispielsweise in einem seit Mitte 2005 etablierten IV-Vertrag zwischen dem BKK Landesverband Bayern, der Psychiatrischen Klinik Rechts der Isar der TU München und der Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e. V. Die genannten Leistungsbestandteile wurden zusätzlich zu den Leistungen aus dem EBM vergütet. Bis Oktober 2012 konnten etwa 600 Patienten in den Vertrag eingeschlossen werden.

Tabelle 1

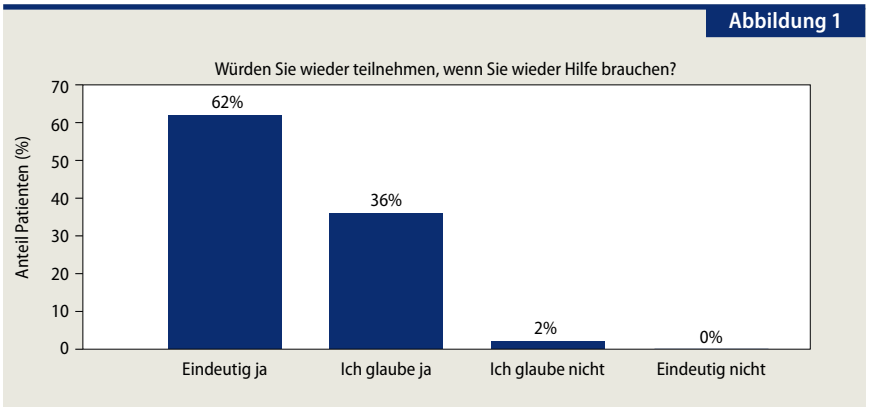
Konkrete Leistungen der niedergelassenen Nervenärzte/Psychiater

- Motivation und Rekrutierung für integrierte Versorgung
- Standardisierte Dokumentation
- Sprechstundentermine vor Entlassung aus stationärer Behandlung
- Bereitstellung von Sprechstundenterminen innerhalb von drei Werktagen nach Entlassung aus stationärer Behandlung
- Regelmäßige Kommunikation mit dem stationären Behandler
- Aufsuchendes Assessment
- Durchführung von Remindersystemen
- Psychoedukation (Patienten/Angehörige)
- Teilnahme an Fallkonferenzen

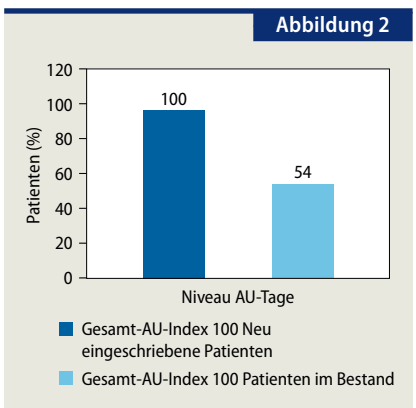
Tabelle 2

Vergleich der Krankenhaustage vor und nach Einschluss in den Münchener IV-Vertrag

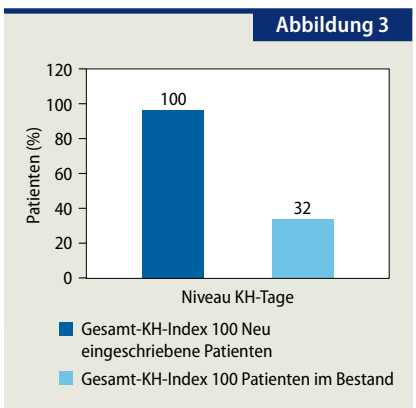
Zeitraum	ICD-10 F2 (n = 131)	ICD-10 F3 (n = 81)	alle
18 Monaten vor Einschluss	7.313	5.124	12.437
18 Monate nach Einschluss	1.979 (–75 %)	1.546 (–70 %)	3.343 (–73 %)



Fast alle Patienten würden wieder am Münchener Modell teilnehmen (nach [2]).



Im IV-Projekt von TK und BVDN in verschiedenen Modellregionen, unter anderem auch in Bayern, sanken die AU-Tage zwischen 2005 und 2009 deutlich.



Die Krankenhauszeiten reduzierten sich nach Vertragseinschluss im gleichen Zeitraum im IV-Projekt von TK und BVDN um etwa 70 %.

Der Vergleich vor und nach Einschluss zeigt eine deutliche Reduktion der Krankenhaustage nach IV-Einschluss von circa 70 % (**Tabelle 2**). Diese erste Auswertung des Centrums für Disease-Management im Klinikum Rechts der Isar (CFDM) wurde vom BKK Landesverband geprüft und bestätigt. Auch die Patientenakzeptanz im Rahmen des IV-Vertrags war sehr hoch (**Abbildung 1**). Zusammenfassend wurde eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Leistungserbringern und über die Sektoren hinweg, eine hohe Patientenzufriedenheit, eine Reduzierung von Krankenhaustagen und nach Hochrechnungen eine deutliche Einsparung von Kosten erreicht [2]. Zieht man die Kosten des Projekts mit circa 1.250 € pro Patient und Jahr ab, so verbleibt rechnerisch aufgrund der eingesparten Krankenhaustage ein Nettogewinn von 5.350 € pro Patient und Jahr [3].

Die Effekte einer zusätzlich durchgeführten Psychoedukation konnten bereits in einem früheren Projekt des Klinikums Rechts der Isar nachgewiesen werden. Nach sieben Jahren verbrachten Patienten ohne Psychoedukation im Durchschnitt dreimal so viele Tage in psychiatrischen Kliniken wie Patienten mit Psychoedukation (225 versus 75 Tage) [4].

Auch Arbeitsunfähigkeitstage reduziert

Von 2005 bis 2009 wurde in verschiedenen Modellregionen, unter anderem auch in Bayern, ein IV-Projekt als Add-on-Vertrag zwischen der TKK und dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte und Psychiater durchgeführt. Die Auswertungen aus den Quartalen IV/2004 bis IV/2008 zeigen eine sehr deutliche Reduktion der AU-Tage um etwa 50 % und wiederum eine Verringerung der Krankenhaustage um 70 % (**Abbildung 2** und **Abbildung 3**).

Ähnliche Effekte konnten bei einem Projekt zur IV-Depression in Aachen erreicht werden, an dem das Universitätsklinikum Aachen, niedergelassene Fachärzte für Nervenheilkunde und Psychiatrie sowie besonders fortgebildete Hausärzte teilgenommen haben.

Datenlage begrenzt, aber ermutigend

Bisher orientieren sich die gemessenen Parameter an den Interessen der Kostenträger und stellen keine umfassende wissenschaftliche Evaluation einer komplexen Intervention dar, was immer wieder kritisiert wird. Außerdem sind die bisher ausschließlich verfügbaren Prä-Post-Vergleiche vorsichtig zu interpretieren. Verlaufsuntersuchungen und Kontrollgruppen-Vergleiche liegen bisher aus der Evaluation von psychiatrischen IV-Verträgen nicht vor.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse aber, dass durch zusätzliche Leistungen im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Versorgung durch niedergelassene Fachärzte für Nervenheilkunde/Psychiatrie erhebliche Einsparungen bei AU-Zeiten und Krankenhaustagen erreicht werden können. Dies kann als Hinweis auf eine Verbesserung der ambulanten Versorgung und der Lebensqualität psychisch Kranker gewertet werden. Insofern sind die Ergebnisse positiv zu bewerten und sollten Anlass sein, die Komplexität mit erweiterter Methodik besser zu erfassen. □

LITERATUR

1. Salize HJ, Jacke CO. Nervenheilkunde 2013; 32: 293 – 300
2. Spill B et al. Psychiat Prax 2013; 40: 142 – 5
3. Kissling W. psychoneuro 2008; 34: 410 – 15
4. Bäuml J et al. J Clin Psychiatry 2007; 68: 854 – 61

Dr. med. Christian Vogel, München
E-Mail: praxcvogel@aol.com

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Psychotherapie für Menschen mit Psychosen

Ein konstruktiver Ausblick

In Deutschland erhalten Menschen mit psychotischen Erkrankungen nur selten eine adäquate psychotherapeutische Hilfe, obwohl der Nutzen erwiesen und die Bereitschaft dazu vorhanden ist. Die Daten zur Erstdiagnose in der Richtlinienpsychotherapie zeigen, dass eine Zunahme von Psychotherapeuten allein den Menschen mit Psychosen* zu diesem Zeitpunkt nicht helfen würde. Notwendig sind eine spezifische Qualifikation, eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Strukturen, die mehr Kontinuität sichern.

DOROTHEA VON HAEBLER, BERLIN

© KarSol / Fotolia.com

Ausblick und Perspektive: Die Psychosenpsychotherapie braucht eine besondere Kompetenz und die richtigen Strukturen.

Das biopsychosoziale Modell von Psychosen ist unumstritten gültig für Klinik, Wissenschaft und Forschung. Die Ursachen einer psychotischen Erkrankung setzen sich demnach aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zusammen, die in einer Therapie berücksichtigt werden müssen. Aus dieser Perspektive erscheint die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen unmittelbar als Notwendigkeit. Diese Notwendigkeit wird auch nicht angezweifelt, zumindest nicht nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung [1]. Die Praxis zeigt allerdings, dass die psychotherapeutische Behandlung nur wenigen Menschen mit Psychosen zugute kommt. Ein wichtiger Grund dafür ist sicherlich die Tatsache, dass Psychotherapie den Menschen mit Psychosen kaum empfohlen wird. Es mangelt an Psychotherapieplätzen für Psychosebetroffene, und ein Teil der Alltagspraxis folgt noch immer der Regel, dass die Psychotherapie bei zum Beispiel schizophrenen Psychosen erst beginnen könne, nachdem eine medikamentöse Einstellung erfolgt sei, wodurch Ressourcen der psychotherapeutischen Behandlung, die medikamentöse Therapie erst zu ermöglichen, ungenützt bleiben. Dazu kommt die ganz besondere Struktur vieler Menschen mit Psychosen: ein existentiell anmutendes Autonomiestreben, welches eine Psychotherapiesuche oft erheblich erschwert.

Es ist bekannt, dass Menschen mit zunehmendem Schweregrad einer psychiatrischen Erkrankung die Behandlung, so auch Psychotherapie, oft ablehnen. Es ist ebenfalls bekannt, dass psychotherapeutische Behandlung bei Menschen mit Psychosen hilft. Und es ist bekannt, dass die psychopharmakologische Versorgung vieles vermag, mit seinen Nebenwirkungen aber zurzeit nicht nur die Fachwelt beschäftigt, sondern schon lange auch die Betroffenen, die zu einem erheblichen Anteil die Einnahme von Psychopharmaka ablehnen beziehungsweise diese nach einem stationären Aufenthalt häufig – und das leider meist ohne ärztliche Hilfe – wieder absetzen.

Die Wurzeln dieser geringschätzenden Bewertung von Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen sind historisch (Endogenität, Erbschaden, Degeneration) und leider noch immer im Denken und Urteilen verhaftet: Hier ist eine Revision im Sinne der UN-Menschenrechtskonvention längst überfällig. Ein weiterer Grund scheint die traditionelle Spaltung zwischen Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Diese Spaltung sollte durch die neuen Versorgungssysteme überwunden werden.

Im Folgenden sollen der aktuelle Stand von Wissenschaft, Lehre und Ausbildung, die Rahmenbedingungen und die Alltagspraxis, zusammengefasst und exemplarisch Lösungsmöglichkeiten dargestellt werden.

Wissenschaftliche Aspekte der Psychosenpsychotherapie

Eine psychotherapeutische Behandlung für Menschen mit Psychosen ist Wunsch des behandelnden Teams, häufig der Angehörigen und der Betroffenen selbst [2]. Die Psychotherapie im Rahmen der Behandlung psychotischer Erkrankungen hat einen zentralen Stellenwert. Sie kommt in allen aktuellen Behandlungsplänen vor. Zudem ist sie leitliniengestützt.

Leitlinien

Die S3-Leitlinien für bipolare Erkrankungen beschreiben Psychotherapie als notwendigen Bestandteil der Behandlung. Die S3-Leitlinien für Schizophrenie werden zurzeit überarbeitet. In aktuellen, international gültigen Leitlinien (Leitlinie Schizophrenie des britischen National Institute für Health and Clinical Excellence (NICE), die Leitlinie mit der international besten Akzeptanz [1]), gibt es eine eindeutige Empfehlung für den regelhaften Einsatz von Psychotherapie bei Psychosen. Die NICE-Leitlinien empfehlen kognitive Verhaltenstherapie (CBT) und Familieninterventionen für alle Schizophreniepatienten in der Routineversorgung mit Beginn bereits im stationären Setting. Die Diskussion zu unterschiedlichen Verfahren scheint aber auch nach der NICE-Leitlinie noch nicht abgeschlossen zu sein: Die Leitlinie empfiehlt mindestens 16 Einzelsitzungen, eine Stundenzahl, deren Nutzen unter anderem von den Verhaltenstherapeuten selbst infrage gestellt wird. Die Psychodynamische Psychotherapie wird als Hilfe für den Therapeuten genannt, um Patienten mit Psychosen besser zu verstehen. Es konnte inzwischen zusätzlich nachgewiesen werden, dass die professionell begleitete Auseinandersetzung der Erfahrung mit psychotischer Erkrankung im biographischen Kontext eine aktive Krankheitsbewältigung fördert. Das ist ein deutlicher Hinweis auf den Wert psychodynamischer beziehungsweise biografiebezogener Verfahren [3, 4].

Umsetzung der Leitlinien

Wenn es an der Umsetzung mangelt, liegt das nicht an fehlenden Therapiemöglichkeiten, denn effiziente Therapiemöglichkeiten gibt es [5–7]. Die Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie [20] und zur Familientherapie [6] sind evidenzbasiert. Die Studienlage zur psychodynamischen Psychotherapie von Psychosen ist im Wesentlichen empirisch [5, 8, 9] und hat somit keinen Eingang in die Leitlinien gefunden, zeichnet sich aber dadurch aus, dass dieses Verfahren sowohl stationär wie ambulant häufig mit Erfolg angewendet wird und auch eine lebhafte Tradition hat, wie beispielsweise nach Benedetti, Mentzos oder Alanen. Bei sämtlichen Verfahren muss eine Modifikation der klassischen Therapie erfolgen, um Menschen mit schizophrenen und bipolaren Psychosen erfolgreich zu behandeln. Ein beforschbares Manual ist bislang in der psychodynamischen Psychosentherapie nicht zur Anwendung gekommen. Hierzu gibt es jedoch inzwischen Vorarbeiten [10, 11].

In Lehre und Ausbildung ausgespart

Im Psychotherapeutenausbildungsgesetz ist die Behandlung von Menschen mit Psychosen nicht als Bestandteil der Aus-

* Der Begriff der Psychose wird in diesem Zusammenhang als Phänomen verwandt, das verschiedenen Zugängen, nicht nur aus dem gesundheitswissenschaftlichen Verständnis, offen ist. Der Begriff der Psychose definiert sich neben dem inzwischen aus den gültigen psychiatrischen Klassifikationssystemen in seinem ursprünglichen Sinne eliminierten Begriff der Neurose als eine Entität, deren Kernsymptom der Wahn ist. Die Krankheiten, die mit Wahn vor allem in Verbindung gebracht werden, sind die Schizophrenien und die bipolaren Erkrankungen mit Manie und Depression. Um diese Krankheiten nach den geltenden Klassifikationssystemen dreht es sich im engeren Sinne, wenn hier von Psychosenpsychotherapie die Rede ist.

DDPP
Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.

Der Dachverband Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie e.V. (DDPP) wurde im Mai 2011 gegründet. Der Verein ist ein Zusammenschluss aus allen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen, Betroffenen und Angehörigen, mit dem gemeinsamen Ziel, dass Psychotherapie in der Behandlung von Menschen mit Psychosen zu einem selbstverständlichen Angebot wird. Mit psychotherapeutischer Behandlung können die mit einer Psychose verbundenen Probleme besser verstanden und bewältigt werden. Im Dachverband sind die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren gleichberechtigt vertreten. Dazu gehören psychodynamische, systemische und verhaltenstherapeutische Methoden. Sie sind für unterschiedliche PatientInnen in unterschiedlichen Situationen und Lebenskontexten jeweils auf ihre Weise hilfreich und sinnvoll. Wir halten einen Austausch zwischen den Psychotherapieverfahren für konstruktiv. Im Dialog können Ähnlichkeiten und Unterschiede benannt werden.

Der DDPP fordert unter anderem, die Behandlungsstruktur und Abrechnungsmodalitäten entsprechend anzupassen und integrierte Versorgungsangebote zu schaffen. Ambulante und stationäre Versorgungsangebote müssen außerdem besser verzahnt werden.

Was wir tun

- Mit regelmäßigen Kongressen ermöglichen wir den Austausch verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsmethoden. Wir unterstützen die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die mit Menschen mit Psychosen arbeiten. Wir integrieren Betroffene und Angehörige mit ihren Sichtweisen und Erfahrungen.
- Wir entwickeln Modelle für eine verbesserte Ausbildung der Therapeuten in Psychosen-Psychotherapie.
- Wir wenden uns mit Informationen, konkreten Vorschlägen und Forderungen an (Fach-) Öffentlichkeit, Politik und Kostenträger.
- Wir entwickeln Modelle der Vernetzung und Kooperation, damit Therapeuten die notwendige Unterstützung erhalten, um psychotische PatientInnen mit mehr Sicherheit, Engagement und Freude behandeln zu können.
- Wir sorgen dafür, dass in bestehenden und neuen Modellen der Versorgung für Menschen mit Psychosen psychotherapeutische Verfahren einen hohen Stellenwert bekommen.
- Wir setzen uns dafür ein, dass Psychosen-Psychotherapie als Behandlungsmethode anerkannt und angemessen vergütet wird.
- Wir fördern die wissenschaftliche Erforschung der spezifischen Ansätze der Psychosen-Psychotherapie in den unterschiedlichen Psychotherapie-Verfahren. Dazu gehört eine kritisch geführte Diskussion geltender Forschungsstandards.

Weitere Informationen: **www.ddpp.eu**

bildung gefordert und kommt somit im Pflichtkatalog der Ausbildungsinstitute nicht vor. Demzufolge wird Psychotherapie von Menschen mit Psychosen nur in Ausnahmefällen aus einem persönlichen Engagement heraus gelehrt. Auch bei der Facharztausbildung liegt der Schwerpunkt auf Psychopharmakotherapie und der Delegation an soziotherapeutische Möglichkeiten. Psychotherapie von zum Beispiel Schizophrenien ist im Facharztkatalog aufgenommen, die Umsetzung dieses Lernzieles ist fraglich.

Die Arbeit mit Psychosekranken wird dann besonders schwer und für viele Therapeuten sehr belastend, wenn ein Verständnis der Probleme psychotischer Menschen fehlt und damit auch die Werkzeuge, um den Patienten helfen zu können. Dann erscheint die Beziehung, die es aufzubauen gilt, in endlos weiter Ferne. Außerdem greifen die oftmals apokalyptischen Ängste der Psychosekranken auf den Psychotherapeuten über, wenn dieser mit der psychotischen Abgrenzungsproblematik nicht vertraut ist. Mit einer entsprechenden Ausbildung, in der spezifische Werkzeuge vermittelt werden, können diese Ängste therapeutisch genutzt und damit überwunden werden. Dann ist die Psychosenpsychotherapie ein sehr befriedigendes Arbeitsfeld, weil die Betroffenen und ihre Angehörigen einen enormen Hilfebedarf haben und durchaus positive Entwicklungen erzielt werden können.

Perspektiven für eine spezifische Qualifikation

Um diesem Missstand entgegenzuwirken sind in den letzten 20 Jahren an verschiedenen Orten in Deutschland Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zur Psychosenpsychotherapie entstanden. In München (Überregionale Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie), Berlin (Berliner überregionales Symposium für Psychosenpsychotherapie an der Charite), Frankfurt (FPP, Frankfurter Psychoseprojekt), Hamburg (Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Psychodynamische Psychiatrie e.V.) und Tiefenbrunn (Arbeitskreis Psychotherapie bei Psychosen Tiefenbrunn) sind solche Weiterbildungsmöglichkeiten entstanden, die sich der Psychosenpsychotherapie widmen und teilweise (München, Berlin) eigene Curricula entwickelt haben. Um synergistische Effekte dieser Aktivitäten zu nutzen und um die Psychosenpsychotherapie mit gemeinsamen Standards und Vernetzung zu stärken, ist 2011 der Dachverband deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie (DDPP) an der Charité in Berlin gegründet worden (siehe Kasten). Dieser Dachverband setzt sich für eine selbstverständlichere und qualitativ gesicherte Psychosenpsychotherapie ein, die verfahrensübergreifend, bedürfnisangepasst und in der Versorgung vernetzt gelehrt und eingesetzt wird.

Ein zu diesem Profil (Berufsgruppen- und verfahrensoffen) passender Masterstudiengang (siehe Info Seite 36) ist im Sommersemester 2013 in Berlin gestartet worden, und nimmt als Kooperationsstudiengang der Charité Universitätsmedizin Berlin, der katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf UKE, und der federführenden International Psychoanalytic University

(IPU) Studierende auf, die berufsbegleitend ausgebildet werden in „Integrierter Versorgung psychotisch erkrankter Menschen". Hierbei ist der Begriff „Integrierte Versorgung" als eine aktuelle Chance des sich ändernden Versorgungssystems zu verstehen, in dem Berufsgruppen, die sich professionell mit Menschen mit Psychosen befassen, im Rahmen der gesetzlich geschaffenen Möglichkeiten, aber auch mit dem Denken der Integration und Vernetzung der therapeutischen, psychotherapeutischen und begleitenden Möglichkeiten auf höchstem Niveau zusammenarbeiten. Dies wird auch einen Weg zu selbstverständlichem Einsatz qualitativ hochwertiger Psychosenpsychotherapie ebnen.

Aktuelle Rahmenbedingungen

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt in Deutschland im Wesentlichen über die Richtlinienpsychotherapie. Hier sind im Rahmen des TK-Modellvorhabens „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie" Erstdiagnosen von Psychotherapieanträgen einer Untersuchungsgruppe (n = 906) erfasst worden (**Abbildung 1**). Während affektive (ICD 10: F3) und neurotisch somatoforme Störungen (ICD 10: F4) zusammen über 90 % ausmachen, bleiben Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei unter einem Prozent [12]. Es ist möglich, dass bei den aktuellen Psychotherapierichtlinien, die in Bezug auf den aktuellen Forschungsstand veraltet sind, Menschen mit Psychosen wegen einer depressiven Erkrankung (die aber eigentlich die Folge einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ist) in psychotherapeutische Behandlung kommen, und somit statistisch bei den affektiven Störungen mitgezählt wurden. Dies allein erklärt so eine Statistik aber noch nicht. In Anbetracht der Häufigkeit von psychotischen Erkrankungen zusammen mit dem oben angeführten Hilfebedarf lassen sich diese Zahlen nur so interpretieren, dass das psychotherapeutische System mit seinen Richtlinien mit dem Hilfebedarf von Menschen mit Psychosen nicht übereinstimmt.

Der Implementierung einer selbstverständlichen psychotherapeutischen Behandlung von Psychosekranken stehen die aktuellen Psychotherapierichtlinien entgegen: Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen werden als Indikation angegeben, nicht jedoch die psychotische Erkrankung selbst. Dies entspricht nicht dem aktuellen Forschungsstand, so dass die Richtlinien aus wissenschaftlicher Sicht geändert werden müssen.

Aktuelle Versorgungslandschaft

Die psychiatrische Versorgung für Menschen mit Psychosen weist eine „Komm-Struktur" auf, die für viele Menschen mit Psychosen nicht geeignet ist. Es gibt Neuerungen der Versorgungsformen und der Gesetzeslage, um solche Missstände aufzulösen: Integrierte Versorgung (IV), Home Treatment, Assertive Community Treatment, Soziotherapie und psychiatrische Pflege. All diese Angebote vermögen es (noch) nicht, die schlechtere Behandlung von Menschen mit Psychosen im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen aufzulösen. Oft genug wird Psychotherapie als Bestandteil der Behandlungspläne der IV, der stationären Versorgung und anderer Einrichtungen benannt, am Ende jedoch nicht durchgeführt. Hierfür werden personelle und finanzielle Gründe angeführt, was bei neueren Konzepten wie der IV nicht akzeptabel erscheint, sondern eher wie eine Mogelpackung. Hilfen zur Wiedereingliederung kommen von Einzelfallhelfern und Betreuern zum Beispiel im betreuten Wohnen – eine Psychotherapie findet zusätzlich in den meisten Fällen nicht statt. Die Betroffenen gehen davon aus, dass sie begleitende professionelle Hilfe – manchmal ja auch von Psychologen – haben, und werden über den Unterschied zu einer spezifischen Psychotherapie nicht aufgeklärt. Diese Hilfen könnten, wenn die traditionelle Spaltung der sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen überwunden wird, eine Brücke zur psychotherapeutischen Behandlung sein. Bislang ist aber auch diese Brücke nur bedingt nutzbar, denn die gute Idee der Soziotherapie ist in den meisten Regionen eine Versprechung geblieben und auch ambulante psychiatrische Pflege ist nicht flächendeckend verfügbar. Das führt zu einer Situation, in der Betroffene immer wieder in Kliniken und Heime eingewiesen werden – weder eine angemessene, noch kostengünstige und vor allem keine perspektivische Lösung.

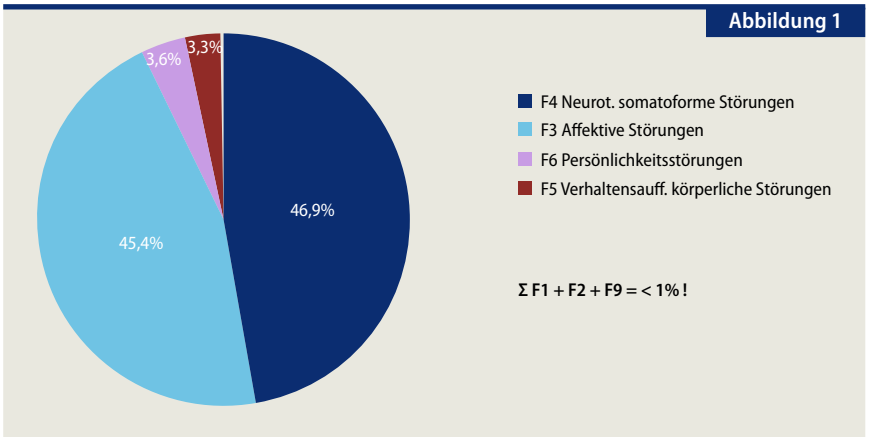
Erfahrungen im Rahmen der IV

Die IV als Versorgungsform verspricht vorhandene Ressourcen verfügbarer zu machen und die Vernetzung der Disziplinen zu verbessern [13]. Ob dies eine Brücke zur besseren psychotherapeutischen Versorgung sein kann, erfordert eine genauere Betrachtung: Es gibt zu derzeit nur Sonderverträge mit Krankenkassen, wie zum Beispiel Verträge, die Krankenhäusern Gelder zusagen, wenn sie Ressourcen in den ambulanten Bereich umwidmen und Hometreatment aufbauen (Hamburger Modell DAK/AOK etc.). Es gibt auch Verträge mit Trägern der Sozialhilfe und Eingliederung

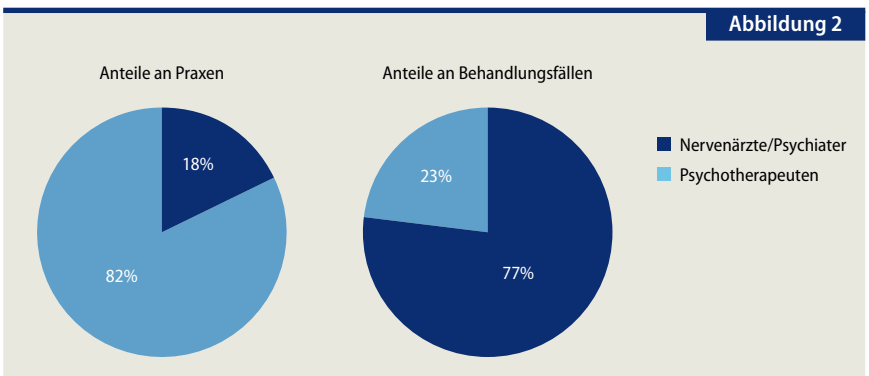
Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer



Erstdiagnosen in der Richtlinienpsychotherapie (n = 906, nach [12])



Gewichte von Nervenärzten/Psychiatern versus Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung (nach [12])

(SGB XII), bei welchen ambulante Krisenintervention und Hometreatment (SGB V) ausgeweitet wird (TK-Modell). Als drittes gibt es IV-Verträge mit dem Ziel, komplexere und niedrigschwellige Leistungen in Facharztpraxen anzubieten (Modell VPSG DAK/BKK/AOK). Jedes dieser Modelle weist Stärken und Schwächen auf. Deutlich wird die dringende Notwendigkeit der Verbindung von SGB V und XII sowie der Vernetzung und Einbindung von Praxen. Auch fremde Interessen sind bei geschlossenen Verträgen deutlich geworden, die damit eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Hilfe fragwürdig erscheinen lassen.

Wie bereits erwähnt, kommt Psychotherapie in den Verträgen vor. Deren Wirksamkeit in diesen Modellen scheint dem bisherigen Stand nach unumstritten [14]. Es ist zu diesem Zeitpunkt unklar, ob im Rahmen der Verträge die psychotherapeutische Qualifikation beachtet wird. Unverständlich ist jedoch, dass sich solche Versorgungsmodelle zeitgleich mit der Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien entwickeln, die bei den innovativen Modellen nicht berücksichtigt werden [15].

Rückschlüsse aus der Epidemiologie

Die Epidemiologie der psychotischen Erkrankungen ist eindrücklich stabil: Die psychotischen Störungen nach DSM IV haben eine Jahresprävalenz von 2,6 % [16]. Psychotische Erkrankungen werden als besonders schwer bezeichnet („Severe mental illness"). Die Schwere psychotischer Erkrankungen zeigt sich unter anderem an der Behandlungshäufigkeit („Heavy user"): Über 72 % der psychotisch Erkrankten in einem Jahr erhalten irgendeine Intervention. Im Vergleich dazu sind es im Schnitt nur 36,4 % aller diagnostizierten psychiatrisch Erkrankten eines Jahres, wobei damit Kontakte zu allen psychosozialen Einrichtungen inklusive Hausarztpraxen gemeint sind. Gezählt wurde ungeachtet von Häufigkeit, Dauer sowie Art der Intervention [16]. Weniger als 10 % der Patienten erhalten mehr als drei Interventionen/Kontakte.

Die Hilfebedürftigkeit von Menschen mit psychotischen Erkrankungen stellt sich mit den doppelt so häufigen Behandlungen im Vergleich zum Durchschnitt deutlich dar. Zusätzlich zeigen die genannten Zahlen ebenso deutlich eine nicht ausreichende Betreuung: Ein einzelner Kontakt im Jahr kann keine angemessene Behandlung beinhalten und ganz sicher keine Psychotherapie. Der Begriff „Heavy user" ist insofern irreführend, da die Betroffenen das System eben nicht nutzen, sondern scheinbar eher die akuten Spitzen der Erkrankung abgefangen werden, eine Psychotherapie aber ausbleibt.

Unterversorgung im Alltag

Die Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten nimmt zu, die durchgeführten genehmigten Psychotherapien ebenfalls. Brauchen wir also noch mehr Psychotherapeuten? Nein, eher eine Umverteilung der behandelten Diagnosen. Michael Linden, Leiter des Psychotherapiereferates der DGPPN, sagt, dass hohe Ausbildungsstandards für Psychotherapie nur zu rechtfertigen sind, wenn Psychotherapie sehr viel konsequenter auf Krankenbehandlung im engeren Sinne eingeschränkt und supportive Therapie oder Unterstützung bei der Bewältigung allgemeiner Lebensbelastungen anderen überlassen wird [17].

Dominanz der Pharmakotherapie

Bei psychotischen Erkrankungen ist die Pharmakotherapie praktizierter Alltag. Diese verspricht raschen Erfolg und dieser wird als anhaltend gelehrt, wobei hier neuere wissenschaftliche Erkenntnisse durchaus gegenteiliges beschreiben [18, 19]. In den psychiatrischen Praxen ist nicht ausreichend Raum für Psychotherapie. Dies kann zum Beispiel an der Anzahl der Behandlungsfälle einer

psychiatrischen (nervenärztlichen) Praxis im Vergleich zu einer psychotherapeutischen Praxis gezeigt werden (**Abbildung 2**). Einige niedergelassene Psychiater und Nervenärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung widersprechen an der Stelle, für psychotherapeutische Interventionen keine Zeit zu haben. Sie argumentieren, wie es sonst zu werten sei, was sie tun, wenn sie Menschen mit Psychose über Jahre hinweg begleiten und therapieren. Das Medikament könnten die Patienten überall bekommen, nach Jahren sei aber meist eine Beziehung entstanden, deren Entstehen als psychotherapeutischer Erfolg verstanden werden kann. Hierbei handelt es sich allerdings nicht um Richtlinienpsychotherapie, sondern um eine Haltung und eine Professionalität des häufig psychotherapeutisch ausgebildeten behandelnden Arztes, was als psychotherapeutisches Element in der Behandlung verstanden werden kann.

Schwierige Psychotherapeutensuche

Einige Patienten machen sich selbst auf die Suche nach einem Psychotherapeuten, zum Beispiel weil sie mit einem rein biologischen Krankheitsmodell explizit unzufrieden sind. Für nicht wenige Patienten sind die Hürden dafür zu hoch. Nicht selten wurde ihnen von einer Psychotherapie abgeraten. Oft haben sie, obwohl sie leiden und Hilfe suchen, am Anfang einer Therapie nicht die geforderte Krankheitseinsicht, die sich erst im Verlauf der Therapie entwickelt. Vor allem aber gibt es, wie oben angeführt, nur wenige Psychotherapeuten, die psychotische Patienten in Behandlung nehmen.

Vorurteile belasten Psychotherapie

Psychoanalytiker glaubten früher, dass die Therapie vor allem darin besteht, dass der Therapeut dem Patienten die tiefer liegende Bedeutung seiner Symptome mitteilt. Das führte zu einer schematischen Anwendung der psychoanalytischen Methode, wobei die Analytiker wenig Rücksicht darauf nahmen, ob sie nicht ihre Patienten mit ihrem vermeintlichen Wissen überrollten. Diese frühen Versuche, die etwa um die Mitte des letzten Jahrhunderts stattfanden, haben leider bis in die Gegenwart das Bild der analytischen/psychodynamischen Psychosentherapie in der Öffentlichkeit und selbst in der Fachöffentlichkeit geprägt. Das nach wie vor oft anzutreffende Vorurteil lässt sich folgendermaßen beschreiben: Psychoanalyse bedeutet, dass man in den Tiefen der Psyche, den Abgründen der Seele monströse Wünsche oder Tatsachen entdeckt, die durch den Analytiker ins Bewusstsein gehoben werden. Der Psychoanalytiker erschließt den Sinn der krankhaften Erscheinungen und konfrontiert den Patienten völlig unsensibel mit unerträglichen Realitäten. Aufgrund dieser falschen Auffassung raten noch heute Psychiater ihren Patienten von einer tiefenpsychologischen oder analytischen Psychotherapie ab. Sie sind überzeugt, dass eine Aufdeckung des Unbewussten gefährlich sei. Sie wühle den Patienten auf und könne so Rückfälle und eine Verschlechterung seines Zustands verursachen. Die damaligen psychoanalytischen Bemühungen waren so gefährlich übrigens nicht, sie waren nur ineffektiv. Viele Psychoanalytiker nahmen sich sehr viel Zeit und engagierten sich für ihre psychotischen Patienten, die damals üblicherweise verwahrt wurden und unter teilweise destruktiven Behandlungsmethoden zu leiden hatten.

Perspektiven für eine bessere Versorgung von Menschen mit Psychosen

- Für eine besser qualifizierte und selbstverständlichere psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Psychosen ist eine verfahrensübergreifende Zusammenarbeit in Praxis, Lehre und Forschung dringend notwendig. Dazu würde auch gehören, die historisch erklärbaren Vorurteile gegenüber der psychodynamischen Psychosenpsychotherapie zu überdenken.
- Die Ausbildungspläne von Hochschulen und privaten Instituten müssen die Psychotherapie von Patienten mit psychotischen Erkrankungen besser oder überhaupt erst berücksichtigen.
- Die Richtlinien für Psychotherapie der Schizophrenie müssen dem aktuellen Forschungsstand angepasst werden und eine psychotherapeutische Behandlung der Grunderkrankung im Sinne der Leitlinien im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans ermöglichen. Dazu gehört gegebenenfalls eine enge Abstimmung mit psychiatrischen und sozialtherapeutischen Behandlern.
- Die Umsetzung der S3-Leitlinien muss erfolgen und damit sollte dem Psychosepatienten eine Psychotherapie zur Verfügung stehen.
- Von den Anbietern „Integrierter Versorgung" ist zu fordern, dass sie psychotherapeutisch qualifiziertes Personal einstellen.

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Plädoyer für eine moderne psychodynamische Psychosentherapie

Psychoanalytiker haben seither viele anfängliche Fehler korrigiert. Vorurteile gegen Medikamente oder Angehörige („schizophrenogene Mutter") gelten längst als obsolet. Eine Zusammenarbeit mit Mitbehandlern wird positiv aufgefasst, die Therapien werden im Sitzen durchgeführt. Vor allem in den letzten Jahrzehnten wurde die psychoanalytische Methode erheblich modifiziert und an die besonderen Probleme psychotischer Patienten angepasst.

Die psychodynamische Psychosenpsychotherapie geht dabei vor allem auf die spezifische Verwundbarkeit bei der Kontaktgestaltung ein. Die grundlegende Theorie geht von Dilemmata zwischen Nähe und Distanz beziehungsweise Autonomie und Abhängigkeit aus. Mentzos spricht vom Dilemma zwischen selbst- und objektbezogenen Tendenzen [20]. Es wird angenommen, dass vergangene und aktuelle Beziehungserfahrungen von Menschen mit Psychosen zu intrapsychischen Spannungen führen, welche die Verarbeitung von Erfahrungen beeinträchtigt. Darauf aufbauend hat sich eine modifizierte Psychotherapie entwickelt, welche die Symptome als individuelle Lösung dieser Dilemmata ansieht, also zum Beispiel den Wahn als konstruktiven Lösungsversuch. Somit muss er nicht als Symptom bekämpft werden, sondern kann in einen Verstehensprozess eingebunden werden, der eine Brücke zum Patienten schaffen kann. Psychodynamisches Verständnis bedeutet die Möglichkeit für den Therapeuten, dem Beziehungsdilemma nicht ausgeliefert zu sein, sondern eine gelassene und konstruktive Position einnehmen zu können. Mit dem Patienten werden dann in der therapeutischen Beziehung die Grenzen zwischen Ich und Du und die Einordnung in gestern, heute, morgen erarbeitet, ohne dass der Betroffene selbst vorgegebene Strukturen erfüllen muss. Der Erfolg zeigt sich in einer Angstreduktion, die dann eine therapeutische Beziehungsarbeit und Rekonstruktion der Biografie ermöglicht.

Fazit für die Praxis

Zusammengefasst setzt die moderne psychodynamische Therapie effektiv an der bei psychotischen Menschen gestörten Regulation und an den Dilemmata antagonistischer Affekte und Tendenzen an. Sie kann dabei hilfreich sein, diese Gegensätze abzuschwächen, neue Ressourcen zu entwickeln und die psychotische Erfahrung in die Biografie zu integrieren. Diese Methode wird in der Alltagspraxis zunehmend angewandt. Die Grundlagen für die Beforschung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards sind auf dem Weg [11].

Neuer Masterstudiengang

Derzeit vollzieht sich eine grundlegende Umstrukturierung in der psychiatrischen Versorgung. Das ist eine große Chance für eine erfolgreichere Therapie von Psychosekranken. Dabei wird in der Zukunft entscheidend wichtig sein, über eine professionelle Expertise für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team und die Vermittlung zwischen stationären, komplementären und ambulanten Bereichen zu verfügen.

Der zum Sommersemester 2013 an den Start gegangene weiterbildende und berufsbegleitende Masterstudiengang „Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen" setzt genau hier an. Er ist ein Kooperationsstudiengang zwischen der Charité Berlin, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), der katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) und der federführenden international Psychoanalytic University (IPU) in Berlin. Durch diese Kooperation können sämtliche Berufsgruppen, die professionell mit Menschen mit Psychosen arbeiten, zeitgleich berufsgruppenübergreifend wie berufsgruppenspezifisch ausgebildet werden.

Inhalte

Der Masterstudiengang vermittelt den aktuellen Wissensstand zum Phänomen Psychose methodenübergreifend. Erlernt beziehungsweise vertieft werden Kompetenzen zu bedürfnisangepasster, effektiver und gleichzeitig ressourcensparender Zusammenarbeit innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems. Therapeutische Haltung, Kompetenz und Authentizität werden durch ein über das gesamte Studium verlaufendes Modul mit supervidierter Fallarbeit im Team intensiv weiter ausgebildet. Die Absolventen dieses Studiengangs sind so nach Abschluss ihres Studiums auf hohem Niveau für eine effektivere Gestaltung und Umsetzung einer integrierten und qualifizierten Versorgung psychotisch erkrankter Menschen innerhalb des Versorgungssystems ausgebildet. Sie lernen die berufsgruppenspezifischen Handlungsaufträge und Expertisen aufeinander zu beziehen und diese strukturell umzusetzen.

Zielgruppen

Die Studierenden des neu gestarteten Studienganges sind Pflegewissenschaftler, Psychologen, Ärzte, aus der sozialen Arbeit, Juristen und Historiker, - die spezifischen Arbeitsfelder sind von Betreuung über Beratung und Therapie hin zu leitenden Positionen in sozialpsychiatrischen Einrichtungen oder im Krankenhaus. Die Altersspanne der Studierenden reicht von 27 bis zu 57 Jahren. Die Studierenden sind hochmotiviert und bereits im ersten Semester schon zur Gruppenarbeit zusammengekommen, wobei es viel um Vertiefen der eigenen Professionalität und das Kennenlernen der angrenzenden Tätigkeiten geht.

Informationen zum Studiengang: **www.ipu-berlin.de**

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler, Berlin
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité Universitätsmedizin Berlin, International Psychoanalytic University Berlin, IPU
E-Mail: dorothea.vonhaebler@charite.de

Literatur

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline Number 82, (2009), London.
2. Albani C; Blaser G; Geyer M, Schmutzer G; Brähler E. Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus der Sicht der PatientInnen – Teil I Versorgungssituation. Psychotherapeut 2010; 55: 503-14
3. Bock, Th., Brysinski, T., Klapheck, K., Bening, U., Lenz, A., Naber, D. Zum Subjektiven Sinn von Psychosen - Erstellung, Validierung und erste Anwendung eines Fragebogens - das Hamburger SuSi-Projekt. Psychiatr Prax 2010; 37: 285-91.
4. Klapheck K, Nordmeier S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychses: The German Subjective Sense in Psychosis (SUSE) Questionaire. Psychological Medicine 2011, 7, 1-11
5. Leichsenring F, Dümpelmann M, Berger J, Jaeger U, Rabung S. Ergebnisse stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung von schizophrenen, schizoaffektiven und anderen psychotischen Störungen. Z Psychosom Med Psychother 2005; 51: 23–37.
6. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2006 (4):CD000088.
7. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophr Bull 2008; 34: 523-37
8. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lindhardt A, Lajer M, Valbak K, Winther G. Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome. Psychiatry Interpersonal & Biological Processes 2012; 75: 331-41
9. Dümpelmann M, Jaeger U, Leichsenring F, Masuhr O, Medlin C, Spitzer C. Psychodynamische Psychosenpsychotherapie im stationären Setting. PDP - Psychodynamische Psychotherapie 2013 12 1: 45-58
10. Lempa G und von Haebler D. Werkzeugkasten des psychodynamischen Psychosetherapeuten. Psychotherapeut 2012; 57: 495-504.
11. Lempa G, Montag C und von Haebler D. Auf dem Weg zu einem Manual der psychodynamischen Psychosentherapie. Psychotherapeut 2013; 4: 327-38.
12. Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C.,Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse –Abschlussbericht 2011. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
13. von Haebler D, Lempa G, Klingberg S, Schultze-Jena, Hümbs N, Bock, T. Stellungnahme des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen-Psychotherapie (DDPP) zur Debatte um seelische Gesundheit, Psychotherapiebedarf und „Integrierte Versorgung“ 2011. http://www.ddpp.eu/ bilder/111124StellungnahmeDDPPb.pdf
14. Schöttle D, Karow A, Schimmelmann BG, Lambert M. Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. Curr Opin Psychiatry 2013; 26: 384–408
15. Pfammatter M, Junghan U.M. Integrierte psychotherapeutische Behandlung von schwer psychisch Kranken“ Nervenarzt 2012; 83: 861-8
16. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15: 357-76.
17. Linden, M, Langhoff C. Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste Kompetenzerfassung, Qualitätssicherung und Supervision. Psychotherapeut 2010; 55: 477–84
18. Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? Schizophr Bull 2013; 39: 962-5
19. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho BC. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. Am J Psychiatry 2013; 170: 609-15
20. Mentzos S. Lehrbuch der Psychodynamik, 3. Aufl. 2009. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen.

Molekulare Psychologie der PTBS

Befunde sprechen für zeitnahe Psychotherapie

In der Ätiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) interagieren genetische Faktoren der Gedächtnisbildung mit Umweltfaktoren wie der Anzahl erlebter Traumata. Traumatischer Stress beeinflusst sogar molekulare Prozesse des Immunsystems und der DNA und erhöht so das Risiko für sekundäre körperliche Folgeerkrankungen. Umgekehrt kann Psychotherapie diese Effekte zumindest teilweise rückgängig machen.

EVA SCHWARZ UND IRIS-TATJANA KOLASSA, ULM

Das Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse kann zur Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder, PTBS) führen. Die PTBS ist einzigartig unter den Störungen, die im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) gelistet werden, da die Diagnose das Erleben eines ätiologisch relevanten Umweltfaktors voraussetzt, nämlich eines traumatischen Stressors. Nach dem kürzlich erschienen DSM-5 [1] werden traumatische Stressoren im A-Kriterium neu definiert: so können diese etwa am eigenen Leib (A1) oder als Beobachter erlebt (A2) worden sein. Aber auch das Wissen, dass nahe Verwandte oder Freunde von einem traumatischen Ereignis betroffen sind (A3) sowie die wiederholte, zum Beispiel beruflich bedingte Trauma-Exposition (A4) werden als mögliche traumatische Stressoren anerkannt.

Zu den Hauptsymptomen der PTBS, die im DSM-5 unter der neuen Kategorie „Trauma- and Stressor-Related Disorders" geführt wird, zählen Intrusionen (B-Kriterium), Vermeidung (C-Kriterium), negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung (D-Kriterium) sowie Übererregung (E-Kriterium). Symptome, die zuvor unter dem kombinierten Kriterium Vermeidung/emotionale Abstumpfung subsummiert waren, wurden damit getrennt, so dass aus der ursprünglichen 3-Faktor-Symptomstruktur nun eine 4-Faktor-Struktur wurde. Damit sollen Symptome wie Interessensverlust und emotionale Abstumpfung, wie sie typischerweise auch bei einer Depression vorkommen, nicht mehr genügen, um das Vermeidungskriterium zu erfüllen, das nun eine eigene Kategorie darstellt. Erste Studien [2] zeigen, dass dies eine nützliche Anpassung ist, da Personen keine PTBS-Diagnose erhalten, die insgesamt niedrige PTBS-Symptome aufweisen aber bislang die Diagnose aufgrund einer Überlappung der Symptome mit einer Major-Depression erfüllten. Entsprechend empfiehlt die International Classification of Disease (ICD)-11 Working Group, die sich mit Stress-bezogenen Störungen beschäftigt, die Eliminierung unspezifischer PTBS-Symptome, die auch bei anderen Störungen wie Depression vorkommen, aus den Kriterien für die PTBS [3].

Traumatische Last

Das Risiko, eine PTBS zu entwickeln, hängt wesentlich von der einwirkenden traumatischen Last („trauma load") ab. Als besonders robuster Prädiktor für das PTBS-Risiko hat sich die Anzahl der erlebten Traumaarten erwiesen: Bei niedriger bis mittelmäßiger Traumabelastung zeigt sich ein nahezu linearer Zusammenhang zwischen traumatischer Last und PTBS-Risiko. Bei einer hohen traumatischen Last nähert sich das PTBS-Risiko asymptotisch der

Resilienz liegt auch in den Genen. Bei einer Vielzahl von Traumata, wie sie in Krisenregionen wie hier im Südsudan häufig erlebt werden, schützt das aber nicht.

© Tim McKulka / UNMIS HO / dpa

100 %-Marke [4–7] (**Abbildung 1**). Hierfür wurde der Begriff des „building block effect" geprägt. Er beschreibt die kumulative Auswirkung der Anzahl erlebter Traumaarten über die Zeit auf das PTBS-Risiko: Die unterschiedlichen Arten erlebter traumatischer Ereignisse werden in einem immer größer werdenden Furchtnetzwerk gespeichert und erhöhen so zunehmend die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer PTBS [8]. Diese Erkenntnisse, die anhand von Untersuchungen an Überlebenden des ruandischen Genozids generiert wurden, zeigen, dass es unter entsprechend hoher traumatischer Belastung keine ultimative Resilienz gegenüber der Entwicklung einer PTBS gibt [4, 6, 7].

PTBS-Raten sind Momentaufnahmen

Damit ist die Lebenszeit-Prävalenz für PTBS in einem Land eine durch Umweltfaktoren beeinflusste veränderliche Kennziffer, die das Ausmaß traumatischer Belastung in dem jeweiligen Land zu einem bestimmten Zeitpunkt widerspiegelt. Transiente Ereignisse wie Kriege oder Naturkatastrophen können die Prävalenz für PTBS deutlich erhöhen, weshalb Prävalenzraten kritisch betrachtet nur Momentaufnahmen darstellen können. Dementsprechend findet man in Krisengebieten sowie in besonders belasteten Berufsgruppen gegenüber der Normalbevölkerung deutlich erhöhte PTBS-Prävalenzraten. Während für das Vollbild der PTBS in Deutschland altersabhängige Lebenszeitprävalenzen von 1,3 – 3,4 % ermittelt wurden [9], wurden für erwachsene Nordamerikaner Werte von 7 – 12 % gefunden [10–13]. Demgegenüber belaufen sich die Lebenszeitprävalenzraten unter Kriegsteilnehmern in den Balkanstaaten auf 11 – 34 % [14], unter Überlebenden des ruandischen Genozids auf 50 % [7] und unter Polizei- oder Militärangehörigen in den USA auf bis zu 58 % [11]. Obwohl Männer ein erhöhtes Risiko haben, traumatische Ereignisse zu erleben, ist das Risiko für die Entwicklung einer PTBS nach Traumaeinwirkung unter Frauen etwa doppelt so hoch [11, 15].

Risikofaktoren für PTBS

Manche Traumatypen gehen mit einem besonders hohen PTBS-Risiko einher: die Lebenszeitprävalenz der PTBS beläuft sich unter Vergewaltigungsopfern auf 55 %, unter Kriegsveteranen auf 38 % und unter Personen, die mit einer Waffe bedroht wurden auf 20 % [11]. Neben der Art des Ereignisses beeinflussen auch Alter, kultureller Hintergrund, Berufsgruppe und Persönlichkeitsmerkmale, genetische Faktoren und der sozioökonomische Status das PTBS-Risiko. Einige dieser Faktoren sind bereits vor dem Trauma manifest (z. B. Temperament, Bildungsniveau, genetische Prädisposition u. a.), andere treten in der traumatischen Situation selbst zu Tage (z. B. die Art des Traumas: interpersonelles Trauma versus externales Ereignis) und wieder andere spielen erst nach dem eigentlichen traumatisierenden Ereignis eine Rolle in der Störungsätiologie (z. B. Coping-Mechanismen, soziale Unterstützung, wiederholte Erinnerung an das Trauma durch externe oder interne Stimuli [16–19]).

Neben den psychiatrischen Vorerkrankungen des betroffenen Individuums hat auch die familiäre psychiatrische Geschichte Auswirkungen auf das PTBS-Risiko. Dies deutet auf die genetische Veranlagung als einen weiteren Risikofaktor hin. Auch die Tatsache, dass sich Menschen vor allem im Bereich niedriger Traumabelastung im PTBS-Risiko unterscheiden, lässt eine Beteiligung genetischer Faktoren vermuten (siehe unten) [4, 20].

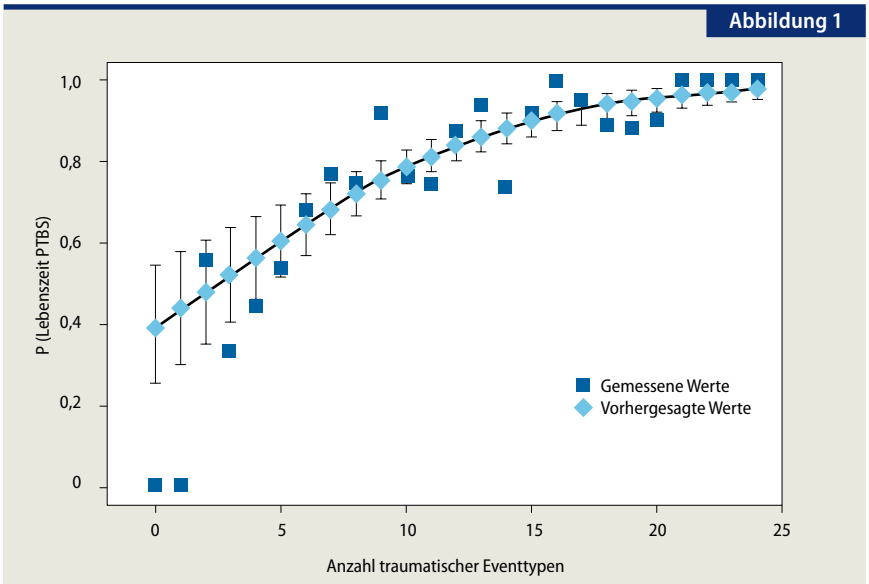
Die Entwicklung eines Furchtnetzwerks

Traumatische Erfahrungen führen zur Bildung extrem starker Gedächtnisengramme, die unwillkürlich in verschiedenen Formen (z. B. als Intrusionen am Tag oder als Alpträume in der Nacht) wiedererlebt werden. Für die Gedächtnisstruktur, in der emotionale, sensorische, perzeptuelle und kognitive Elemente des Traumas miteinander verknüpft vorliegen, wurde der Begriff des Furchtnetzwerks geprägt [21–23]. Aspekte weiterer traumatischer Erlebnisse können in ein bereits bestehendes Furchtnetzwerk integriert werden. Aufgrund der assoziativen Verknüpfung der Elemente des Netzwerks reichen einzelne Trauma-assoziierte Trigger (z. B. ein Geräusch, das während der traumatischen Situation wahrgenommen wurde) aus, um die gesamte Erinnerungskaskade zu reaktivieren [21–23]. Furchtkonditionierungsstudien zeigen, dass ein einziges traumatisches Ereignis ausreicht, um ein solches Furchtnetzwerk zu initiieren. Wiederholte traumatische Erfahrungen stärken das Furchtnetzwerk und damit die Furcht, die die betroffene Person erlebt, aber die Verbindung zum Kontext, in dem die Furcht erworben wurde, geht verloren. Dies erhöht das Risiko für Traumafolgestörungen wie die PTBS [24]. Dieses Wissen ist nicht zuletzt für eine erfolgreiche Behandlung der PTBS von Bedeutung. Die Reaktivierung des Furchtnetzwerks kann therapeutisch genutzt werden, da sie die Modifikation vorhandener Bahnen durch Extinktionslernen und höhere kognitive Prozesse erlaubt [25]. Gedächtnisprozesse spielen somit eine Schlüsselrolle in der Genese und Therapie der PTBS [22].

PTBS als Resultat einer Gen × Umwelt-Interaktion

Die Ätiologie der PTBS ist ein Paradebeispiel für eine Gen × Umwelt-Interaktion: der Genotyp eines Individuums interagiert mit der erfahrenen traumatischen Last und formt so das individuelle Risiko, nach dem Erleben eines Traumas eine PTBS zu entwickeln [26]. Man unterscheidet verschiedene Arten genetischer Varianten, die die Funktion eines Gens maßgeblich verändern können, darunter Einzelnukleotidpolymorphismen (Single Nucleotide Polymorphism, SNP), bei welchen eine einzelne Base ausgetauscht wird, sowie Längenpolymorphismen, bei welchen eine Insertion oder Deletion größerer Fragmente vorliegt [27]. Genetische Faktoren, welche die Gedächtnisbildung (Furchtkonditionierung, Furchtextinktion, emotionale Gedächtnisbildung, Langzeitgedächtnisbildung) beeinflussen, scheinen auch die Ätiologie der PTBS zu beeinflussen [20, 28]. Einige Studien zeigen, dass genetische Faktoren vor allem bei vergleichsweise geringer Traumabelastung eine Rolle spielen; mit zunehmender traumatischer Last überwiegt der Umweltfaktor in der Gen × Umweltinteraktion und fast alle Individuen entwickeln das Vollbild einer PTBS [26, 29]: Ruandische Überlebende des Genozids

zeigten bei extremer traumatischer Belastung (ab 15 unterschiedlichen erlebten traumatischen Ereignistypen) eine asymptotische Annäherung des PTBS-Risikos an 100 % [29] (**Abbildung 1**).



Dosis-abhängiger Effekt multipler Traumaarten auf das Lebenszeitrisiko für eine PTBS. Die Balken stellen mittels Bootstrap ermittelte 95 %-Konfidenzintervalle der vorhergesagten Werte dar. Aus: Kolassa I et al. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2010; 2: 169 – 74.

Die Rolle von Neurotransmittern und Signalkaskaden

Eine komplette Übersicht über Genassoziationsstudien im Bereich der PTBS findet sich bei Wilker & Kolassa [20]. Hier konzentrieren wir uns auf genetische Faktoren, die die Gedächtnisbildung beeinflussen und dadurch die Ätiologie der PTBS beeinflussen (vgl. [28]). Das Zusammenspiel der neuronalen Strukturen, die bei der (emotionalen) Gedächtnisbildung eine Rolle spielen (Amygdala, Hippokampus, medialer präfrontaler Kortex) wird durch Neurotransmitter aber auch Stresshormone reguliert. Eine wesentliche Rolle spielen hierbei Noradrenalin, Serotonin sowie Dopamin [30–32], aber auch molekulare Kaskaden in der Gedächtnisbildung wie Proteinkinasen und das KIBRA-Protein [33]. Genetische Veränderungen in diesen Systemen beeinflussen das PTBS-Risiko wie im Folgenden gezeigt.

Noradrenalin

Emotional erregende Ereignisse gehen mit einer Freisetzung des Stresshormons und Neurotransmitters Noradrenalin im Gehirn einher [30] und können später besser erinnert werden als emotional neutrale Ereignisse [34]. Eine Deletionsvariante des ADRA2B-Gens, das für α2B-adrenerge Rezeptoren kodiert und vor allem im Zentralnervensystem zu finden ist, führt zum Wegfall dreier Glutaminsäurereste im Rezeptormolekül und damit zu einer reduzierten Rezeptorsensibilität [35]. Personen mit dieser Deletionsvariante weisen eine verbesserte emotionale Gedächtnisleistung auf; andererseits zeigen Überlebende des ruandischen Genozids, die Träger der Deletionsvariante sind, mehr Intrusionen [36]. Somit wird aus einer Eigenschaft, die evolutionär adaptiv sein sollte, nämlich ein besseres emotionales Gedächtnis zu haben, unter dem Einfluss traumatischer Lebensereignisse eine Maladaptation, welche die Entwicklung klinischer Leiden (hier: PTBS) begünstigt.

Serotonin

Auch Serotonin beeinflusst Lernen und Gedächtnisbildung vor allem emotional besetzter Inhalte [31]. Serotonin wirkt inhibierend auf bestimmte Bereiche der Amygdala, wobei diese Inhibition abhängig ist von der Anwesenheit des Stresshormons Kortisol [37]. Membranständige Serotonin-Transporter beenden die Wirkung von Serotonin im synaptischen Spalt durch Wiederaufnahme in den synaptischen Endknopf. Ein Polymorphismus in der Promotorregion des SLC6A4-Genes, welches für den Serotonin-Transporter (5-Hydroxytryptamin-Transporter; 5-HTT) kodiert, führt zur Existenz kurzer (s-) und langer (l-) Allele [38]. Das kürzere s-Allel geht mit einer reduzierten Expression und Aktivität des Transportermoleküls 5-HTT einher, so dass die Serotonin-Wirkung im synaptischen Spalt länger anhält [39]. In der Folge kommt es zur verstärkten Aktivierung der Amygdala und damit zu Veränderungen in der Emotionsverarbeitung [38, 40–42]. Homozygote Träger des kurzen s-Allels (s/s) zeigen eine verbesserte Furchtkonditionierung [43]. Übereinstimmend hiermit zeigen sie ein erhöhtes Risiko für eine PTBS unabhängig von der traumatischen Last. Träger des l-Alles hingegen zeigen den oben beschriebenen Dosis-Wirkungseffekt traumatischer Belastung auf das PTBS-Risiko [42].

Dopamin

Die Catechol-O-Methyltransferase (COMT) ist an der enzymatischen Inaktivierung von Catecholaminen beteiligt und spielt damit eine Schlüsselrolle in der Beendigung der Wirkung hochaktiver Stoffe wie Dopamin, Adrenalin und Noradrenalin, welche ebenfalls emotionale Lernprozesse beeinflussen [32]. Aufgrund eines bekannten Polymorphismus an Kodonstelle 158 innerhalb des Gens, das für COMT codiert, erfolgt im Enzym der Einbau der Aminosäure Methionin (Met) statt Valin (Val). Dieser Austausch führt zu einer drei- bis vierfach geringeren enzymatischen Aktivität der COMT und damit zu einer reduzierten Inaktivierungsleistung, so dass im System befindliche endogene wie exogene Katecholamine länger Wirkung zeigen [44]. Die resultierende Anreicherung extrazellulären Dopamins im präfrontalen Kortex beeinträchtigt die Furchtextinktion, welche daher bei Met-Allel-Trägern deutlich reduziert ist [43]. Des Weiteren sind bei Met-Allel-

Trägern während der Verarbeitung aversiver Stimuli Hippocampus sowie Amygdala verstärkt aktiviert [45]. Homozygote Met-Allel-Träger in einer Studie mit Überlebenden des ruandischen Genozids zeigten bereits bei niedriger traumatischer Last ein erhöhtes PTBS-Risiko. Die oben beschriebene dosisabhängige Wirkungsweise der traumatischen Last auf das PTBS-Risiko (siehe **Abbildung 1**) konnte nur bei Val-Allel-Trägern beobachtet werden [26].

Protein-Kinase-Pfade

An emotionalen Lernvorgängen in der Amygdala sind Ca^{2+}-abhängige Proteinkinase-Kaskaden beteiligt, die zur Aktivierung von Transkriptionsfaktoren, allen voran CREB (cAMP response element-binding protein), führen. So wird die De-novo-Synthese von Proteinen verstärkt, die für die langfristige Stabilisierung emotionaler Gedächtnisinhalte erforderlich sind [46, 47]. Gesunde Träger des α-Allels des PRKCA-Gens, das für die Protein-Kinase Cα codiert und für das der Einzelbasenaustausch PRKCA SNP rs4790904 bekannt ist, zeigen bessere Gedächtnisleistungen vor allem für emotionale Stimuli, wohingegen traumatisierte Träger desselben Allels ein erhöhtes PTBS-Risiko sowie verstärkte PTBS-Symptome (vermehrte Intrusionen und Vermeidung) aufweisen [48].

KIBRA

KIBRA ist ein vor allem im Hippocampus und Kortex exprimiertes Gerüstprotein, welches eine wichtige Rolle in der Gedächtnisbildung spielt [49]. Das T-Allel (rs17070145) des WWC1-Gens, welches für KIBRA codiert, wurde in einer genomweiten Assoziationsstudie mit einer verbesserten Gedächtnisfunktion assoziiert [50]. Über eine Reihe von Interaktionspartnern nimmt KIBRA Einfluss auf die synaptische Plastizität [51] und die zytoskelettale Organisation der postsynaptischen Membran [52, 53]. KIBRA-knock-out-Mäuse weisen Beeinträchtigungen in Prozessen des Furchtlernens sowie der Langzeitpotenzierung im Hippocampus auf [54].

In zwei unabhängigen afrikanischen Stichproben konnten wir zeigen, dass das Lebenszeit-PTBS-Risiko von Trägern zweier benachbarter SNPs im WWC1-Gen (rs10038727 sowie rs4576167), die gekoppelt vererbt werden, zwar den typischen kumulativen Effekt von traumatischer Last zeigt, jedoch gegenüber dem von Nicht-Trägern reduziert ist. Träger der genannten SNPs wiesen außerdem weniger Wiedererlebens-Episoden und Vermeidungssymptome auf als Nicht-Träger [55]. Genetische Variationen im KIBRA-Gen beeinflussen somit das Risiko für eine PTBS.

Beeinflussen Gene den Psychotherapieerfolg?

Die genetische Grundausstattung eines Individuums erklärt neben der traumatischen Belastung damit, warum manche Personen, die ein Trauma erlebt haben, vulnerabler oder resilienter sind, eine PTBS zu entwickeln. In der Praxis haben die oben dargelegten Erkenntnisse nicht zuletzt deshalb Bedeutung, da unsere genetische Konstitution nicht nur das PTBS-Risiko, sondern auch den erfolgreichen Verlauf einer Psychotherapie beeinflusst. So konnten etwa für den Polymorphismus im 5-HTT-Gen (5-HTTLPR) Allel-abhängige Unterschiede in der Symptomreduktion nach Kognitiver Verhaltenstherapie gezeigt werden: während sich s- und l-Allel-Träger direkt vor beziehungsweise nach der Therapie in der Symptomstärke kaum unterschieden, konnte sechs Monate nach Therapieende bei l-Allel-Trägern eine deutlichere Reduktion der PTBS-Symptome festgestellt werden als bei s-Allel-Trägern [56]. Eine andere Studie zur Therapie der PTBS belegte einen Zusammenhang zwischen der verbalen Gedächtnisleistung der Patienten und dem Erfolg einer kognitiven Verhaltenstherapie: Hier sagte die Fähigkeit der Patienten, eine gehörte Geschichte unmittelbar wiederzugeben, den Therapieerfolg vorher [57]. Geht man davon aus, dass auch den hier untersuchten Gedächtnisfunktionen genetische Faktoren zugrunde liegen, unterstreicht dies nochmals die praktische Bedeutung des Wissens über komplexe Gen × Umwelt-Interaktionen im Bereich der PTBS.

Traumatischer Stress wirkt auf Gene

Unsere DNA beeinflusst nicht nur, wie wir auf traumatischen Stress reagieren, traumatischer Stress hat auch direkte Auswirkungen auf unsere DNA. Eine Studie von Morath et al. [58] untersuchte das Ausmaß basaler DNA-Schädigung bei PTBS-Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen ebenso wie Veränderungen in der Reparatur unserer DNA. Die normale tägliche Belastung, der menschliche Zellen durch UV-Strahlung, Röntgenstrahlung, aber auch den normalen Zellmetabolismus ausgesetzt sind, führt zu einer Vielzahl an Einzel- und Doppelstrangbrüchen [59]. Die Reparatur solcher Schäden ist überlebenswichtig, da sonst der zelluläre Untergang oder die Zellentartung und damit erhöhte Risiken für altersassoziierte Erkrankungen und Krebs drohen [60]. Morath et al. [60] beobachteten eine erhöhte basale DNA-Schädigung in den Zellen des Immunsystems von PTBS-Patienten sowie Veränderungen in der DNA-Reparatur. Damit konnte erstmals gezeigt werden, dass traumatischer Stress in unseren Zellen Auswirkungen bis auf die DNA-Ebene hat. Ein erhöhtes Ausmaß an DNA-Schädigung im Immunsystem entspricht vorgealterten Zellen und erhöht das Risiko für altersbedingte Erkrankungen, aber auch für die Entartung von Zellen [61]. Noch wichtiger war jedoch der Befund, dass effektive Psychotherapie – nämlich narrative Expositionstherapie, eine traumafokussierte Expositionstherapieform – nicht nur die PTBS-Symptomatik, sondern auch die DNA-Schädigungen signifikant reduzierte [60]. Dies ist die erste Studie, die zeigt, dass Psychotherapie Effekte bis auf die Ebene der DNA haben kann.

Gesundheitliche Folgen von traumatischem Stress

Chronischer und traumatischer Stress erhöht das Risiko für verschiedene körperliche Krankheiten, wie Infektionen, Autoimmunerkrankungen, Diabetes, Herzerkrankungen sowie altersbedingte Erkrankungen wie Krebs [62–64]. Bislang sind die genauen Mechanismen, die zwischen der chronischen und traumatischen Stressbelastung und dem erhöhten Risiko für körperliche Folgeerkrankungen vermitteln, nur unzureichend bekannt. Dem Immunsystem mit seinen zellulären als auch humoralen Komponenten kommt hierbei eine zen-

trale Rolle zu. Sommershof et al. [65] fanden, dass PTBS mit einer Reduktion naiver zytotoxischer und regulatorischer T-Zellen einhergeht. Dies könnte zum einen zur erhöhten Infektanfälligkeit beitragen, die bei PTBS beobachtet werden kann, zum anderen könnte die Reduktion der regulatorischen T-Zellen das erhöhte Risiko für die Entwicklung von Autoimmunerkrankungen erklären, da regulatorische T-Zellen gegen autoreaktive Immunzellen vorgehen [65].

Auch die Produktion von Zytokinen scheint bei PTBS verändert. So fanden Gola et al. [66], dass mononukleäre Zellen (PBMCs) von PTBS-Patienten eine erhöhte spontane Produktion proinflammatorischer Zytokine (IL-1β, IL-6 und TNF-α) zeigen. Die Spontanausschüttung der PBMCs der proinflammatorischen Zytokine IL-6 und TNF-α korrelierte mit der Symptomschwere der PTBS [66]. Dies spricht für eine gewisse Voraktivierung der PBMCs im System von PTBS-Patienten, was phänomenologisch einer anhaltenden Entzündung auf niedrigem Niveau ähnelt. Die erhöhte Reagibilität der PBMCs von PTBS-Patienten und die vermutete In-vivo-Voraktivierung könnten zu einem erhöhten Allergierisiko der PTBS-Patienten sowie einer erhöhten Anfälligkeit für Inflammations-induzierte Erkrankungen wie Atherosklerose, Myokardinfarkt oder Erkrankungen der peripheren Gefäße beitragen [67].

Nicht nur die Zellen und Botenstoffe des Immunsystems werden durch traumatischen Stress verändert, auch scheinen die Zellen des Immunsystems schneller zu altern. Als ein Marker für das Alter einer Zelle gilt die Länge der Telomere an den Enden der Chromosomen, da diese sich mit jeder Zellteilung verkürzen [68]. Chronischer Stress und negative Lebensereignisse in der Kindheit führen zu Telomerlängenverkürzung [69]. Kananen et al. (2010) fanden in einer finnischen Stichprobe, dass vor allem negative Ereignisse in der Kindheit, wie etwa schwere oder chronische Krankheiten oder Missbrauchserfahrungen im Kindesalter, bei Betroffenen im späteren Erwachsenenalter zu deutlich verkürzten Telomeren führen [70]. Auch Telomerlängenbestimmungen bei jungen Erwachsenen, deren Mütter während der Schwangerschaft einer Stressbelastung ausgesetzt waren, ergaben Telomerverkürzungen, wobei weibliche Nachkommen stärker betroffen waren als männliche [71].

Das EC-System – Nutzen oder Schaden für den Organismus

Das Endocannabinoid(EC)-System ist ein komplexes körpereigenes System, dass das Immunsystem, aber auch die Schmerzwahrnehmung, die Regulation des Energiehaushalts des Körpers sowie die Signaltransduktion im peripheren und zentralen Nervensystem beeinflusst. Endocannabinoide sind körpereigene Fettsäurederivate. Veränderungen in diesem System wurden mit verschiedenen pathophysiologischen Zuständen in Verbindung gebracht, darunter kardiovaskulären Erkrankungen, Entzündungsreaktionen, Adipositas, Krebs sowie psychische Erkrankungen, zum Beispiel Depression oder Schizophrenie [72].

Kürzlich untersuchte eine Studie von Hauer et al. (2013) die Auswirkungen von chronischem und traumatischem Stress auf das EC-System [72]. Gemeinsam mit den molekular verwandten N-Acetyl-Ethanolaminen (NAE) nimmt das EC-System Einfluss auf die Stress- und Gedächtnisregulation. Es wird vermutet, dass die Aktivierung des EC-Systems unter Stressbedingungen eine protektive Rolle für den Organismus spielt und zur Stress-Resilienz beiträgt [72]. Dabei entscheidet jedoch die Dauer der Aktivierung des EC-Systems darüber, ob die Effekte für den Organismus wünschenswert sind oder nicht: Während eine kurzzeitige Aktivierung des EC-Systems als Antwort auf einen tolerierbaren Stressor maßgeblich zur Aufrechterhaltung der Homöostase beiträgt, führt eine chronische Aktivierung des EC-Systems zu einem Anstieg von Entzündungsparametern und damit zu einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen [73]. Die Gruppe um Hauer fand erhöhte EC-Plasma-Spiegel bei PTBS-Patienten sowie traumatisierten, aber diagnosefreien Probanden im Vergleich zu gesunden Kontrollen, was demnach für eine pathophysiologische chronische Aktivierung des EC-Systems mit erhöhtem Erkrankungsrisiko spricht [72].

Fazit für die Praxis

Während einige durch traumatischen Stress hervorgerufenen Veränderungen im Körper reversibel zu sein scheinen zum Beispiel das Ausmaß an DNA-Schädigungen ebenso wie die Veränderungen in den regulatorischen T-Zellen [60], scheinen andere Veränderungen irreversibel, beispielsweise die Verkürzung der Telomere von Immunzellen [74] sowie die Reduktion naiver zytotoxischer T-Zellen [60].

In jedem Fall belegen die hier aufgeführten Studien, dass traumatische Stressoren schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit haben können; gleichzeitig spricht vieles für die positiven und protektiven Effekte von effektiver Psychotherapie. Das weist darauf hin, dass wir in Deutschland, aber auch in vielen Krisenländern weltweit, für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Personen sorgen sollten.

Es ist zu erwarten, dass viele der dargestellten Befunde nicht nur für Personen mit PTBS, sondern auch für andere Störungsbilder gelten. In diesem Sinne kann nur an die Politik und das Gesundheitswesen appelliert werden, die zeitnahe und flächendeckende Versorgung mit Psychotherapie im Hinblick auf das psychische und körperliche Wohl der Betroffenen ernst zu nehmen. Es ist zu erwarten, dass die Kosten, die hier in die psychotherapeutische Versorgung investiert werden, gut angelegt sind, verglichen mit den Kosten, die durch die Behandlung potenzieller körperlicher Folgeerkrankungen entstehen. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

B.Sc. Eva Schwarz, M. A.
Klinische & Biologische Psychologie
Institut für Psychologie und Pädagogik
Universität Ulm

Prof. Dr. Iris-Tatjana Kolassa
Klinische & Biologische Psychologie
Institut für Psychologie und Pädagogik
Universität Ulm
Albert-Einstein-Allee 47, 89069 Ulm
E-Mail: Iris.Kolassa@uni-ulm.de

Literatur

[1] American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

[2] Forbes, D. (2011). Requiring both avoidance and emotional numbing in DSM-V PTSD: Will it help? Journal of Affective Disorders, 130, 483-486.

[3] Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A.,Jones, L., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S., First, M. B., & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associatedwith stress in the ICD-11.Lancet, 381, 1683-1685.

[4] Kolassa, I.-T., Ertl, V., Kolassa, S., Papassotiropoulos, A., & de Quervain, D. J.-F. (2010). The risk of Posttraumatic Stress Disorder after trauma depends on trauma load and the COMT Val158Met polymorphism. Biological Psychiatry, 67(4), 304-308.

[5] Mollica, R. F., McInnes, K., Poole, C., & Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. The British Journal of Psychiatry, 173, 482-488.

[6] Neugebauer, R., Fisher, P. W., Turner, J. B., Yamabe, S., Sarsfield, J. A., & Stehling-Ariza, T. (2009). Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. International Journal of Epidemiology, 38, 1033-1045.

[7] Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2004). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. BMC Psychiatry, 4, 34.

[8] Schauer, M., Neuner, F., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert, C., & Elbert, T. (2003). PTSD and the "building block" effect of psychological trauma among West Nile Africans. ESTSS (European Society for Traumatic Stress Studies) Bulletin, 10 (2), 5-6.

[9] Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study. Nervenarzt, 79(5), 577-586. doi: 10.1007/s00115-008-2467-5.

[10] Digangi, J., Guffanti, G., McLaughlin, K.A., & Koenen, K.C. (2013). Considering trauma exposure in the context of genetics studies of posttraumatic stress disorder: a systematic review. Biology of Mood & Anxiety Disorders, 3(1), 2. doi: 10.1186/2045-5380-3-2.

[11] Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52(12), 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

[12]Kessler, R., Chiu, W.T., Demler, O., Walters, E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry, 62(6):617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.

[13]Pace, T. W. W. and Heim, C. M. (2011). A short review on the psychoneuroimmunology of posttraumatic stress disorder: from risk factors to medical comorbidities. Brain, Behaviour & Immunity, 25(1), 6–13.

[14] Priebe, S., Gavrilovic, J.J., et al. (2010). Treatment Outcomes and Costs at Specialized Centers for the Treatment of PTSD After the War in Former Yugoslavia. Psychiatric Services, Vol.61, No. 6, doi: 10.1176/appi.ps.61.6.598.

[15] Kobayashi, I., Cowdin, N., Mellman, T.A. (2012). One's sex, sleep, and posttraumatic stress disorder. Biology of Sex Differences, 3(1), 29. doi: 10.1186/2042-6410-3-29.

[16] Gabert-Quillen, C., Irish, L., Sledjeski, E., Fallon, W., Spoonster, E., & Delahanty, D. (2012). The Impact of Social Support on the Relationship between Trauma History and PTSD Symptoms in Motor Vehicle Accident Victims. International Journal of Stress Management, 19(1), 69–79.

[17] Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R., & Southwick, S. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in Veterans returning from Iraq and Afghanistan. Psychiatry, 75(2), 135-149. doi: http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135

[18] Burke, M., Marlow, C. & Lento, T. (2010). Social network activity and social wellbeing. ACM CHI 2010: Conference on Human Factors an Computing Systems, 19091912.

[19] Jakupcak, M., Vannoy, S., Imel, Z., Cook, J. W., Fontana, A., Rosenheck, R. & McFall, M. (2010). Does PTSD moderate the relationship between social support and suicide risk in Iraq and Afghanistan War Veterans seeking mental health treatment? Depression and Anxiety, 27, 1001–1005.

[20] Wilker, S., & Kolassa, I.-T. (2013). The Formation of a Neural Fear Network in Posttraumatic Stress Disorder: Insights Form Molecular Genetics. Clinical Psychological Science, 20 (10), 1-18.

[21] Elbert, T., & Schauer, M. (2002). Burnt into memory. Nature, 419(6910), 883. doi:10.1038/419883a

[22] Kolassa, I.-T., & Elbert, T. (2007). Structural and functional neuroplasticity in relation to traumatic stress. Current Directions in Psychological Science, 16(6), 321–325. doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00529.x

[23] Rockstroh, B., & Elbert, T. (2010). Traces of fear in the neural web: Magnetoencephalographic responding to arousing pictorial stimuli. International Journal of Psychophysiology, 78(1), 14–19. doi:10.1016/j.ijpsycho.2010.01.012

[24] Elbert, T., Rockstroh, B., Kolassa, I.-T., Schauer, M., & Neuner, F. (2006). The Influence of Organized Violence and Terror on Brain and Mind – a Co-Constructive Perspective. In: Lifespan Development and the Brain: The Perspective of Biocultural Co-Constructivism, Eds: P. Baltes, P. Reuter-Lorenz & F. Rösler. Cambridge University Press: New York, pp. 326-349.

[25] Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P.P., Turner, S., Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? Clinical Psychology Review, 30(2), 269–276. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.001

[26] Kolassa, I.-T., Kolassa, S., Ertl, V., Papassotiropoulos, A., & De Quervain, D. J.-F. (2010). The risk of posttraumatic stress disorder after trauma depends on traumatic load and the catechol-o-methyltransferase Val(158) Met polymorphism. Biological Psychiatry, 67(4), 304–308. doi:10.1016/j.biopsych.2009.10.009

[27] Stein, M. B., Jang, K. L., Taylor, S., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. American Journal of Psychiatry, 159(10), 1675–1681.

[28] Wilker, S., Elbert, T., & Kolassa, I.-T. (2013). The downside of strong emotional memories: How human memory-related genes influence the risk for posttraumatic stress disorder – a selective review. Neurobiology of Learning and Memory. Early online

[29] Kolassa, I.-T., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P., Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 3(3), 169-174.

[30] McGaugh, J.L., Roozendaal, B. (2002). Role of adrenal stress hormones in forming lasting memories in the brain. Current Opinion in Neurobiology, 12, 205–210.

[31] Meneses, A., Liy-Salmeron, G. (2012). Serotonin and emotion, learning and memory. Reviews in the Neurosciences, 23(5-6), 543–553.

[32] Mehta, M., Hinton, E., Montgomery, A., Bantick, R.A., & Grasby, P. (2005). Sulpiride and mnemonic function: effects of a dopamine D2 receptor antagonist on working memory, emotional memory and long-term memory in healthy volunteers. Journal of Psychopharmacology, 19, 29.

[33] Papassotiropoulos, A., Stephan, D.A., Huentelman, M.J., Hoerndli, F.J., Craig, D.W., Pearson, J.V., et al. (2006). Common Kibra alleles are associated with human memory performance. Science, 314, 475–478.

[34] Roozendaal, B., McGaugh, J.L. (2011). Memory modulation. Behavioral Neuroscience, 125, 797–824.

[35] Small, K.M., Brown, K.M., Forbes, S.L., & Liggett, S.B. (2001). Polymorphic Deletion of Three Intracellular Acidic Residues of the α2B-Adrenergic Receptor Decreases G Protein-coupled Receptor Kinase-mediated Phosphorylation and Desensitization. Journal of Biological Chemistry, 276, 4917-4922.

[36] de Quervain, D. J.-F., Kolassa, I.-T., Ertl, V., Onyut, P. L., Neuner, F., Elbert, T., & Papassotiropoulos, A. (2007). A deletion variant of the alpha2b-adrenoceptor is related to emotional memory in Europeans and Africans. Nature Neuroscience, 10(9), 1137–1139.

[37] Stutzmann, G.E., McEwen, B.S., & LeDoux, J.E. (1998). Serotonin modulation of sensory inputs to the lateral amygdala: dependency on corticosterone. Journal of Neuroscience, 18, 9529–9538.

[38] Heils, A., Teufel, A., Petri, S., Stober, G., Riederer, P., Bengel, D., et al. (1996). Allelic variation of human serotonin transporter gene expression. Journal of Neurochemistry, 66(6), 2621–2624.

[39] Lonsdorf, T. B., & Kalisch, R. (2011). A review

on experimental and clinical genetic associations studies on fear conditioning, extinction and cognitive-behavioral treatment. Translational Psychiatry, 1(e41), 1–13. doi:10.1038/tp.2011.36

[40] Greenberg, B. D., Tolliver, T. J., Huang, S.-J., Li, Q., Bengel, D. & Murphy, D. L. (1999). Genetic variation in the serotonin transporter promoter region affects serotonin uptake in human blood platelets. American Journal of Medical Genetics, 88, 83–87.

[41]Munafò, M.R., Brown, S.M., & Hariri, A.R. (2008). Serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and amygdala activation: a meta-analysis. Biological Psychiatry, 63(9), 852–857.

[42] Kolassa, I.-T., Ertl., V., Eckart, C., Glöckner, F., Kolassa, S., Papassotiropoulos, A., de Quervain, D. J.-F., & Elbert, T. (2010). Association study of trauma load and SLC6A4 promoter polymorphism in PTSD: evidence from survivors of the Rwandan genocide. Journal of Clinical Psychiatry, 71(5), 543-547.

[43] Lonsdorf, T. B., & Kalisch, R. (2011). A review on experimental and clinical genetic associations studies on fear conditioning, extinction and cognitive-behavioral treatment. Translational Psychiatry, 1(e41), 1–13. doi:10.1038/tp.2011.36

[44] Lachman, H.M., Papolos, D.F., Saito, T., Yu, M., Szumlanski, C.L., & Weinshilboum, R.M. (1996). Human catechol-O-methyltransferase pharmacogenetics: Description of a functional polymorphism and its potential application to neuropsychiatric disorders. Pharmacogenetics, 6, 243–250.

[45] Smolka, M.N., Schumann, G., Wrase, J., Grusser, S.M., Flor, H., Mann, K., et al. (2005). Catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype affects processing of emotional stimuli in the amygdala and prefrontal cortex. Journal of Neuroscience, 25, 836–842.

[46] Johansen, J. P., Cain, C. K., Ostroff, L. E., & LeDoux, J. E. (2011). Molecular mechanisms of fear learning and memory. Cell, 147(3), 509–524. Doi:10.1016/j.cell.2011.10.009

[47] Rodrigues, S.M., Schafe, G.E., LeDoux, J.E. (2004). Molecular mechanisms underlying emotional learning and memory in the lateral amygdala. Neuron, 44, 75–91.

[48] de Quervain, D.J., Kolassa, I.T., Ackermann, S., Aerni, A., Boesiger, P., Demougin, P., Elbert, T., Ertl, V., Gschwind, L., Hadziselimovic, N., Hanser, E., Heck, A., Hieber, P., Huynh, K.D., Klarhöfer, M., Luechinger, R., Rasch, B., Scheffler, K., Spalek, K., Stippich, C., Vogler, C., Vukojevic, V., Stetak, A., & Papassotiropoulos, A. (2012). PKC alpha is genetically linked to memory capacity in healthy subjects and to risk for posttraumatic stress disorder in genocide survivors. Proceedings of the National Academy of Sciences, 109(22), 8746–8751. doi:10.1073/pnas.1200857109

[49] Johannsen, S., Duning, K., Pavenstädt, H., Kremerskothen, J., & Boeckers, T.M. (2008). Temporal-spatial expression and novel biochemical properties of the memory-related protein KIBRA. Neuroscience, 155, 1165–1173.

[50] Papassotiropoulos, A., Stephan, D.A., Huentelman, M.J., Hoerndli, F.J., Craig, D.W., Pearson, J.V., et al. (2006). Common Kibra alleles are associated with human memory performance. Science, 314,475–478.

[51] Schneider, A., Huentelman, M.J., Kremerskothen, J., Duning, K., Spoelgen, R., & Nikolich, K. (2010). KIBRA: A new gateway to learning and memory? Frontiers in Aging Neuroscience, 2, 4.

[52] Duning, K., Schurek, E.-M., Schlüter, M., Bayer, M., Reinhardt, H.-C., Schwab, A., et al. (2008). KIBRA modulates directional migration of podocytes. Journal of the American Society of Nephrology, 19, 1891–1903.

[53] Kremerskothen, J., Plaas, C., Büther, K., Finger, I., Veltel, S., Matanis, T., et al. (2003). Characterization of KIBRA, a novel WW domain-containing protein. Biochemical and Biophysical Research Communications, 300, 862–867.

[54] Makuch, L., Volk, L., Anggono, V., Johnson, R.C., Yu, Y., Duning, K., et al. (2011). Regulation of AMPA receptor function by the human memoryassociated gene KIBRA. Neuron, 71, 1022–1029.

[55] Wilker, S., Kolassa, S., Vogler, C., Lingenfeld, B., Elbert, T., Papassotiropoulos, A., DeQuervain, D. J.-F., & Kolassa, I.-T. (2013). The Role of Memory-related Gene WWC1 (KIBRA) in Lifetime Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from Two Independent Samples from African Conflict Regions. Biological Psychiatry, pii: S0006-3223(13)00191-1. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.02.022.

[56] Bryant, R.A., Felmingham, K.L., Falconer, E.M., Benito, L.P., Dobson Stone, C., Pierce, K.D., & Schofield, P.R. (2010). Preliminary evidence of the short allele of the serotonin transporter gene predicting poor response to cognitive behavior therapy in Posttraumatic Stress Disorder. Biological Psychiatry: A Journal of Psychiatric Research, 67, (12) pp. 1217-1219.

[57] Wild, J., Gur, R. C. (2008). Verbal memory and treatment response in post-traumatic stress disorder. British Journal of Psychiatry, 193, 254–255.

[58] Morath, J. (2013). Immunological and Molecular Alterations in Posttraumatic Stress Disorder and the Reversibility through Psychotherapy. Dissertation, Universität Konstanz.

[59] Kryston, T.B., Georgiev, A.B., Pissis, P., & Georgakilas, A.G. (2011). Role of oxidative stress and DNA damage in human carcinogenesis. Mutatation Research, 711, 193–201.

[60] Morath, J. & Moreno-Villanueva, M., Hamuni, G., Kolassa, S., Ruf-Leuschner, M., Schauer, M., Elbert, T., Bürkle, A., Kolassa, I.-T. Effects of psychotherapy on DNA strand break accumulation originating from traumatic stress. Manuscript submitted for publication.

[61]Ames, B. N. (1989). Endogenous Oxidative DNA Damage, Aging, and Cancer. Free Radical Research, Vol. 7, No. 3-6, 121-128.

[62] Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 14, 245–258.

[63] Fuller-Thomson, E., & Brennenstuhl, S. (2009). Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. Cancer, 115, 3341–3350.

[64] Glaesmer, H., Brähler, E., Gündel, H., & Riedel-Heller, S.G. (2011). The Association of Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder With Physical Morbidity in Old Age: A German Population-Based Study. Psychosomatic Medicine, 73, 401–6.

[65] Sommershof, A., Aichinger, H., Adenauer, H., Catani, C., Boneberg, E., Engler, H., Elbert, T., Groettrup, M., Kolassa, I.-T. (2009). Substantial reduction of naïve and regulatory T cells following traumatic stress. Brain, Behavior, and Immunity, 23, 1117-1124.

[66] Gola, H., Engler, H., Sommershof, A., Adenauer, H., Kolassa, S., Schedlowski, M., Groettrup, M., Elbert, T., Kolassa, I.-T. (2013). Posttraumatic stress disorder is associated with an enhanced spontaneous production of pro-inflammatory cytokines by peripheral blood mononuclear cells. BMC Psychiatry, 13, 40.

[67] Schnurr, P.P., Jankowski, M.K. (1999). Physical health and post-traumatic stress disorder: review and synthesis. Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 4, 295–304.

[68] Chan, S.R., & Blackburn, E.H. (2004). Telomeres and telomerase. Philosophical Transactions of the Royal Society London B: Biological Science, 359(1441), 109–121.

[69] Tyrka, A.R., Price, L.H., Kao, H.T., Porton, B., Marsella, S.A., et al. (2010). Childhood maltreatment and telomere shortening: preliminary support for an effect of early stress on cellular aging. Biological Psychiatry, 67, 531–534.

[70] Kananen, L., Surakka, I., Pirkola, S., Suvisaari, J., Lönnqvist, J., et al. (2010). Childhood Adversities Are Associated with Shorter Telomere Length at Adult Age both in Individuals with an Anxiety Disorder and Controls. PLoS ONE 5(5): e10826. doi:10.1371/journal.pone.0010826

[71] Entringer, S., Epel, E. S., Kumsta, R., et al. (2011). Stress exposure in intrauterine life is associated with shorter telomere length in young adulthood. Proceedings of the National Academy of Sciences, Vol. 108, No. 33, E513-E518.

[72] Hauer D., Schelling G., Gola H., Campolongo P., Morath J., Roozendaal B., et al. (2013). Plasma concentrations of endocannabinoids and related primary fatty acid amides in patients with post-traumatic stress disorder. PLoS ONE 8:e62741. doi:10.1371/journal.pone.0062741.

[73] Chouker, A., Kaufmann, I., Kreth, S., Hauer, D., Feuerecker, M., et al. (2010). Motion sickness, stress and the endocannabinoid system. PLoS One 5: e10752. doi: 10.1371/journal.pone.0010752.

[74] Karabatsiakis, A., Kolassa, I.-T., Rudolph, K. L., & Dietrich, D. E. (2013). Shortened telomeres in leucocyte subpopulations in patients with remitted depression. Manuscript submitted for publication.

Flüchtlinge gehen uns an

Öffnen wir die Türen für Geflüchtete!

Ein Diskussionspapier des BVDP-Vorstandsreferates Migration zum Umgang mit traumatisierten MigrantInnen und Flüchtlingen.

Auch in der zweiten Jahreshälfte 2013 werden die Länder Europas wieder mit einer Situation konfrontiert, die immer die gleichen jahrzehntealten Reflexe auslöst. Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten auf dieser Welt machen sich aus nackter Not und Verzweiflung auf den Weg in eine seit 67 Jahren kriegsfreie Region, die zu den wohlhabenden Gebieten dieser Welt gehört: Europa. Mittendrin liegt eines der reichsten Länder auf diesem Planeten, Deutschland. Dieses mit seinen 80 Millionen Einwohnern besiedelte Land, das im vergangenen Jahrhundert zwei Kriege mit Millionen von Toten erlebt hatte, hat sich in den knapp sieben Jahrzehnten danach trotz der eigenen Erfahrung von Flucht und Vertreibung in den Kriegen, nach den Kriegen und in den zwei Diktaturen nie zu einer offenen Einwanderungspolitik gegenüber Flüchtlingen entschieden. Obwohl jede einheimische Familie durch die Ereignisse im vergangenen Jahrhundert von Tod, Kriegsereignissen, Flucht oder politischer Verfolgung betroffene Familienmitglieder hat und damit mehr oder minder traumatisiert wurde, sind Flüchtlinge in Deutschland scheinbar nicht willkommen.

Beschämende Bilanz

Nicht einmal die aktuellen Ereignisse im Bürgerkrieg in Syrien mit seiner gnadenlosen Ermordung zehntausender Menschen führt dazu, dass wir heute bereit wären, von der schon historisch absurden Haltung „Das Boot ist voll" abzuweichen und die kriegstraumatisierten syrischen Menschen hier Willkommen zu heißen. Im Jahre 2012 haben lediglich 6.200 Syrer einen Asylantrag in Deutschland gestellt. Aktuelle Politik im Jahr 2013 ist, dass 5.000 (0,25 %!) von 2 Millionen aus Syrien Geflohenen gnadenhalber für zwei Jahre hierher kommen dürfen. Eine beschämende Bilanz!

Wohlstandsfestung Europa

Die Abschottung der reichen europäischen Länder ist Ausdruck einer seit Jahrzehnten verfolgten Politik, Europa zur Wohlstandsfestung auszubauen. Die EU sichert ihre Grenzen durch eine eigene militärische Grenzschutzorganisation Frontex mit einem Etat von 88 Millionen € pro Jahr in den Jahren 2009 bis 2011 und durch das Konzept der „Smart Borders". Die Umsetzung des Europäischen Grenzkontrollsystem EUROSUR (European External Border Surveillance System) soll die Reaktionsfähigkeit der EU-Staaten an den EU-Außengrenzen verbessern und dadurch eine stärkere Kontrolle über die Grenzüberschreitungen von illegalen Migranten erwirken. Zudem soll es, in Verbindung mit Frontex, die Zusammenarbeit zwischen den Staaten an den Außengrenzen vereinfachen und rationalisieren. Das Konzept sieht drei Phasen vor:

© Tony Nicoletti / dpa/dpaweb dp

Europa, allen voran Deutschland, schottet sich gegenüber Flüchtlingen ab. Das Foto zeigt Menschen aus dem Südirak auf der Flucht 2003.

- In der ersten Phase werden die EU-Außengrenzen, vor allem im Süden und Osten, modernisiert und ausgebaut. Es werden Nationale Koordinationszentren aufgebaut, um die Organisation und Kommunikation zu straffen. Ein computergesteuertes Kommunikationsnetz soll geschaffen, auch die Zusammenarbeit mit Drittstaaten durch EU-Mittel gefördert werden.
- In der zweiten Phase soll allgemein ein Ausbau der Grenzen mit modernen Überwachungssystemen (Kameras, Satelliten, Sensoren) erfolgen. Diese sollen dann in Kombination mit anderen Instrumenten ein umfassendes Bild über die Lage an den Grenzen liefern.
- In Phase drei soll dann dieses System noch auf den maritimen Bereich erweitert werden, um Bootsflüchtlinge möglichst früh abzufangen.

Die Gesamtkosten dieser Maßnahme sollen circa 873 Millionen € betragen.

Forderungen von ProAsyl

ProAsyl ist ein bundesweit organisierter Verein, der sich seit Jahren erfolgreich für Flüchtlinge einsetzt (www.proasyl.de). Er fordert eine veränderte und menschenwürdigere Politik im Umgang mit Migranten und Flüchtlingen.

- Neuorientierung des politischen Umgangs mit Flüchtlingen: Nicht die Flüchtlingsabwehr sollte Handlungsmaxime der deutschen Politik sein, sondern vielmehr eine Politik der offenen Türen für Verfolgte (Bundespräsident Gauck).
- Das europäische Asylrecht muss neu geordnet werden. Ein Asylantrag darf grundsätzlich in dem Staat gestellt werden können, in dem der Flüchtling das will.
- Das Duldungsrecht muss in ein Einwanderungsrecht geändert werde, das den Flüchtlingen eine sichere Perspektive bietet.
- Unangekündigte Abschiebungen, wie sie in Deutschland stattfinden, sind ein Verstoß gegen ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes, das jedem Asylsuchenden den Rechtsweg gegen Abschiebung zusichert.

Asylrecht in Deutschland eingeschränkt

Trotz der in jedem hier lebenden Einwohner existierenden direkten oder indirekten Erinnerung an ein Kriegs- oder Fluchttrauma wurde in Deutschland 1993 in einer „historischen" parteienübergreifenden Entscheidung die Verfassung geändert. Der aus der unmittelbaren Erfahrung der Rettung vieler aus Nazi-Deutschland geflohenen Menschen durch Aufnahme im Ausland heraus entstandene Grundgesetzartikel 16 (Recht auf Asyl) wurde in den Artikel 16a geändert. Nun gilt das Prinzip der sicheren Drittstaaten (Flüchtlinge können ohne Verfahren in sichere Drittstaaten abgeschoben werden, aus denen sie nach Deutschland kommen, Deutschland ist nur von sicheren Drittstaaten umgeben) und das der sicheren Herkunftsstaaten (Menschen, die aus sicheren Herkunftsstaaten kommen, können ohne Verfahren in diese abgeschoben werden). Zudem wurde die Flughafenregelung eingeführt, da der einzige Weg, nach Deutschland mit Asylberechtigung einzuwandern, durch das Sichere-Drittstaatensystem der Luftweg ist. Außerdem wurden die Sozialleistungen für Asylbewerber drastisch gekürzt. Mit der Dublin-II-Verordnung von 2003 wurde auf europäischer Ebene eine ähnliche Regelung – wie in Deutschland durch den „Asylkompromiss" schon aktiv unterzeichnet – getroffen, die den jeweiligen Zuständigkeitsbereich der Mitgliedsstaaten für Asylbewerber sowie die Prüfung der Asylanträge beinhaltet. „Ziel dieser Verordnung ist es, den für die Prüfung eines Asylantrags zuständigen Mitgliedsstaat möglichst rasch zu bestimmen und Asylmissbrauch zu verhindern." Damit soll auch verhindert werden, dass Einwanderer in mehreren Ländern gleichzeitig Asylanträge stellen.

Unwürdige Lebensbedingungen

Während des Asylverfahrens und im Falle einer Duldung haben die Flüchtlinge die Pflicht, in sogenannten „Aufnahmeeinrichtungen" zu leben (geregelt im AsylVfG §§ 44 – 53). Das soll garantieren, dass die Asylbewerber für das Verfahren und weitere Maßnahmen immer verfügbar sind und die Versorgung garantiert ist. Diese Einrichtungen werden oft als „Lager" bezeichnet. Sie sind nämlich teils sehr stark (z. B. durch private Sicherheitsfirmen) überwacht. Die Asylbewerber teilen sich dann in Gemeinschaftsunterkünften sanitäre Anlagen und Schlafräumlichkeiten für lange Zeit.

Im ersten Jahr des Asylantrages ist es den Asylsuchenden generell verboten, zu arbeiten. Sie können danach eine Arbeitsgenehmigung erhalten, allerdings werden ihnen anerkannte Flüchtlinge, EU-Ausländer und Deutsche vorgezogen. Zudem gibt es die Möglichkeit, dass sie gemeinnützige Arbeit leisten, zu einer Aufwandsentschädigung von 1,05 €. Lehnt ein Asylbewerber die Verrichtung solcher Arbeit ab, verfällt bei ihm der gesamte Leistungsanspruch, also sind alle Asylbewerber de facto zur Arbeit für kommunale oder gemeinnützige Träger gezwungen.

Abschiebung ist häufig – genaue Zahlen fehlen

Der Großteil aller Flüchtlinge und Asylbewerber wird früher oder später in ihre vermeintliche Heimat abgeschoben. Dabei ist eine Abschiebung ein Zwangsmittel zur Vollstreckung der Ausreisepflicht einer Person in ihr Herkunftsland. Laut ProAsyl wurden im Jahre 2011 etwa 8.000 Menschen abgeschoben. Darüber gibt es allerdings keine wirklich verlässlichen Zahlen. Eine Abschiebung wird erst nach einer Frist zur freiwilligen Ausreise in das Herkunftsland durchgeführt. Falls die Gefahr gesehen wird, dass sich die abzuschiebende Person den Abschiebungsmaßnahmen entziehen könnte, darf sie auch in Abschiebehaft genommen werden. Dazu bedarf es eines richterlichen Beschlusses. Die Abschiebungen selbst werden dann meist in Linienflügen vorgenommen. Sie werden mit den Landespolizeien und der Bundespolizei durchgeführt. Häufig wird auch ein Arzt hinzugezogen, der die Abschiebetauglichkeit attestieren soll.

Das nächste Trauma droht

Sollte es einem Flüchtling tatsächlich gelingen, nach Deutschland zu kommen, kann es ihm auch noch gehen wie den Flüchtlingen in Berlin-Hellersdorf oder Duisburg: Die bürgerlichen Nachbarn und Anwohner und Brandstifter vom rechten Rand des politischen Spektrums positionieren sich direkt vor der Unterkunft und bedrohen hasserfüllt die Menschen, die gerade aus einer lebensbedrohlichen Situation in ihren Herkunftsländern hierher geflohen sind. Aus psychiatrischer Sicht werden diese durch Verfolgung und Krieg traumatisierten Menschen in Deutschland heute nicht nur nicht adäquat aufgenommen, sondern sie werden durch die Rahmenbedingungen in demütigende prekäre Verhältnisse gezwungen, zum Teil sogar bedroht und damit erneut traumatisiert.

Wo ist die Stimme der Psychiatrie?

Von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite gibt es bislang kaum hörbare Einmischungen und Parteinahme für diese psychisch schwer belasteten Menschen. Dabei sieht jeder Psychotherapeut und jeder Psychiater in seiner täglichen Behandlungspraxis das Leid von Flüchtlingen und traumatisierten Menschen. In den Köpfen der Menschen herrscht dabei die Angst vor den Fremden (letztlich aber vor dem, was in uns ist, vor dem „Fremden in mir"). Als Psychiaterinnen und Psychiater, als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen wir nicht länger schweigen. Der BVDP-Vorstand lädt alle Kolleginnen und Kollegen dazu ein, uns ihre Erfahrung und ihre Meinung mitzuteilen. Ziel unserer Initiative ist neben der Information und kollegialen Meinungsbildung die Parteinahme für diese traumatisierten Menschen. □

Materialien und Quellenhinweise beim Autor.

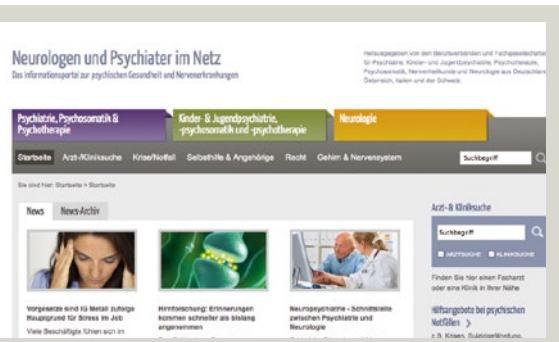
Dank an Len Sander für die ausführliche Recherche.

AUTOR
für den BVDP-Vorstand:
Dr. med. Greif Sander, Hannover
E-Mail: dr.sander@posteo.de

„Psychiater im Netz"

Neues Gesicht, aktualisierte Inhalte

Im Oktober dieses Jahres konnte die Überarbeitung des Internetnetzwerkes „Psychiater im Netz" – die Patienteninformationsplattform der psychiatrischen Fachgesellschaften und Berufsverbände – abgeschlossen werden.



In den ersten neun Monaten 2013 haben bereits rund 2,1 Millionen Besucher die Seiten www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org aufgerufen – so viele wie im gesamten Jahr 2012 zusammen.

Die Website erhielt ein modernes, ansprechendes Layout, die Inhalte wurden vollständig überarbeitet und aktualisiert sowie das Ranking der Site bei den Suchmaschinen verbessert. Ziel ist es, mehr Menschen mit unserem Informationsangebot zu erreichen sowie psychiatrische Themen noch stärker in die Öffentlichkeit zu tragen.

Neben den Informationsseiten zu psychischen Erkrankungen wird das Kapitel „Arztsuche" besonders häufig genutzt. Über eine Suchfunktion erhalten Patienten Informationen über Arztpraxen in ihrer näheren Umgebung. Mittlerweile sind auf der Patientenplattform mehr als 300 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit einer eigenen Praxis-Homepage vertreten und informieren dort etwa über ihr Praxisteam, Sprechzeiten, ihr Leistungsangebot und die Praxisschwerpunkte, um den Patienten ein Bild von der Praxis zu vermitteln.

Wer über eine Praxis-Homepage bei „Psychiater im Netz" verfügt, dessen Praxis wird auch bei einer Suchmaschinen-Recherche, wie zum Beispiel über Google, schnell gefunden. Daher bietet eine Praxishomepage bei www.psychiater-im-netz.org auch für diejenigen, die bereits über eine Homepage verfügen, Vorteile: Die bestehende Homepage ist über die Verlinkung besser zu finden.

Das Abonnement für eine Praxis-Homepage bei „Psychiater im Netz" kostet pro Monat zwischen 8 und 12 €, je nachdem, ob es sich um eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis handelt.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite www.psychiater-im-netz.de, Kapitel Arztsuche, unter dem Button „Online-Anmeldung". Auch die Anmeldung für Ihre Praxis-Homepage können Sie hier sofort online vornehmen. Bei weiteren Fragen zum Leistungsumfang Ihrer Praxis-Homepage im Ärzteverzeichnis können Sie gerne anrufen, Telefon: 089 642482-12. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

Schizophrenie aus der Sicht einer Mutter

Im Alltag alleingelassen

Die Tochter von Janine Berg-Peer erkrankte mit 17 Jahren an Schizophrenie. Ein langer Kampf um das Wohl ihrer Tochter begann. Viele Jahre später hat sie ihre Erfahrungen in einem Buch zusammengefasst. Heute engagiert sich die Autorin aktiv im Verband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. sowie in der entsprechenden europäischen Organisation EUFAMI.

© yvart / Fotolia.com

? *Frau Berg-Peer, was hat Sie bewogen, dieses Buch zu schreiben?*

Janine Berg-Peer: Ich wollte zeigen, wie tapfer meine Tochter immer wieder versucht hat, sich aus der Krankheit zu befreien. Selbst wenn die Wege, die sie einschlug, nicht immer die waren, die ich für gut hielt, letztlich hat sie es geschafft. Wichtig war mir zudem zu zeigen, dass die Krankheit allein nicht der große Schock für uns Angehörige ist. Vielmehr ist es die Erkenntnis, dass das Gesundheitssystem außerhalb der akuten Krisen wenig tut, um den Kranken dabei zu helfen, in ihr Leben zurückzufinden. Ein Schock ist es auch, wie mich Ärzte, sozialpsychiatrische Dienste und andere Einrichtungen alleingelassen haben und wie schwer es war, sich im sozialpsychiatrischen Dschungel zurechtzufinden.

Mir ging es auch darum zu zeigen, dass Schizophrenie keine Krankheit von gefährlichen Kriminellen und tumben Narren ist, sondern eine Krankheit, die vor allem sehr viel Leid über die Betroffenen bringt, aber auch nicht immer anhält, sondern in Phasen verläuft und dass die Betroffenen vieles erreichen können, wenn sie adäquat unterstützt werden. Und natürlich wollte ich darauf hinweisen, dass nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Familien und Freunde in schlimmer Weise unter diesen Krankheiten leiden.

? *Was würden Sie anderen Angehörigen raten?*

Berg-Peer: Sie sollten sich möglichst frühzeitig Unterstützung und Informationen beim Angehörigenverband und anderen Selbsthilfeorganisationen holen. Wichtig ist auch, möglichst schnell einen erfahrenen Therapeuten zu finden, denn ganz alleine übersteht man das alles nicht. Viele Psychotherapeuten kennen sich allerdings mit Schizophrenie und Psychosen nicht aus.

Angehörige sollten versuchen, die Krankheit und das betroffene Familienmitglied nicht absolut ins Zentrum zu stellen. Andere Familienmitglieder, Partner etc. sind auch da und brauchen Zuwendung und Aufmerksamkeit. Es ist wichtig, die eigenen Freunde, Hobbys, Interessen nicht zu vernachlässigen, um sich daraus Kraft für die Sorge um das eigene Kind zu holen. Psychisch Kranke brauchen starke Familienangehörige, und das können wir nicht sein, wenn wir gar nicht mehr an uns selbst denken. Leider müssen wir unsere Kinder auch oft gegen Ärzte, Pfleger/innen und Dienste verteidigen, zum Beispiel im Krankenhaus präsent sein, um zu zeigen, dass es jemanden gibt, der genau hinsieht, was mit dem Patienten geschieht. Aber ich würde Angehörigen auch raten, sich darum zu bemühen, dass Ärzte, Therapeuten, Soziotherapeuten oder Betreuer zu unseren Kooperationspartnern werden. Auch wenn sie manchmal Dinge anders sehen, als wir das tun: Ich habe trotz aller Enttäuschungen erlebt, dass sie doch an der Genesung meiner Tochter interessiert waren. Und das ist es, was zählt, nicht nur ob das umgesetzt wird, was wir für richtig halten.

? *Was hat Ihnen persönlich am meisten geholfen?*

Berg-Peer: In erster Linie habe ich Hilfe in Büchern und wissenschaftlichen Artikeln gefunden, danach auch bei meinen beiden Therapeuten, die mich unterstützt haben und mir viele Erkenntnisse vermitteln konnten. Wichtig war für mich war auch der Austausch mit den Mitgliedern des Angehörigenverbands, von denen ich Informationen erhielt, die mir leider von Ärzten nicht gegeben wurden. Zudem ist es äußerst entlastend, wenn man von Erfahrungen berichtet und das Gegenüber versteht sofort, wovon man spricht.

Die wenigen Psychiater in der Klinik, die mit mir geredet haben, haben mir sehr nützliche Informationen über die Krankheit und auch teilweise kritische Hinweise auf mein Verhalten gegenüber meiner Tochter gegeben, vor allem Informationen darüber, wie man sich einem psychotischen Menschen gegenüber verhält, welche Verhaltensweisen helfen

Janine Berg-Peer

„Schizophrenie ist scheiße, Mama"

Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter
Fischer Verlag 2013, € 9,99 (D); ISBN 978-3-596-18914-4;

Anlässlich des Berliner Hauptstadtsymposiums zu psychischen Erkrankungen 2013 lernte ich Janine Berg-Peer kennen, eine flotte, offen und stark wirkende Frau mit silbergrauem Kurzhaarschnitt, sympathischer Stimme und festem Händedruck. Wenige Wochen später erhielt ich ein Rezensionsexemplar ihres Buches. Ein bisschen unheimlich war mir ehrlich gesagt schon, denn wie würde „die Psychiatrie" hier beurteilt werden? Kaum zur Hand genommen, zog mich das gut geschriebene Buch in seinen Bann. Aber es tat auch weh. Einmal wegen des eindrücklich geschilderten Wegs der erkrankten Tochter, die anfangs aus allen schulischen und den meisten sozialen Bindungen herausfällt, Opfer von Vorurteilen wird und alle Nebenwirkungen der Neuroleptika erleiden muss. Zum anderen wird die wirkliche Hilflosigkeit und Verzweiflung der Angehörigen sehr ergreifend geschildert.

Sicher sind die Erfahrungen der Tochter, die diese vor nun bald mehr als 20 Jahren in der stationären, aber auch ambulanten Psychiatrie machen musste, auch heute noch so erlebbar. Als niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind wir einmal mehr aufgerufen, uns auch der familiären Umgebung unserer Patienten zuzuwenden. Das Buch macht aber auch Mut und ich empfehle es mittlerweile allen Angehörigen meiner schizophrenen Patienten. Die Rückmeldungen sind fast durchweg positiv, lediglich eine Mutter eines mit 16 Jahren an Schizophrenie erkrankten Sohnes, der anfänglich sehr zu Gewalt neigte, meinte: „Da hat die Mutter aber noch Glück gehabt."

Mein Fazit: Das Buch ist empfehlenswert, auch für uns Psychiater.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

und welche eher schädlich sein können. Die übliche Psychoedukation, in der über die Entstehung der Krankheit informiert wird, hat mir persönlich wenig geholfen, weil ich mehr und aktuellere Informationen aus Büchern und Artikeln bekam. Was mir immer gefehlt hat, waren Informationen über das zu erwartende Verhalten und wie man damit angemessen umgeht. Ich musste erst langsam lernen, wie ich meiner Tochter begegne, damit es nicht eskaliert und damit ich auch selbst nicht untergehe.

? *Was hat Ihrer Tochter am meisten geholfen?*

Berg-Peer: Das müsste sie natürlich selbst beantworten. Von ihr weiß ich, dass sie immer Menschen als positiv empfunden hat, die verständnisvoll und freundlich waren. Das konnten Pfleger sein, die ihr mal das Bett bezogen haben, weil sie das nicht konnte. Das waren zwei Klinikärztinnen, die ihr mit Respekt und Verständnis begegneten. Das weiß sie noch nach 14 Jahren. Viele davon gab es nicht. Da waren auch Freundinnen aus Kinder- und Schulzeit, die immer zu ihr gehalten haben, Lehrer, die sie gefördert haben. Geholfen hat auch ihr Psychiater (auch wenn er nicht mit mir gesprochen hat), der immer da war und sich intensiv für sie eingesetzt hat und der ihr mit der integrierten Versorgung mehrere Krankenhausaufenthalte erspart hat. Bis heute unterstützen sie ihr Therapeut und ihre wunderbare Soziotherapeutin, die sie ermutigt hat, wieder eine Arbeit aufzunehmen. Es sind also vor allem zugewandte Menschen, die ihr geholfen haben.

Ich hoffe natürlich, dass ich auch ein wenig geholfen habe. Vor allem, als ich besser verstanden habe, welche Verhaltensweisen ihr eher helfen und welche ihre Aufregung noch verstärken.

? *Was kann das Gesundheitssystem insgesamt tun?*

Berg-Peer: Mehr investieren in aufsuchende Hilfe, in Dienste, die wirklich zu den Betroffenen in die Wohnungen kommen. Damit können viele Zwangseinweisungen vermieden werden. Wichtig ist auch, dass die Betroffenen nach der Krankenhausentlassung nicht einfach „verschwinden". Sinnvoll wäre eine Clearingstelle mit gut geschultem Personal, bei der Betroffene und Angehörige sich zentral in einer Stadt/einer Region nach allen vorhandenen Hilfsmöglichkeiten erkundigen können und dass die Hilfsangebote weniger bürokratisch organisiert und besser aufeinander abgestimmt, vernetzt werden, sodass der eine weiß, was der andere tut. Polizisten und Feuerwehrleute sollten geschult werden, um die schlimmen Situationen bei der Zwangseinweisung zu vermeiden. Modelle der integrierten Versorgung sollten nicht von der Krankenkassenzugehörigkeit abhängig sein. Sicher ist es auch wichtig, dass qualifiziertes Personal nicht nur aufgebaut, sondern auch gut bezahlt wird, auch die betreuenden Psychiater für ihre Beratung und Gespräche. Die Weiterbildung der Ärzte sollte stärker auch Gespräche mit Angehörigen und Beratungsgespräche beinhalten. Wünschenswert aus meiner Sicht wäre zudem, Angehörige für ihre Arbeit an den Betroffenen zu bezahlen und uns nicht nur als kostensenkende Ressource des Gesundheitssystems anzusehen.

? *Was können die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie für die Angehörigen tun?*

Berg-Peer: Ich habe einen Traum: Meine Tochter war das erste Mal im Krankenhaus, weil sie an Schizophrenie leidet. Bei der Entlassung ist ihr ein niedergelassener Psychiater empfohlen worden, bei dem sie auch war. Einen Tag später ruft er mich an und bittet mich ebenfalls zum Gespräch. Er begrüßt mich freundlich und sagt: „Frau Berg-Peer, die Diagnose Ihrer Tochter hat Sie sicher erschreckt. Aber vor allem haben Sie sicher ganz viele Fragen. Ich kann Ihnen heute einige beantworten. Aber ich empfehle Ihnen, sich auch selbst Hilfe, zum Beispiel einen Therapeuten zu suchen, der sich gut mit Psychosen auskennt. Ich kann Ihnen einige Kollegen nennen. Denn ich bin in erster Linie für Ihre Tochter da und kann leider nicht gleichzeitig auch für Sie da sein. Das ist auch deshalb nicht gut, weil Menschen mit Psychosen dazu neigen, misstrauisch zu sein und daher könnte Ihre Tochter denken, dass ich Ihnen etwas erzähle, was sie mir vertraulich erzählt hat. Das darf ich auch gar nicht, denn es

gibt für uns Ärzte ein Verschwiegenheitspflicht, die besagt, dass ich Ihnen nichts sagen darf, was Ihre Tochter mir gesagt hat oder welche Medikamente sie nimmt oder auch nicht. Aber ich darf Ihnen zuhören. Für psychisch Kranke ist diese Verschwiegensheitspflicht besonders wichtig, denn ich kann Ihrer Tochter nur helfen, wenn wir eine gute Vertrauensbasis miteinander aufbauen. Sie muss das Gefühl haben, dass ich in erster Linie für sie da bin. Sie können sich darauf verlassen, dass ich alles tun werde, um Ihrer Tochter zu helfen. Und ich werde auch versuchen, mit Ihrer Tochter abzusprechen, dass wir einmal zu dritt ein Gespräch führen können, wenn ich denke, dass das für die Therapie wichtig ist."

Der niedergelassene Psychiater erklärt mir die Krankheit, was Psychosen sind, wie die Medikamente wirken, dass es auch Psychotherapie gibt, was das Therapieziel ist. Er erklärt mir auch, dass es schwierig sein kann, mit bestimmten Verhaltensweisen umzugehen, aber wichtig ist, Grenzen zu setzen. Dass das Kind nicht „böse", sondern krank ist, dass ein Therapeut helfen kann und dass ich etwas für mich tun muss. Der nette Arzt weist noch darauf hin, dass ich keine Schuld an der Erkrankung meiner Tochter habe und mir das auch nicht einreden lassen solle. Er wird mir auch noch sagen, dass er mit meiner Tochter bespricht, dass ich ihn anrufen oder ihm eine Mail schicken kann, wenn ich mir große Sorgen mache und er gibt mir seine Nummer und E-Mail-Adresse sowie ein Heft mit Informationen zu weiteren Hilfsangeboten wie dem Angehörigenverband, den Psychosegruppen, den Angehörigengruppen, dem sozialpsychiatrischen Dienst etc.. Das könnten niedergelassene Psychiater und Therapeuten für Angehörige tun. Dieses Gespräch müsste nur einmal gleich am Anfang geführt werden und würde maximal 10 Minuten dauern. Es würde den Angehörigen eine erste Richtung und ein wenig Halt geben. Die Psychiater könnten Angehörige als wichtige Kooperationspartner im Bemühen um die Genesung ansehen. Leider erlebt so etwas fast kein Angehöriger.

? *Wie geht es Ihnen und Ihrer Familie heute?*

Berg-Peer: Sehr gut. Meine Tochter ist seit zwei Jahren stabil, arbeitet wieder und hat viele Pläne und viel Freude am Leben. Dass das so ist, hat viel mit ihrem engagierten Psychiater und ihrem Therapeuten zu tun. Und mir geht es deshalb auch gut. Wenn wieder eine Krise käme, wird sie das auch schaffen, und ich werde sie dabei unterstützen. □

Das Interview führte Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Springer

„1000 Gesichter-Mosaik für MS“

Eine Spendenaktion von Genzyme anlässlich des 86. DGN-Kongresses in Dresden hat 5.000 Euro erbracht, mit der das Unternehmen die Arbeit des Bundesverbandes der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft unterstützt. Kongressbesucher waren aufgefordert worden, sich im Pop-Art-Stil fotografieren zu lassen. Die Porträts wurden wie Mosaiksteine in ein großes Bild eingefügt, das die Skyline von Dresden abbildete. Für jedes Konterfei spendete Genzyme fünf Euro.

Nach Informationen von Genzyme

Erfahrungen mit Tranylcypromin

Der Wirkstoff Tranylcypromin (Jatrosom®) ist der einzige in Deutschland verfügbare irreversible MAO-A/B-Hemmer und wird bevorzugt bei therapieresistenter und chronifizierter Depression eingesetzt. Welchen Stellenwert das Medikament in der modernen Pharmakotherapie der Depression einnimmt und welche Erfahrungen den täglichen Umgang prägen, diskutierten die Teilnehmer des fünften Jatrosom®-Expertengespräches in Köln. Dr. Joachim Rings, Leverkusen, merkte zu der in der gängigen Praxis eher spät vorgenommenen Umstellung an, dass eine Hemmschwelle in der Umstellungsphase liegen könnte, in der der selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) ausgeschlichen und eine Pause eingehalten werden muss, bevor Tranylcypromin zum Einsatz kommen kann. Hier konnte Dr. Patrick Thilmann, Zentrum für Nervenheilkunde in Mannheim, aus seiner langjährigen Erfahrung sprechen: „In dieser Phase arbeite ich überlappend, gebe also erlaubte Kombinationen. Gelegentlich sogar etwas Sedierendes, um das Ausschleichen und Pausieren wie nach SSRI und SSNRI zu erleichtern.“ Die Vorteile liegen auf der Hand und sind vom Patienten erlebbar: Zum einen wird eine Monotherapie einer Dreifachkombination – auch wegen der Nebenwirkungen – natürlich vorgezogen. Zum anderen ist die Wirkung nicht zu unterschätzen, wenn „man Patienten mit schweren Depressionen hat, denen nichts anderes hilft,“ so Thilmann.

Nach Informationen von Aristo Pharma

Bipolare Störungen : Mischzustände rücken stärker in den Fokus

Die Therapie bipolarer Störungen sollte darauf angelegt sein, das breite Spektrum manischer und depressiver Symptome zu bessern, ohne Phasenumschläge auszulösen. Mischzustände stellen eine besondere Herausforderung dar.

Das Diagnosemanual DSM-5 brachte für das Management bipolarer Störungen wichtige Veränderungen, die insbesondere für Bipolar-I-Patienten mit Mischzuständen prognostisch relevant sein könnten, so Professor Andrea Fagiolini, Universität von Siena/Italien. Die „gemischte Episode“, bei der gemäß DSM-IV gleichzeitig die Kriterien einer manischen und depressiven Episode vorliegen mussten, ist entfallen. Mit dem neu eingeführten „mixed feature specifier“ kann die Diagnose von Mischzuständen schon gestellt werden, wenn der Patient während einer manischen oder während einer depressiven Episode zusätzlich mindestens drei Symptome des anderen Pols aufweist. Diese können auch subsyndromaler Art sein und somit ein größeres Spektrum klinisch relevanter Störungen einschließen, erläuterte Fagiolini. Akute Episoden mit Symptomen des anderen Pols sind häufig und haben eine ungünstige Prognose. Die neuen Kriterien für Mischzustände würden die klinische Realität wesentlich besser reflektieren als die restriktiveren DSM-IV-Kriterien und könnten durch eine frühere und akkurate Diagnose mehr Patienten vor einem ungünstigen Krankheitsverlauf schützen, so Fagiolini.

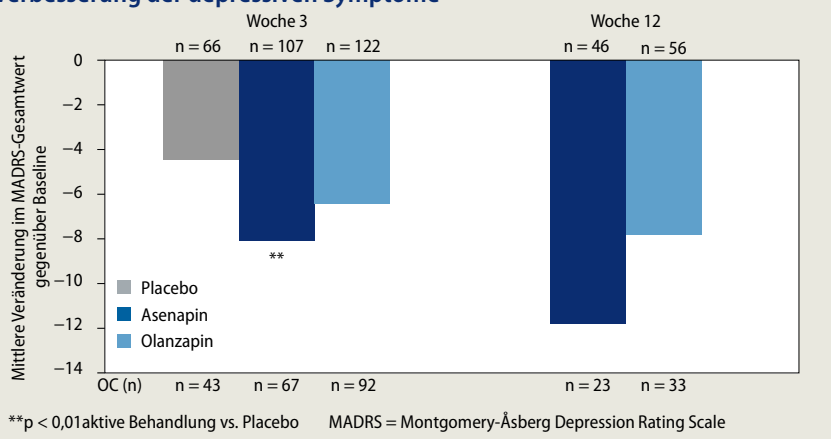
Asenapin auch bei Mischzuständen

Die Ergebnisse aus Post-hoc-Analysen zweier kontrollierter Studien deuten darauf hin, dass Asenapin (Sycrest®) bei Bipolar-I-Patienten mit Mischsymptomen nicht nur die Manie sondern auch die depressive Symptomatik verbessert (**Abb. 1**). Demgegenüber zeigte sich in der mit Olanzapin behandelten Vergleichsgruppe nach dreiwöchiger Therapie kein signifikanter Unterschied gegenüber Placebo [Azorin JM et al. J Affect Disord 2013; 145:62–69]. Ein nummerischer Vorteil von Asenapin gegenüber Olanzapin blieb auch am Ende der offenen Verlängerungsphase erhalten. In einer weiteren Post-hoc-Analyse wurden bereits die neuen DSM-5-Kriterien zugrunde gelegt. Demnach bleibt die Überlegenheit von Asenapin auch bei Patienten mit einer nach dem „mixed specifier“ definierten manischen Episode mit depressiven Symptomen erhalten [McIntyre R et al. J Affect Disord 2013; 150:378–383]. **Abdol A. Ameri**

Satellitensymposium „A multidimensional perspective of Bipolar I disorder“ im Rahmen des ECNP-Kongresses, Barcelona, 7.10.2013, Veranstalter: Lundbeck

Abbildung 1

Verbesserung der depressiven Symptome



Wirkung von Asenapin auf depressive Symptome in gemischten Episoden [nach: Azorin JM et al. J Affect Disord 2013; 145:62–69].

Therapieziel: Frei von MS-Aktivität

Mit der Einführung von Natalizumab (Tysabri®) hat sich das Therapieziel bei MS gewandelt. Das Freisein von Krankheitsaktivität ist für einen Teil der Patienten möglich geworden.

Welche Patienten eine gute Chance haben, dieses Ziel zu erreichen, untersuchte die Prager Arbeitsgruppe um Havrdova et al. in einer Post-hoc-Analyse der AFFIRM-Studie (ECTRIMS Poster P519), die Alfred Sandrock, Medizinischer Direktor von Biogen Idec, in Kopenhagen vorstellte. In der Studie waren 37 % der mit Natalizumab behandelten Patienten über die verblindete Studienphase von zwei Jahren frei von Krankheitsaktivität geblieben gegenüber 7 % der Patienten in der Placebogruppe ($p < 0{,}0001$) [Polman CH et al. N Engl J Med 2006; 354: 899–910]. Dabei war Freisein von Krankheitsaktivität definiert durch: das Fehlen von Schüben, keine bestätigte Krankheitsprogression über 12 Wochen, keine Gadolinium-anreichernden Herde, keine neuen beziehungsweise vergrößerten Läsionen in der T2-gerichteten Magnetresonanztomografie (MRT).

Je früher desto größer die Chancen

Die Post-hoc-Analyse zeigte, dass jüngere Patienten (< 35) und solche mit einer kürzeren Erkrankungsdauer (< 2 Jahre) eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, über zwei Jahre krankheitsfrei zu bleiben, als ältere oder länger erkrankte Patienten (≥ 35 Jahre, ≥ 2 Jahre erkrankt). Ähnliches galt auch für Patienten mit höchstens einem Schub in dem der Studie vorausgegangenen Jahr gegenüber denen mit mehr Schüben sowie bei Patienten mit einem geringeren Wert auf der Expanded Disability Status Scale (EDSS) zu Studienbeginn (< 3,0) gegenüber denen mit einem höheren Behinderungsgrad (EDSS ≥ 3).

Innerhalb der Natalizumab-Gruppe lag der Anteil der krankheitsaktivitätsfreien Patienten unter 35 Jahren bei 40,8 %, der Anteil der über 35-Jährigen bei 33,6 %. Frei von Krankheitsaktivität unter Natalizumab waren 44,8 % der Patienten mit einer Krankheitsdauer von weniger als zwei Jahren versus 35,3 % bei zwei Jahren und mehr. Bei einem EDSS-Wert von weniger als 3 zu Therapiebeginn blieben 40,9 % der Patienten über zwei Jahre krankheitsfrei, bei einem höheren EDSS 28,1 %. Bei maximal einem Schub im Vorjahr waren 40,8 %, bei mehr Schüben 30,6 % krankheitsfrei. Wiesen Patienten zu Studienbeginn keine Gadiolinium-aufnehmenden Herde im MRT auf, blieben 43,3 % von ihnen in den zwei Folgejahren frei von Krankheitsaktivität, bei initialem Vorhandensein von solchen Läsionen nur 30,8 %. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wirksamkeit einer Natalizumabtherapie früh im Krankheitsverlauf am größten ist.

Friederike Klein

Pressekonferenz „Expect more in MS". im Rahmen des 29th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS), Kopenhagen, 3.10.2013. Veranstalter: Biogen Idec

Schlaganfallprophylaxe bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern

Aufgrund des günstigeren Nutzen-Risiko-Profils empfehlen die Leitlinien zunehmend neue Antikoagulanzien (NOAC) zur Schlaganfallprophylaxe bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern (NVHF). Aktuelle Registerdaten zeigen, dass der orale Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban (Xarelto®) auch in der Alltagsversorgung effektiv und gut verträglich ist.

Jeder fünfte ischämische Schlaganfall geht auf das Konto von Vorhofflimmern, berichtete Professor Thorsten Steiner, Neurologe am Klinikum Frankfurt Höchst. Zu den wichtigsten Präventivmaßnahmen zähle deshalb die Behandlung mit oralen Antikoagulanzien. Umso mehr bedauert er, dass 90 % der Betroffenen nicht adäquat therapiert werden. Als mögliche Gründe für die Unterversorgung nannte er die schwere Steuerbarkeit herkömmlicher Vitamin-K-Antagonisten (VKA), das engmaschige Gerinnungsmonitoring, das hohe Interaktionspotenzial sowie die Angst der Ärzte vor schwerwiegenden Blutungskomplikationen.

Auch bei Risikokonstellation sicher und wirksam

NOAC wie der direkte Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban ermöglichen dagegen auch ohne routinemäßige Gerinnungsüberwachung eine zuverlässige Antikoagulation. So senkte der neue Gerinnungshemmer in der Phase-III-Studie ROCKET AF (Rivaroxaban Once Daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared with Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation) die zerebrovaskuläre Ereignisrate mindestens ebenso effektiv wie Warfarin [Manesh RP et al. N Engl J Med 2011; 365:883–891]. Die gute Wirksamkeit, so Professor Roland Veltkamp, Neurologe an der Universität Heidelberg, ging dabei nicht zulasten der Sicherheit: Während die Gesamtblutungsrate in beiden Studienarmen vergleichbar war, traten unter Rivaroxaban signifikant weniger intrakranielle und weniger lebensbedrohliche Blutungen auf. Subgruppenanalysen zeigen selbst bei Patienten mit einem zusätzlichen Risikofaktor (Alter > 75 Jahre, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, eingeschränkte Nierenfunktion, stattgehabter Schlaganfall) konsistente Ergebnisse in Bezug auf Wirksamkeit und Sicherheit von Rivaroxaban.

Blutungen im Praxisalltag in den meisten Fällen blande

Erste Daten des Dresdner NOAC-Registers belegen, dass sich die neuen Gerinnungshemmer auch im klinischen Alltag bewähren. Blutungen sind laut PD Dr. Jan Beyer-Westendorf, Angiologe an der TU Dresden, zwar die häufigsten Nebenwirkungen, in 90 % der Fälle jedoch blande und gut beherrschbar. Einfacher sei auch das perioperative Management: Eine Überbrückung mit Heparin (Bridging) sei meist nicht erforderlich.

Dr. Martina-Jasmin Utzt

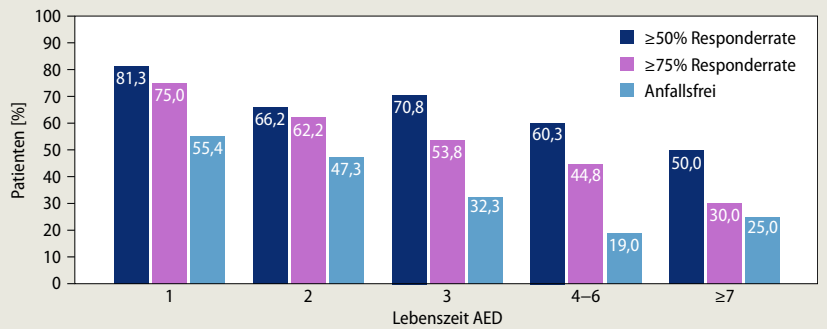
Meet-the-Expert „Antikoagulation im Wandel"; 86. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) Dresden, 20.9.2013; Veranstalter: Bayer Vital GmbH

Add-on-Therapie bei fokaler Epilepsie

Das Antiepileptikum Lacosamid (Vimpat®) kann bei fokaler Epilepsie als Add-on langfristig den Therapieerfolg sichern, wie aktuelle 5-Jahres-Daten belegen. Der Praxistest zeigt nun, dass es umso besser wirkt, je früher es als Kombipartner eingesetzt wird.

Die VITOBA (VImpat® added To One Baseline AED)-Studie, eine prospektive, nicht-interventionelle Beobachtungsstudie, untersucht über sechs Monate Lacosamid in der Add-on-Therapie zu nur einem Basismedikament bei Patienten mit fokal beginnenden Anfällen. Die zweite Interimsanalyse mit Daten von 368 Patienten bestätigte nun, was sich bereits in der ersten Zwischenauswertung abgezeichnet hatte: Die Kombination mit Lacosamid reduziert die Anfallsfrequenz deutlich, am besten bei Patienten, die vorher nur ein Antiepileptikum erhalten hatten. Dabei reichen schon relativ niedrige Dosen. Mit einer mittleren Tagesdosis von 250 mg konnte bei 40,7 % der Patienten Anfallsfreiheit erreicht werden, bei 70,2 % der Patienten wurde die Zahl der Anfälle mindestens halbiert (50 %-Responderrate).

Abbildung 1



Wirksamkeit der Add-on-Therapie mit Lacosamid in Abhängigkeit von der Anzahl der bislang eingesetzten Antiepileptika: Je früher Lacosamid zum Zuge kommt, umso höhere die Effektivität.

Diese hohe Ansprechrate übertrifft die in den Zulassungsstudien von Lacosamid erreichte Rate von knapp 45 %. Noch effektiver war Lacosamid, wenn es direkt nach der ersten Monotherapie zum Zuge kam. Von den 112 Patienten, die vorher nur ein Antiepileptikum erhalten hatten, wurden 55,4 % komplett anfallsfrei, 81,3 % erreichten eine Halbierung der Anfallsfrequenz. Dies spricht für eine frühe Kombinationstherapie mit Lacosamid schon nach dem Versagen der ersten Monotherapie, so Dr. Stephan Arnold, München. Besonders profitierten zudem Patienten mit einer Epilepsiedauer unter fünf Jahren (Anfallsfreiheit: 48,5 % gegenüber 36 %) sowie Patienten jenseits des 65. Lebensjahres (Anfallsfreiheit: 54,5 % gegenüber 38 %). Auch der allgemeine ärztliche Eindruck, ermittelt anhand der CGI-Skala, besserte sich unter Lacosamid deutlich: 63,4 % der Patienten wurden von den Studienärzten als „sehr stark" oder „stark" verbessert eingestuft. Die Endergebnisse zu VITOBA werden voraussichtlich bereits Ende 2013 präsentiert werden.

Dr. Beate Fessler

Presse-Round-Table „5 Jahre Vimpat®: Wege zum langfristigen Erfolg in der Epilepsietherapie", 86. DGN-Kongress, Dresden, 19.9.2013; Veranstalter: UCB

Schizophrenie – kontinuierliche Therapie schützt vor Rückfällen

Schon bei der ersten schizophrenen Episode sollten maximale Bemühungen unternommen werden, um die Therapie langfristig sicherzustellen. Denn bereits nach einer psychotischen Episode besteht ein sehr hohes Rezidivrisiko, berichtete Professor John M. Kane, Glen Oaks/USA. Im ersten Jahr entwickeln 16 % der Patienten einen Rückfall, und nach fünf Jahren steigt die Rezidivrate auf 82 %, ein Therapieabbruch erhöht das Risiko um das Fünffache [Robinson D et al. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:241–247]. Mit jedem Rückfall verschlechtern sich der Krankheitsverlauf und die Chancen auf eine Remission. Oft fehlt den Patienten aber die Krankheitseinsicht, so dass die Medikation abgesetzt wird. Schon kurze Unterbrechungen von nur ein bis 10 Tagen verdoppeln das Risiko für eine Rehospitalisierung (Odds Ratio 1,98); bei einer Therapiepause von einem Monat steigt das Risiko um das Vierfache (Odds Ratio 3,96) [Weiden PJ et al. Psychiatr Serv 2004; 55: 886–891]. Das Risiko für die Entwicklung einer Behandlungsresistenz steigt und die Chance auf Wiederherstellung des vorherigen Funktionsniveaus sinkt [Olfson M et al. Psychiatr Serv 2000; 51:216–222].

Abbildung 1

Patientenpräferenz für langwirksame injizierbare Antipsychotika [Quelle: Caroli F et al. Patient Prefer Adherence 2011; 5:165–171]

Zum Erhalt der Therapiekontinuität und um Rückfälle zu verhindern und die Remissionsphasen zu verlängern ist daher eine langfristige, kontinuierliche antipsychotische Therapie von Anfang an erforderlich, so Professor Fernando Cañas, Hospital „Dr. R. Lafora", Madrid. Die im Allgemeinen eher schlechte Adhärenz von schizophrenen Patienten, führt er insbesondere auf die krankheitsbedingten, neurobiologischen Veränderungen im Gehirn zurück, die mit mangelnder Krankheitseinsicht, einem Kernsymptom schizophrener Störungen, assoziiert sind [Cooke MA et al. Schizophr Res 2008; 103: 40–51].

Um das Problem der mangelnden Adhärenz in den Griff zu bekommen, erfordert es ein Paket von Maßnahmen, so Cañas. Von zentraler Bedeutung sind eine gute therapeutische Allianz, Psychoedukation und das Einbeziehen der Angehörigen. „Familienangehörige sind der Schlüssel, um Einsicht und Einstellung der Patienten gegenüber der Medikation zu modifizieren", betonte der Psychiater. Zudem sollte schon in der ersten Episode der Einsatz von lang wirksamen injizierbaren (LAI) atypischen Antipsychotika in Erwägung gezogen werden. Eine Erhebung aus Frankreich hat ergeben, dass knapp die Hälfte der Patienten LAI-Antipsychotika gegenüber anderen Darreichungsformen bevorzugen (**Abb. 1**) [Caroli F et al. Patient Prefer Adherence 2011; 5:165–171].

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Schizophrenia – long-term treatment and protecting what's important", im Rahmen des ECNP-Kongresses; Barcelona, 5.10.2013;
Veranstalter: Otsuka Pharma und Lundbeck

MS-Innovationspreise – heute Forschung, bald schon Praxis?

Die Multiple Sklerose (MS) hat sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einem extrem dynamischen Forschungsgebiet entwickelt. Innovative Projekte mit einem potenziellen Praxisnutzen konnten sich in diesem Jahr um einen hochdotierten Forschungspreis bewerben.

Die Preissumme des „Grant for Multiple Sclerosis Innovation" (GMSI) von 1 Million Euro teilten sich in diesem Jahr vier Preisträger, einer davon aus Deutschland. Professor Daniel Harrison, Neurologe an der Johns Hopkins Universität in Baltimore, erhielt den Preis für die Untersuchung der Korrelation der mittels einer neuen Analysemethode gewonnenen quantitativen Befunde in der Magnetresonanztomographie (MRT) und der Diffusions-Tensor-Bildgebung mit der Behinderungsprogression. Professor Thomas Thum, Institut für Molekulare und Translationale Therapeutische Strategien in Hannover, entwickelte zusammen mit einem Netz von deutschen Zentren ein Testverfahren für Mikro-RNA (miRNA) im Liquor, das helfen soll, früh zwischen schubförmig remittierender und progressiver MS zu unterscheiden. Dr. Kevin C. O'Connor, Neurologe an der Yale School of Medicine, New Haven, ist interessiert an den Mechanismen, wie B-Zellen und die von ihnen produzierten Antikörper zur Gewebeschädigung bei Autoimmunität beitragen. Am nächsten an der Umsetzung in die Praxis ist sicherlich das Projekt von Dr. Joshua Bacon, Leiter der Abteilung für Psychologie am Stern College in New York. Er entwickelt ein Testverfahren für subtile Veränderungen der räumlichen Verarbeitung von Höreindrücken, die auf eine beginnende kognitive Beeinträchtigung bei subklinischer oder früher MS hinweisen.

Jetzt wieder bewerben

Der von Merck Serono gestiftete GMSI wird seit 2012 jährlich vergeben. Anlässlich des diesjährigen ECTRIMS-Kongresses in Kopenhagen rief David Bates vom wissenschaftlichen Komitee des GMSI zu einer Beteiligung am GMSI 2014 auf. Bewerben können sich Forscher mit Projekten hoher Forschungsqualität, die das Potenzial haben, eine Innovation für die klinische Praxis zu werden. Informationen dazu bietet die Webseite:
www.grantformultiplesclerosisinnovation.org.

Friederike Klein

Symposium „Multiple Sclerosis Innovation Awards". 29th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS), Kopenhagen, 5.10.2013.
Unterstützt von: Merck Serono

Psychoedukation

Kompass nennt sich ein modulares Konzept mit sechs Bausteinen für die Langzeitbehandlung von Schizophreniepatienten. Es unterstützt Ärzte dabei, ihren Patienten die notwendigen Informationen über die Erkrankung zu vermitteln, Therapieentscheidungen gemeinsam zu treffen, die notwendige Therapie zielgerichtet zu planen und die Therapietreue zu fördern.
www.kompass-therapiebegleiter.de

Nach Informationen von Janssen-Cilag

Mit Ernährung Alzheimer entgegenwirken

Ältere Menschen sind häufig mangelernährt. Dies ist assoziiert mit einem schlechteren Gesundheitszustand allgemein, insbesondere aber erhöht die unzureichende Versorgung mit Nährstoffen das Demenzrisiko. Unter den zugrundeliegenden Hirnveränderungen treten Synapsenveränderungen frühzeitig im Krankheitsverlauf auf. Souvenaid®, ein diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, wurde speziell entwickelt, um die Synapsenbildung zu unterstützen. Die medizinische Trinknahrung enthält die patentierte Nährstoffkombination Fortasyn™ Connect, die wichtige Ausgangssubstanzen für die Biosynthese neuronaler Membranen – darunter Omega-3-Fettsäuren, Cholin und Uridin – bereitstellt. Die Effekte der Trinknahrung auf die Gedächtnisleistung von Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium wurden in zwei multizentrischen, randomisierten, doppelblinden und kontrollierten Studien nachgewiesen. So verbesserte sich in der Souvenir-I-Studie unter der Trinknahrung der Wechsler-Memory-Scale revised (WMS-r) Delayed Verbal Recall Score von Patienten im Frühstadium der Alzheimer-Krankheit innerhalb von 12 Wochen signifikant ($p = 0{,}021$). Die Souvenir-II-Studie bestätigte dieses Ergebnis. In der Studie verbesserte sich auch der Memory Domain Score (z-Score) der Neuropsychologischen Testbatterie bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit im Frühstadium innerhalb von 24 Wochen signifikant ($p=0{,}023$).

Nach Informationen von Nutricia

Ich will **Mitglied** werden!

An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag meist 485 bis 580 €, je nach Landesverband, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).**

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefärzte/Niedergelassene; 440 € für Fachärzte an Kliniken; Ärzte in Weiterbildung 90 €; Senior 60 €).**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.**

☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefärzte/Niedergelassene; 440 € für Fachärzte an Kliniken; Ärzte in Weiterbildung 90 €; Senior 60 €).**

☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.**

☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 720 €.**

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Tel.-Nr._____ **Fax** _____

E-Mail/Internet:

Ich bin ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**

☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**

☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____ ☐ **in MVZ tätig mit:** _____

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 €/Jahr:

☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie** ☐ **Aktuelle Neurologie**

☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG** ☐ **Psychiatrische Praxis**

☐ **Die Rehabilitation** ☐ **Psychotherapie im Dialog**

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie** ☐ **Balint-Journal**

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.).

☐ **Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünscht**

☐ **Kostenloser Mailservice „Das muss man wissen …" gewünscht**

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

Konto-Nr.: _____

bei der _____ **BLZ** _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat
1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: N.N.
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Peter Laß-Tegethoff
Mecklenburg-Vorpommern: Ramon Meißner, Frank Unger
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Babette Schmidt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Volker Schmiedel
Westfalen: Rüdiger Saßmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder
Neue Medien: Arne Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Thomas Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban
U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban
U.E.M.S. – Neurologie: Friedhelm Jungmann

Ausschüsse
Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: Albert Zacher, Uwe Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung: Frank Bergmann, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim, Wolfhard Lünser, P. Christian Vogel
Leitlinien: Frank Bergmann, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate
Demenz: Jens Bohlken
Epileptologie: Ralf Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther
Neurootologie, Neuroophtalmologie: Matthias Freidel
Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen
Neuropsychologie: Paul Reuther
Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschatz, Wolfhard Lünser
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Schmerztherapie Psychiatrie: Roland Wörz
Suchttherapie: Ulrich Hutschenreuter, Rolf Peters
Umweltmedizin Neurologie: Matthias Freidel

Geschäftsstelle des BVDN
D. Differt-Fritz
Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN
1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gelsenkirchen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart

Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder
IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther
GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl
Qualitätsmanagement: Uwe Meier
Risikomanagement: Rolf F. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: Reinhard Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN
Leitlinien: Uwe Meier
Versorgungsforschung: Uwe Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: Rolf Hagenah
Anhaltszahlen/Qualitätssicherung: Fritjof Reinhardt, Paul Reuther
Rehabilitation: Harald Masur
CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther
DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden
DGNR: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther
BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Friedhelm Jungmann

BDN-Landessprecher
Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Paul
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmann
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Biniasch, Ingolstadt
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Greif Sander, Hannover

Referate
Soziotherapie: Sybille Schreckling
Sucht: Greif Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: Hans Martens
Forensik: P. Christian Vogel
Übende Verfahren – Psychotherapie: Gerd Wermke
Psychiatrie in Europa: Gerd Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: Frank Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto
PTSD: Christa Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: Greif Sander

BVDP-Landessprecher
Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl, Thomas Hug
Berlin: Norbert Mönter
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: N. N.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Hier steht eine Anzeige.

Springer