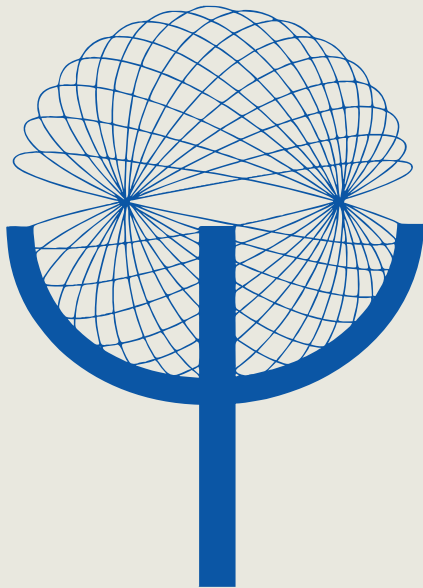


# NEUROTRANSMITTER

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 2014



## Arbeit und psychische Gesundheit

Kompetenz für Fachärzte  
**Der Psychiater als Coach**

Erworbene Hirnschädigung  
**Betroffene im mittleren Lebensalter**

Qualitative Experteninterviews  
**Was denken Sie über Burnout?**



*»Der Kongress bietet neueste medizinische und therapeutische Entwicklungen zu allen relevanten psychischen Störungen und gleichzeitig aktuelle politische und gesellschaftliche Debatten.«*

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

## Arbeit und psychische Gesundheit

**M**it großer Freude überreicht Ihnen der BVDP-Vorstand das diesjährige Sonderheft des NEUROTRANSMITTER anlässlich des DGPPN-Kongresses, der nun zum ersten Mal im Berliner City Cube stattfindet. Das Kongress-Motto lautet „Herausforderungen durch den demografischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“.

Der demografische Wandel stellt auch eine neue Herausforderung für den Arbeitsmarkt dar. Der Anteil älterer Mitarbeiter nimmt zu, die Lebensarbeitszeit verlängert sich und die Anforderungen im Beruf scheinen stetig zu steigen. Dieser Druck im Arbeitsleben stellt ein zusätzliches Risiko für hohe Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen dar. Sind wir darauf vorbereitet? Und was können wir tun, um psychische Gesundheit zu erhalten und wieder herzustellen? Wir haben das Thema „Arbeit und psychische Gesundheit“ als Schwerpunkt für dieses Sonderheft gewählt. Die Beiträge umfassen sowohl die Themen: „Wie kann ich mich trotz belastender Arbeit gesund erhalten?“ als auch „Wie kann Arbeit für Gesundheit sorgen?“.

Das Thema ist in Politik und Gesellschaft derzeit viel beachtet, es soll sogar laut Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles in Form einer „Anti-Stress-Verordnung“ Eingang in die Gesetzgebung finden.

### Berichte aus der Praxis

Das BVDN-Coaching-Projekt wird von Kollegin Dr. Annette Haver vorgestellt. Es ist einerseits gedacht als ein zusätzliches Standbein für Nervenärzte und Psychiater jenseits der kurativen Medizin, das aber auch erhebliche psychohygienische Anteile für uns selbst enthält.

Mirjam Landmesser ist eine junge Studentin des Master-Programms Public Health der Hochschule Fulda, die sich in ihrer Bachelor-Arbeit mit dem Burnout-Begriff auseinander-

gesetzt hat. Sie fasst hier die Ergebnisse ihrer Arbeit für Sie zusammen.

Christoph Erhardt, Webermeister, Ergotherapeut und Leiter der Prodia Handweberei-Werkstatt für behinderte Menschen, gibt sehr berührende Einblicke in seine Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen in einer Handweberei, die Teil einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen ist. „Die Arbeit in der Weberei wird mir nie langweilig, weil es immer etwas Neues auszuprobieren oder zu lernen gibt“ und „Das Weben ordnet meine Gedanken“, so beschreiben es die Mitarbeiter in der Weberei.

Dr. Paul Reuther berichtet aus der Rehabilitation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und deren Problemen mit der Arbeitswelt. Er ist vielen von Ihnen bereits bekannt als ein Pionier der ambulanten Rehabilitation nach erworbenen Hirnschäden. Er setzt sich ein für das frühere Erkennen der medizinischen und psychosozialen Problemlagen der Patienten mit organisch-psychischen und neurokognitiven Problemen, vor allem auch der leichten und mittelgradigen Formen einer erworbenen Hirnschädigung.

Es ist insgesamt ein brandaktuelles Thema, dem wir uns als Nervenärzte und Psychiater stellen müssen. Das Sonderheft möchte einen Überblick als auch Anregungen geben, die Sie in Ihrer täglichen Arbeit nutzen können.

Wir freuen uns auf Sie in Berlin!

Mit den besten Grüßen auch im Namen des gesamten BVDP-Vorstandes

Ihre

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

**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, BVPD:** 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-medin.de

**Geschäftsführer:** Joachim Krieger (President Professional Businesses),  
Fabian Kaufmann

**Leitung Zeitschriften Redaktion:** Markus Seidl

**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:** Ulrike Drechsler (Leitung), Tel.: 06221 4878-662,  
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. 16 vom 1.10.2013.

**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-medin.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: 24 €. Jahresabonnement: 204 € (für Studenten/ALP: 122,39 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVPD ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 51 € 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



## 3 Editorial

### Kongresslotse

## 6 Psychische Erkrankungen heute und morgen

Eine Vorschau auf das Programm des diesjährigen DGPPN Kongresses

### Rund um den Beruf

## 8 Fachspezifische Gutachten

Gutachterausbildung für psychiatrische und neurologische Fachärzte

Frank Bergmann, Aachen, Rolf Schneider, Aschaffenburg

## 10 Selbstbestimmung und Zwangsmaßnahmen

Berufsverbände unterstützen ethische Stellungnahme der DGPPN

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

## 12 Erstes Psychiatrie-Ärztzetz erhält Zertifizierung

Vorreiter „Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg“

Norbert Mönter, Berlin

## 13 Vergütung 2015

KBV und GKV-Spitzenverband verhandeln Honorarplus

Andreas Gassen, Düsseldorf

## Arbeit und psychische Gesundheit

### 14 Im Arbeitsleben gesund bleiben – der Psychiater als Coach

Coaching-Kompetenz für Fachärzte

Annette Haver, Gütersloh

### 20 Herausforderung: organisch-psychische und neurokognitive Defizite

Menschen mit erworbener Hirnschädigung im mittleren Lebensalter

Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

### 26 Burnout: Prävention ist nötig – und möglich

Qualitative Experteninterviews

Mirjam Landmesser, Fulda

### 31 Rehabilitation am Handwebstuhl

Bericht aus einer Werkstatt für behinderte Menschen

Christoph Erhardt, Aachen

## Internet

### 36 Positive Resonanz nach Relaunch des Patienteninformationsportals

Wirkungsvolle Öffentlichkeitsarbeit

Jochen Lamp, Frankfurt

### 37 Wichtiges und Aktuelles auf Smartphone und Tablet immer dabei

Neu gestaltete Internetseiten der Berufsverbände

Arne Hillienhof, Köln

## 4 Impressum

## 34 Buchtipps

## 38 Pharmaforum

## 42 Verbandsservice



## Gesellschaftliche Entwicklung – Impulse für unser Fach

Das Thema des DGPPN Kongresses 2014 könnte aktueller nicht sein: Mit dem Leitmotiv „Herausforderungen durch den demografischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“ steht eine der zentralen Zukunftsaufgaben für unsere Gesellschaft im Mittelpunkt, die auch das Fach Psychiatrie und Psychotherapie entscheidend beschäftigen wird. Auch wir greifen die Thematik in dieser Neurotransmitter-Sonderausgabe auf mit Beiträgen zum Schwerpunkt „Arbeit und psychische Gesundheit“.

## 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:

© Dreaming Andy / Fotolia.com



DGPPN Kongress 2014

# Psychische Erkrankungen heute und morgen



© Messe Berlin

Der demografische Wandel wird unsere Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten entscheidend beschäftigen. Jeder Einzelne von uns wird davon betroffen sein. Ganz besonders gefordert ist dabei auch das Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Denn im Zuge des gesellschaftlichen Wandels ändern sich die Erwartungen und Anforderungen an die Diagnostik, Therapie und Versorgung psychischer Erkrankungen.

**D**as Thema des DGPPN Kongresses 2014 könnte aktueller nicht sein: Mit dem Leitmotto „Herausforderungen durch den demografischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“ steht einer der zentralen Zukunftsaufgaben für unsere Gesellschaft im Zentrum, die auch das Fach Psychiatrie und Psychotherapie entscheidend beschäftigen wird. Dabei geht es um weit mehr als um das Altern. Jüngere Menschen müssen sich auf eine veränderte und längere Arbeitsbiografie einstellen. Ältere Menschen werden eine neue und verantwortlichere Rolle in Familie und Gesellschaft spielen.

Das umfangreiche wissenschaftliche Programm spiegelt die enorme Bandbreite des Fachgebiets wider und verspricht einen umfassenden Überblick über die neuesten medizinischen und therapeutischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – insbesondere auch für die ambulante Versorgung. Über 600 Einzelveranstaltungen stehen auf dem wissenschaftlichen Programm, mehr als 1.600 renommierte Referenten sind aktiv dabei.

## CME-Fort- und Weiterbildung speziell auch für Niedergelassene

Der DGPPN Kongress bietet auch hervorragende Bedingungen für eine am „State-of-the-Art“ ausgerichtete, praxisnahe Fort- und Weiterbildung. Viele niedergelassene Kollegen nutzen die qualitativ hochstehenden und vielfältigen Angebote der DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikats. Dabei können sie aus einer großen Anzahl Themen wählen und neben der Wissensvermittlung vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis erwerben.

Hier einige Beispiele aus dem Programm.

### 1-Tages-Workshops

- Praxisrelevante unerwünschte Arzneimittelwirkungen – Erkennung und Umgang – Daten aus AMSP
- Polypharmazie – klinische Notwendigkeit oder unerwünschtes Übel?
- Prävention und Behandlung vom metabolischen Syndrom und von Gefäßkrankheiten in der Psychiatrie
- Sichere und effektive Medikation psychiatrischer Patienten – was man zu

Interaktionen und Nebenwirkungen wissen muss

- Psychotherapie bei Patienten mit Diabetes und psychischen Störungen – Psychodiabetologie
- Rote-Hand-Briefe – Update 2014 für Niedergelassene
- Demenzdiagnostik
- Pharmakotherapie bei körperlicher Grunderkrankung

### 2-Tages-Workshops

- Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie: Psychiatrie an der Schnittstelle zur somatischen Medizin
- Psychopharmakotherapie in der praktischen Anwendung
- Betreuung psychisch kranker Frauen in der Schwangerschaft und Stillzeit – Psychopharmakotherapie und peripartales Management

Zum ersten Mal wird der DGPPN Kongress in der neuen multifunktionalen Kongress- und Messehalle „CityCube“ der Messe Berlin am Messedamm in Berlin stattfinden.

Melden Sie sich jetzt via Internet auf [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) für den Kongress 2014 an. Die DGPPN freut sich auf Ihre Teilnahme! □

### Kongressprogramm jetzt online

Das gesamte Kongressprogramm ist ab sofort auf [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) abrufbar. Die folgenden Veranstaltungen sind vielleicht für Sie von Interesse:

#### Mittwoch, 26.11.2014

- Symposium: Der niedergelassene Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Versorgung
- Symposium: Die Einbeziehung der Angehörigen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung
- Symposium: Entlassungsmanagement im psychiatrischen Krankenhaus
- Hauptsymposium: Erhalt von Gesundheit, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit über die Erwerbsspanne
- Diskussionsforum: Bedarfsgerechte Versorgung – quo vadis? Warum finden schwer psychisch Kranke in Deutschland kaum noch eine adäquate ambulante Behandlung?

#### Donnerstag, 27.11.2014

- Symposium: Aktuelle Herausforderungen der Gemeindepsychiatrie – Evidenz, Ver-

netzung, Modellprojekte

- Symposium: Prävention psychischer Erkrankungen in schwierigen Lebenssituationen
- Symposium: Depression, Angst und Suchterkrankungen: Herausforderung in der hausärztlichen Praxis?
- Diskussionsforum: Konzeptionelle Herausforderungen an eine Psychiatriereform
- Diskussionsforum: Wie behandeln wir in 30 Jahren? Zukunftsszenarien zur psychiatrischen Versorgung

#### Freitag, 28.11.2014

- Besondere Veranstaltung: Aktueller Stand der Versorgung im 4-Länder Vergleich – Innovative Versorgungsformen
- Symposium: Frischer Facharzt – was nun? Optionen der Niederlassung und der klinischen Laufbahn
- Symposium: Personenzentrierte, lebensweltnahe Unterstützungsleistungen für

Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Symposium: Nicht deutschsprachige Patienten in der psychosozialen Versorgung

#### Samstag, 29.11.2014

- Hauptsymposium: Psychiatrische Rehabilitation – ein Versorgungskontinuum zwischen Behandlung, Integration und Inklusion in Arbeiten, Wohnen und Leben
- Symposium: Gemeindepsychiatrie: ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Symposium: Gerontopsychiatrische Versorgung durch niedergelassene Fachärzte
- Qualitätssicherung durch regionale Messung von Routinedaten
- Symposium: Wohnungslosenhilfe – „Psychiatrie-light“ oder bedarfsgerechte Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen?
- Symposium: Aktuelle Aspekte der Konsiliar-/Liaisonpsychiatrie

Anzeige

# Hier steht eine Anzeige.

## Fachspezifische Gutachten

# Gutachterausbildung für psychiatrische und neurologische Fachärzte

Für viele Kollegen in Klinik und Praxis gehört die Erstellung wissenschaftlich begründeter psychiatrischer und/oder neurologischer Gutachten neben der Patientenversorgung zu den Kernleistungen ihrer ärztlichen Tätigkeit. Hierzu bietet die Bundesärztekammer eine strukturierte curriculare Fortbildung an.

Die Erstellung fachspezifischer Gutachten ist zwar obligater Bestandteil des Weiterbildungskataloges, gleichwohl bleibt in der klinischen Ausbildungszeit häufig wenig Zeit und Raum, sich mit den vielen Facetten der Gutachtenerstellung in den unterschiedlichen Rechtsgebieten vertraut zu machen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat die Bundesärztekammer in diesem Jahr eine strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ herausgegeben. Schon 2003 hatte sie ein Curriculum „Grundlagen zur medizinischen Begutachtung“ eingeführt.

In der jetzt vorliegenden dritten Auflage wurde das Curriculum um fachspezifische Module erweitert. Die „Struk-

turierte curriculare Fortbildung medizinische Begutachtung“ stellt ein Angebot für alle Ärzte dar, die neben ihren medizinisch-fachlichen Qualifikationen ihre Kenntnisse in der Gutachtenerstellung erhalten beziehungsweise vertiefen wollen und will neben Grundlagen sowie fachübergreifendem Wissen jetzt auch einschlägige fachspezifische Kenntnisse vermitteln. In der derzeitigen Form umfasst das Curriculum 64 Stunden und setzt sich aus insgesamt drei Modulen zusammen. Nach Absolvieren aller Module, einschließlich Nachweis eines Final- oder Kausalitätsgutachtens und nach bestandener Lernerfolgskontrolle, kann bei abgeschlossener Facharztweiterbildung die Bezeich-

nung „Strukturierte curriculare Fortbildung medizinische Begutachtung“ geführt werden.

### Weiterbildung mit fachspezifischen Modulen

**Modul 1:** Mit einem Umfang von 40 Stunden umfasst es allgemeine Grundlagen, Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Arbeits- und Erwerbsleben, Rehabilitation und Schwerbehindertenrecht, ferner kausalitätsbezogene Begutachtung sowie Zustandsbegutachtungen für Pflegeversicherungen und private Krankenversicherungen, Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherungen sowie spezielle Begutachtungsfragen.



Die sich ständig verändernden Anforderungen an medizinische Sachverständige sowie die erforderliche Konsensbildung bei strittigen Begutachtungsthemen machen eine kontinuierliche Fortbildung in diesem Bereich unverzichtbar.

Zum Modul 1 gehören auch die Vermittlung der Kausalitäts- und Beweisregeln in Straf-, Zivil- und Sozialrecht, Kenntnisse über Begutachtungen im Bereich der Haftpflichtversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung, der privaten Unfallversicherung sowie des sozialen Entschädigungsrechtes sowie Begutachtungen im Bereich der Arzt-haftpflicht.

**Modul 2:** Hier werden fachübergreifende Aspekte der medizinischen Begutachtung vermittelt. Im Einzelnen geht es um die Aussagekraft medizinischer Befunderhebung, Beschwerdevalidierung, allgemeine psychosomatische Aspekte, allgemeine Aspekte der Schmerzbe-gutachtung, aber auch kultursensible Aspekte der Begutachtung, allgemeine Aspekte der Leistungsbeurteilung sowie den Einsatz von Fallstudien.

**Modul 3:** In diesem Modul mit einem Umfang von 16 Stunden werden fachspezifische Aspekte der medizinischen Begutachtung angeboten. Die Matrix für die jeweiligen Fachgebiete umfasst unter anderem finale und Zustandsbegutachtung, Kausalitätsbegutachtung, die Begutachtung spezieller Erkrankungen und Funktionsstörungen, Begutachtung von Berufskrankheiten und Arbeitsun-fällen, Arzthaftungsrecht sowie Arzt-straftrecht.

### Zertifizierung DGNB

Bereits jetzt haben sich viele Psychiater, Neurologen und Nervenärzte, die in gewisser Regelmäßigkeit Gutachten erstellen, qualifiziert und ein Zertifikat durch die Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) erworben. Diese mit der DGN assoziierte Fachgesellschaft ging aus der Gutachterkommission der DGN hervor, aus der 1998 die „Arbeitsgemeinschaft Neurologische Begutachtung“ (ANB) als ein zunächst loser Zusammenschluss von Ärzten und Juristen mit Interesse an der neurologischen Begutachtung wurde. 2009 gründete sich dann die DGNB e. V.

Seit 1998 hat die ANB/DGNB auf ihren regelmäßigen Jahrestagungen sowie in ihrem strukturierten modularen Curriculum und auf zusätzlichen „Refresher-Kursen“ Psychiatern, Neurologen und

Nervenärzten ein breit gefächertes Fortbildungsangebot zur Verfügung gestellt und insbesondere auf den Jahrestagungen den State of the Art neurowissenschaftlicher Begutachtung in unterschiedlichen Rechtsgebieten vermittelt.

Zertifizierungen von Gutachtern der DGNB setzen neben der Mitgliedschaft in den Gesellschaften den Nachweis der Fortbildungsmodule voraus, den Nachweis von mindestens 50 selbst erstellten ausführlichen freien Gutachten sowie als wesentlichen Teil des Qualifizierungsverfahrens die Beurteilung von vier anonymisierten Gutachten nach definierten Qualitätskriterien. Die Beurteilung erfolgt jeweils durch Mitglieder einer unabhängigen Zertifizierungskommission.

### Zertifizierung DGPPN

Diese Vorgehensweise will sich jetzt auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zu eigen machen. Damit wird eine schon vor Jahren von den Verbänden an die DGPPN herangetragene Forderung nunmehr realisiert. Die DGPPN hatte schon vor dem Ärztekammerschwerpunkt „Forensische Psychiatrie“ im Jahr 2004 ein eigenes Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ eingeführt. Die kurz darauf durch die Bundesärztekammer eingeführte Schwerpunktbezeichnung beinhaltet eine zusätzliche klinische Weiterbildungszeit von drei Jahren. Angebot und Nachfrage sowohl im Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ als auch in der dreijährigen klinischen Zusatzweiterbildung waren allerdings im Wesentlichen fokussiert auf Begutachtungen mit strafrechtlichen Aspekten, wie zum Beispiel zur Schuldfähigkeit oder zur Prognose.

Insbesondere vielen erfahrenen Fachärzten in Kliniken und vertragsärztlichen Praxen erschien der Erwerb des Zertifikates beziehungsweise des klinischen Schwerpunktes „Forensische Psychiatrie“ jedoch aufgrund ihres Tätigkeitsspektrums weder erstrebenswert noch aufgrund der Zugangsvoraussetzungen erreichbar. Das dadurch entstandene Vakuum, insbesondere für zivil- und sozialrechtliche Fragestellungen, soll jetzt mit dem Zertifikat „Sozi-

al- und zivilrechtliche Begutachtung“ der DGPPN geschlossen werden.

DGNB und DGPPN sind übereingekommen, ihre Curricula zur zertifizierten Fortbildung von Gutachtern kompatibel zu gestalten und damit eine praxisgerechte und ökonomische Qualifizierung psychiatrischer und neurologischer Gutachter zu ermöglichen. BVDN, BVDP und BDN sind an der inhaltlichen Ausgestaltung maßgeblich beteiligt und haben sich sehr für eine kooperative Gestaltung der Curricula eingesetzt. Darüber hinaus sind Gespräche mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern aufgenommen worden, um eine Kompatibilität der Gutachterausbildung auch mit der strukturierten curricularen Fortbildung der Ärztekammern zu erreichen. Im Sinne einer schnellen Etablierung der Qualitätsstandards und zur Förderung der Akzeptanz wäre eine wechselseitige Anerkennung curriculärer Fortbildungsmodule sicher die beste Option.

Es dürfte übrigens kaum zu befürchten sein, dass die Fortbildungs- und Qualifizierungsangebote der DGNB für neurologische Gutachter beziehungsweise die Angebote der DGPPN für psychiatrische Gutachter durch die Umsetzung der fachspezifischen Module im Bereich der strukturierten curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ der Ärztekammern eine geringere Nachfrage erfahren werden. Die sich ständig verändernden Anforderungen an medizinische Sachverständige sowie insbesondere die erforderliche Konsensbildung bei strittigen Begutachtungsthemen wie zum Beispiel Begutachtung der PTBS, Begutachtung von Schmerzen, die Diskussion um Beschwerdevalidierung und anderes mehr, machen eine kontinuierliche Fortbildung in diesem Bereich unverzichtbar. Gerade im Bereich dieser fachspezifischen Themen können die medizinischen Fachgesellschaften ihre Fortbildungsangebote etablieren und weiterentwickeln. □

### AUTOREN

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen  
Prof. Dr. med. Rolf Schneider, Aschaffenburg



## Selbstbestimmung und Zwangsmaßnahmen

# Berufsverbände unterstützen ethische Stellungnahme der DGPPN



Die DGPPN hat im September 2014 eine ethische Stellungnahme zur „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen“ veröffentlicht. Die Berufsverbände BVDP, BDN und BVDN unterstützen diese Stellungnahme ausdrücklich und haben an deren Inhalten mitgewirkt.

Die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) soll einerseits die UN-Behindertenrechtskonvention von 2012 an deutsches Recht angepasst interpretieren und andererseits Beispiele für „rechtliche Entscheidungskorridore“ liefern. Die UN-Behindertenrechtskonvention stellt in Deutschland gültiges Recht dar, das in besonderer Weise zum Schutz der Autonomie von Menschen mit Behinderungen verpflichtet. Auch durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofes sowie durch die Reform des Betreuungsgesetzes sind in jüngster Zeit die rechtlichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt worden.

### Hilfreiche Auseinandersetzung

Die ersten Übersetzungen der UN-Behindertenrechtskonvention wurden in der Form interpretiert, dass jegliche Form von Zwangsbehandlung mit Folter gleichzusetzen sei. Dies schuf zunächst eine erhebliche Verunsicherung, stieß in der Folge aber eine ungemein wertvolle Debatte in der Öffentlichkeit und der psychiatrischen Fachwelt an.

Eine solche ethische Auseinandersetzung ist für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in Praxis und Klinik enorm hilfreich. Die Stellungnahme der DGPPN wird eingeleitet wie folgt: „Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht: Jeder Mensch hat das Recht,

*über seine Lebensführung und damit auch über Maßnahmen, die seine Gesundheit betreffen, selbst zu bestimmen. Die selbstbestimmte Entscheidung des Patienten ist dementsprechend eine Grundvoraussetzung für eine gute medizinische Behandlung.“*

Ärztliche Maßnahmen ohne Einwilligung des Patienten stehen im Konflikt mit den Grundrechten der Patienten. Zusammengefasst: Zwangsmaßnahmen dürfen nur dem Zweck dienen, den nicht selbstbestimmungsfähigen Patienten vor sich selbst oder andere durch ihn Gefährdete zu schützen, beziehungsweise den Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten – sofern möglich – wiederherzustellen.

Zwangsmaßnahmen, insbesondere Fixierungen, werden von den Betroffenen oft noch jahrelang als traumatisierend erlebt, deshalb ist es geboten, alle kommunikativen und vertrauensbildenden Maßnahmen zwischen Arzt und Patienten zuvor auszuschöpfen.

### Damit verbundene Forderungen

Die Sorge ist jedoch groß, dass die Reform der Krankenhausfinanzierung dem entgegensteht, da den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen offenbar immer weniger Rechnung getragen werden kann. Je mehr Ressourcen – insbesondere die Personalressourcen – unter Bedingungen, die denen der industriellen Fertigung gleichen, reduziert werden, umso

weniger kann ein menschliches und förderliches Klima gedeihen, und umso weniger Zeit wird man haben, um vertrauensbildende Maßnahmen durchführen zu können. Dieses geht nur im Gespräch, im Eingehen auf die Besonderheiten des in einer psychischen Ausnahmesituation stehenden Menschen, um sein spezifisches Muster erkennen zu können und zu lernen damit umzugehen. Insofern kommt auch die ethische Stellungnahme nicht ohne die Forderung nach ausreichenden Ressourcen aus.

Die Stellungnahme beschäftigt sich auch mit der Rolle des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie in der Behandlung von nicht einwilligungsfähigen Menschen. Eine solche Tätigkeit bringt die Psychiater in eine schwierige Doppelfunktion, da ihnen neben dem Behandlungsauftrag eine öffentlich-rechtliche Schutzrolle zugewiesen wird.

Das Thema Zwangsbehandlung und Selbstbestimmung muss schließlich auch in die ärztliche Weiterbildung sämtlicher Gebiete, nicht nur der Psychiatrie, aufgenommen werden. □

### AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Den Wortlaut der vollständigen DGPPN-Pressemitteilung finden Sie unter: <http://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/orientierung.html>

Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)

# Erstes Psychiatrie-Ärztenetz erhält Zertifizierung



© Rainer Klawki

Die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg bietet Chancen für eine komplexe und differenzielle Therapie – auch bei arbeitsplatz-assoziierten psychischen Störungen. Nun hat sie als erstes Psychiatrie-Ärztenetz die Zertifizierung nach § 87b SGB V erhalten.

Mit dem Berliner Ärztenetzwerk der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) wurde erstmalig ein auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung zentriertes Ärztenetz nach § 87b SGB V zertifiziert. Am 26. Juni 2014 erfolgte hierzu der Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin gemäß der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erarbeiteten Kriterien. Bislang waren ausschließlich hausärztlich zentrierte Ärztenetze zertifiziert worden, wobei erst wenige KVen (z. B. Schleswig Holstein, Westfalen-Lippe) das Zertifizierungsverfahren aufgenommen haben. Eine finanzielle Förderung ist mit der KV-Zertifizierung derzeit zwar (noch) nicht verbunden, aber die vernetzte versorgungsorientierte Arbeit im Psychiatriebereich erfährt damit eine deutliche Aufwertung.

Die Erfahrungen des PIBB-Versorgungsnetzes zeigen, dass Nervenärzte, Psychiater, Psychosomatiker, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater und nicht zuletzt interessierte Hausärzte unter Einbeziehung weiterer Leistungserbringer erfolgreich im regionalen Verbund zusammenwirken können. Im Berufsgruppen- und Sektor-übergreifenden Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG), der die Mitgliederbasis des Netzes bildet, findet der allgemeine Kooperationsprozess aller Beteiligten zu vielen verschiedenen Themenfeldern statt. In den Verträgen der PIBB zur integrierten Versor-

gung (IV) mit mehreren Krankenkassen werden nunmehr schon seit acht Jahren über die Regelversorgung hinausgehende Behandlungen ermöglicht. Die Ausrichtung an strukturierten Behandlungspfaden und der Sektor-übergreifende Einbezug des stationären Bereiches werden durch die PIBB schrittweise – so schwierig es im Alltag bisweilen auch ist – angegangen, so wie es in den von KBV und Krankenkassenverbänden festgelegten Zertifizierungskriterien auch zu Recht gefordert wird.

Die PIBB fungiert als Managementgesellschaft des VPsG und kontrahiert und organisiert die Verträge zur IV. Konkret geht es dabei um die weitflächige Umsetzung indikationsspezifischer ambulanter Komplexbehandlungen sowohl in mehreren indikationsbezogenen IV-Verträgen (DAK, BKK VBU) als auch in einem populationsbezogenen Vertrag mit der AOK Nordost.

## Behandlungen über die Regelversorgung hinaus

Unter der Koordination durch die Nervenarzt-/Psychiater-Praxis oder entsprechende MVZ kommen folgende über die Regelversorgungsmöglichkeiten hinausgehende Maßnahmen zum Einsatz:

- Psychiatrische häusliche Krankenpflege („pHKP“, seit 2006 im SGB V, aber bundesweit erst zögerlich umgesetzt)
- Soziotherapie (seit 2000 im SGB V, aber gleichfalls bislang bundesweit kaum umgesetzt)
- Ergotherapie

- Spezifische indikationsbezogene Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Rehabilitationssport

Den Versorgungsprogrammen liegt konzeptionell die Einschätzung zugrunde, dass die ambulante (Langzeit-)Behandlung psychiatrischer Patienten neben der Symptomatik auch die konkrete Funktionsstörung sowie die individuelle Lebenswelt zu berücksichtigen hat. Dies gilt vertraglich explizit für Patienten mit schizophrenen und affektiven Störungen, mit Demenz- und Angsterkrankungen, chronischen psychosomatischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Insbesondere in der Langzeitbehandlung von chronisch erkrankten Patienten ist die Zusammenarbeit mit den regionalen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und Verbundstrukturen, in denen auch oft die Möglichkeiten der Sozio- und Ergotherapie wie auch der psychiatrischen Fachpflege vorgehalten beziehungsweise aufgebaut werden, unerlässlich. Hierdurch wird zudem eine wichtige Nahtstelle zum nicht durch den SGB V finanzierten Betreuungs- und Versorgungsbereich geschaffen (Betreutes Wohnen, Kontakt- und Begegnungsstätten, Arbeitsprojekte etc.).

Als ein großer Erfolg der IV nach diesem Typus kann die Erfüllung des Vertragszieles bei den eingeschriebenen Patienten der DAK Gesundheit für 2011 gewertet werden. Das Ziel war die Reduktion der Krankenhaustage der IV-Patientengruppe gegenüber einer kas-

senintern morbiditätsadjustierten Vergleichsgruppe auf unter 30 %. Die Zielerreichung löste im Vorjahr eine beachtliche Bonuszahlung an die Psychiatrern und die PIBB aus. Eine ähnliche Situation ergab sich bezüglich der Abschlusshonorierung für 2012 bei der AOK Nordost. Offenkundig wird kasenseitig die Relevanz einer fachärztlich gesteuerten Versorgung psychisch Erkrankter für die Effizienz der gesamten Behandlungskette zunehmend erkannt; dies schlägt sich auch in einer adäquaten Honorierung nieder. Korrespondierend hierzu – wie auch zur früheren wissenschaftlichen Evaluation des Institutes für Gesundheitsökonomie, Sozialmedizin und Epidemiologie der Charité [1] – findet sich ein positiver Gesamteindruck der Psychiater und weiteren Leistungserbringer von der Sinnhaftigkeit der ambulanten Komplexbehandlung im Kontext der IV. Den Patienten geht es einfach klinisch besser, weil sie angemessener versorgt sind.

### Zielgenaue Therapieprogramme

Grundsätzlich bieten ambulante Versorgungsnetze wie die PIBB die Möglichkeit, Behandlungsprogramme zielgenau auch auf aktuelle spezifische Versorgungsanforderungen hin, zu entwickeln. So stellt sich die starke Zunahme der Arbeitsun-

fähigkeitstage (AU-Tage) aufgrund psychischer Diagnosen aus dem ICD-Bereich F3/F4 nicht nur seitens der Krankenkassen als ein gravierendes Problem dar. Überlange Wartezeiten auf Facharzt- und Psychotherapietermine, unzureichende psychiatrisch-psychosomatische Diagnostik im Primärbereich und eine daraus resultierende ungünstige Krankheitsverarbeitung bei langer AU in Form sekundären und tertiären Krankheitsgewinns kennzeichnen die Problemsituation. Hauptziel des gesonderten Vertrags ist dementsprechend die rasche Einsteuerung von Patienten nach definierten Einschlusskriterien, was über Gesundheitsberater der Krankenkassen auf spezifisch freigestellte Terminslots der Psychiaterpraxis oder des MVZ erfolgt (innerhalb einer Woche). Die Patienteneinstellung in den Vertrag ist zudem direkt über die Facharztpraxis möglich und neuerdings auch über kooperierende Hausarztpraxen. Differenzialtherapeutisch stehen dem Psychiater nach dem Aufnahme-Assessment mit besonderer Exploration der Arbeitsplatzthematik als Optionen Einzelpsychotherapie (bis zu 15 Sitzungen), Gruppenpsychotherapie (bis zu 15 Sitzungen), Ergotherapie (bis zu 10 Einheiten), berufliche Wiedereingliederung mittels Soziotherapie (bis zu 12 Einheiten) und Reha-Sport (bis zu 50

Einheiten) zur Verfügung. Das Gruppentherapiekonzept wurde eigens für die spezifische Indikation der Behandlung bei Focus „Arbeitsunfähigkeit“ entwickelt. Dieser Behandlungsmodus gliedert sich in einen Gesamtvertrag ein, der allgemein auch die ambulante Versorgung bei F3-/F4-Erkrankungen gegenüber stationärer Versorgung stärken soll. Mittlerweile sind über 500 Patienten innerhalb dieses Vertragsmodells behandelt worden. Angesichts der allseits guten Akzeptanz und der Ergebnisse ist eine Ausweitung vorgesehen.

Mit den Trägern für psychosomatische Rehabilitation (DRV Bund und DRV Land) wurde eine konkrete Zusammenarbeit verabredet, die auch hier zu einem verbesserten Schnittstellenmanagement geführt hat. □

1. Fischer F et al. Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke, Gesundheitswesen 2014; 76 (2): 86–95

Der Artikel kann über die PIBB-Homepage [www.pi-bb.de](http://www.pi-bb.de) heruntergeladen werden.

### AUTOR

Dr. med. Norbert Mönter, Berlin

E-Mail: [dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de](mailto:dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de)  
[www.pi-bb.de](http://www.pi-bb.de)

## Vergütung 2015

### KBV und GKV-Spitzenverband verhandeln Honorarplus

Ein Honorarplus von mehr als 800 Millionen € können die Vertragsärzte und -psychotherapeuten für 2015 erwarten. Darauf einigte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem GKV-Spitzenverband. Mit der Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung, für die ein Zuschlag außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) vereinbart wurde, ist der Einstieg in feste Preise gelungen. Dies war ein erklärtes Ziel der KBV.

Das vereinbarte Ergebnis liegt leicht über dem Abschluss für 2014. Eine Maßnahme, die den hausärztlichen Bereich stärkt, ist die finanzielle Förderung von Hausbesuchen

durch speziell ausgebildete Praxisassistentinnen. Auch diese Leistungen werden außerhalb der MGV bezahlt.

Für die Leistungen der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wirkt sich die Honorarerhöhung im gleichen Maß aus wie für alle anderen Fachgruppen, also mit einer Erhöhung des Orientierungswertes um 1,4 %. Hier aber muss man auch die Entwicklung der letzten Jahre ins Auge fassen: Seit 2013 sind die meisten Leistungen der Psychotherapie zu festen Preisen ausbudgetiert worden. Das ist ein großer Erfolg, an den wir in den weiteren Verhandlungsrunden anknüpfen wollen.

Denn die Verhandlungen mit den Krankenkassen gehen in den kommenden Monaten weiter. Dabei werden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes überprüft. Ein wichtiges Thema hierbei ist die Neuberechnung des kalkulatorischen Arztlohnes – schließlich beträgt die Unterfinanzierung im System weiterhin 5 Milliarden € pro Jahr. Wenn die hochwertige flächendeckende Versorgung im ambulanten Bereich weiterhin aufrechterhalten werden soll, muss sich hier etwas ändern.

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf  
Vorstandsvorsitzender der KBV



## Coaching-Kompetenz für Fachärzte

# Im Arbeitsleben gesund bleiben – der Psychiater als Coach

Psychische Probleme im Arbeitsleben nehmen zu und führen neben einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und hohem Leidensdruck der Betroffenen zu deutlichen volkswirtschaftlichen Schäden. Wir Psychiater benötigen zur Bearbeitung der spezifischen beruflichen Problematik eine Erweiterung der klassischen Beratungsform. Sehr effektiv ist der Einsatz bestimmter Coaching-Methoden.



**Abb. 1:** Beispiel für analoges Arbeiten mit symbolischen Gegenständen. Herr A. (Ritter mit Schwert) steht vor den Symbolen seines Betriebs und tritt erfolgreich gegen Gesetzgeber (Elefant), Besserwisser von außen (Schaumschläger) und angebliche Experten (Löwe) an.

Für ein Wirtschaftsunternehmen sind Gewinn und Umsatz und weniger die „gesunde“ Qualität der Beschäftigungsverhältnisse ein Gradmesser des Erfolgs. Auf der Arbeitnehmerseite vermehren sich ungünstige Konstellationen, die die psychische Gesundheit gefährden. Verschiedenste Veröffentlichungen weisen auf folgende belastende Faktoren auf der intrinsischen Ebene (Persönlichkeit des Arbeitnehmers) und auf der extrinsischen Ebene (Anforderungen des Unternehmens) hin [1, 2]:

- „Multitasking“
- Häufige Arbeitsunterbrechungen
- Erhöhter Aufgaben und Verantwortungsdruck
- Mangelnde Wertschätzung
- Eingeschränkte Karrierechancen
- Gefühl der Fremdbestimmung
- Arbeitsplatzunsicherheit
- Umstrukturierungsmaßnahmen mit Umorganisation des Arbeitsplatzes
- Menschliche Konflikte („Mobbing“)
- Mangelnde Abgrenzungsmöglichkeiten in der Freizeit
- Fehlende Bewältigungsstrategien seitens der Betroffenen
- Überhöhte Leistungsansprüche an sich selbst.

Die Berufsgruppe der Psychiater wird zunehmend mit dieser Problematik und den entsprechenden Auswirkungen konfrontiert und benötigt zur Bearbeitung der spezifischen beruflichen Problematik eine Erweiterung der klassischen Beratungsform. Sehr effektiv ist der Einsatz von Coaching-Methoden, die eine interaktive Beratungsform ermöglichen und das Lösungsrepertoire des Klienten erweitern [3].

Die ärztliche/psychiatrische Behandlungsweise entspricht einer sogenannten Expertenberatung, das heißt der Arzt/Psychiater gibt dem Patienten vor, welche diagnostischen Maßnahmen, welche Therapien oder Verhaltensweisen sinnvoll sind, damit er wieder gesund werden oder das Leid gebessert werden kann. Gerade im Fall einer belastenden Arbeitskonstellation kann ein Psychiater nicht im Sinne der Expertenberatung vorgehen, weil im beruflichen Bereich der Patient der Experte für seine spezielle Situation ist und es für einen Externen kaum möglich ist, sinnvolle Lösungen für spezifische berufliche Problemstellungen vorzugeben. Hierzu eignet sich die interaktive Beratungsform, durch die der Patient in die Lage versetzt wird, seine eigene individuelle Lösung zu erarbeiten. Die interaktive Beratungsform leitet sich aus der systemischen Therapie ab und ist gekennzeichnet durch eine „Beratung ohne Ratschlag“ [4]. Dieses Vorgehen wird möglich, indem der Berater lernt, die „richtigen“ Fragen zu stellen, um den Lösungsprozess des Patienten anzuregen. Außerdem sind weitere Maßnahmen sinnvoll, die die Resilienz und das Selbstmanagement der Betroffenen fördern.

Lösungsmöglichkeiten können sich jeweils auf der extrinsischen Ebene – auf der Seite des Unternehmens – oder der intrinsischen Ebene – auf der Seite des Klienten – ergeben. Im Folgenden werden einige Coaching-Methoden und die sich daraus ergebenden Lösungsmöglichkeiten erläutert sowie Möglichkeiten einer ressourcenorientierten und gesunden Mitarbeiterführung aufgezeigt.



## Coaching-Methoden

### Fragetechniken

Diese fünf Fragekategorien dienen dazu, den Klienten anzuregen, seine eigene Lösung zu erarbeiten.

#### Lösungsorientierte Fragen:

- Was müsste passieren, dass Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz besser fühlen?
- Woran würden Sie erkennen, dass die Situation besser wird?
- Was können Sie tun, um die Situation zu verbessern? (Eigenanteile Klient)
- Was können Sie tun, um die Situation zu verschlechtern? (Eigenanteile Klient)

Diese Fragen regen den Klienten dazu an, über Veränderungsmöglichkeiten seiner Arbeitsplatzsituation nachzudenken. Lösungsmöglichkeiten auf der extrinsischen Ebene können sich darüber ergeben, dass das Unternehmen eine Arbeitserleichterung herbeiführt. Das kann etwa durch eine Reduzierung der Aufgabenvielfalt erfolgen, durch Umorganisation oder Erweiterung des Mitarbeiterstammes. In vielen Fällen kann der betroffene Mitarbeiter, angeregt durch diese lösungsorientierten Fragen, selbst gute Ideen für entsprechende Maßnahmen entwickeln, von denen letztlich auch das Unternehmen profitiert. In manchen Fällen hat sich ergeben, dass der Klient Fortbildungsmaßnahmen (z. B. Sprach- oder EDV-Kurse, Kommunikationstraining) benötigt, um seine Aufgaben zu bewältigen.

#### Fragen zum Perspektivwechsel:

- Was würden Sie Ihrem besten Freund in der Situation raten?
- Was würde Ihnen Ihr bester Freund in der Situation raten?
- Was glauben Sie, wie Ihr Kollege/Vorgesetzter/Kunde Sie sieht?

Der Perspektivwechsel ermöglicht eine gewisse Loslösung vom Problem und eröffnet damit weitere Lösungsideen. Die Frage „Was glauben Sie, wie Ihr Vorgesetzter/Kollege/Mitarbeiter/Kunde Sie sieht?“ ermöglicht das Erkennen und die Bearbeitung von Eigenanteilen. Es kann vorkommen, dass ein Klient darüber bemerkt, dass er unfreundlich oder abwertend wahrgenommen wird und er sein Verhalten entsprechend verändern kann.

#### Fragen zur Zukunftsperspektive:

- Wo möchten Sie gerne in einem/zwei/fünf Jahr(en) stehen?
- Wie würden Sie diese Situation/dieses Problem rückblickend in zehn Jahren sehen?

Für den Klienten ist es hilfreich, seine beruflichen Zielvorstellungen und Visionen zu erkennen. Nützlich kann die Betrachtung des Problems aus einer anderen zeitlichen Dimension sein. Manchmal kommt die Idee auf, in zehn Jahren würde ich mir selbst raten, den Arbeitsplatz aufzugeben oder mich in einem anderen Unternehmen zu bewerben. Andere Lösungsideen können darin bestehen, dass der Klient für sich erkennt, dass er beharrlich Veränderungen im Unternehmen fordern könnte, oder er sich konsequenter weiterbilden könnte.

#### Fragen zur Erkennung der Ressourcen:

- Was hat Ihnen geholfen, diese (wirklich belastende) Situation so lange durchzuhalten?
- Welche Erfahrung haben Sie in ähnlich schwierigen Situationen gemacht und was hat Ihnen damals geholfen?

In Ihrer beruflichen Position haben sehr viele Betroffene schon über einen längeren Zeitraum versucht, die Herausforderungen zu meistern. Sie haben beispielsweise Arbeitsvorgänge zu Hause erledigt, ein straffes Zeitmanagement durchgeführt oder auch vor und nach der offiziellen Arbeitszeit gearbeitet. Wenn sich das Arbeitspensum durch diese Maßnahmen immer noch nicht bewältigen ließ, kann es vorkommen, dass der Klient sich unberechtigterweise als „Versager“ oder inkompetent und schwach fühlt. Die Frage, wie er diese belastende Situation so lange durchgehalten hat, ist wertschätzend und verständnisvoll. Darüber kann der Klient erfahrungsgemäß wieder Selbstvertrauen aufbauen und für sich neue Lösungswege erschließen. Manchmal fasst er Mut, sich in anderen Unternehmen zu bewerben. Die Frage nach den bisherigen Lösungskompetenzen lassen den Klienten eigene Stärken erkennen, bisherige Lösungsstrategien lassen sich häufig auf aktuelle Problemstellungen transformieren.

#### Fragen zur Potenzialanalyse:

- Welche speziellen beruflichen Fähig-

keiten/Ausbildungen/Erfolge haben/hatten Sie?

- Wo sehen Sie selbst/Ihr bester Freund/Vorgesetzter/Kollege Ihre Stärken?
- Welche besonderen Fähigkeiten/Kompetenzen im Freizeitbereich haben Sie?

Im Alltag sind sich viele Klienten nicht bewusst, welche Vielfalt von Fähigkeiten sie haben und einbringen könnten. Die oben genannten Fragen dienen dazu, diese meist nicht bewussten Potenziale zu erfassen. Wenn der Klient seine Potenziale erkennt, ist es ihm oft möglich, diese bewusster in seiner derzeitigen beruflichen Position einzusetzen und damit seinen Arbeitsalltag besser zu meistern, oder er sieht für sich andere berufliche Perspektiven wie einen Wechsel in die Selbstständigkeit oder in ein anderes Unternehmen.

#### Die Systemvisualisierung

Diese Arbeitsweise ermöglicht, ein System – ein berufliches Umfeld – mit allen Aufgaben- und Verantwortungsbereichen sowie beteiligten Personen und Hierarchien mithilfe von Moderationskarten darzustellen und im Bild zu bearbeiten. Durch diese bildliche Visualisierung werden die eigene Position und das Zusammenspiel der unterschiedlichen Systemmitglieder deutlicher. Die einzelnen Positionen können im Bild „unbefangen“ verändert werden, bis sich ein „schlüssiges“ Bild ergibt. Die im Bild vorgenommenen Veränderungen können in die Realität transformiert werden.

#### Das analoge Arbeiten

Analoges Arbeiten ermöglicht ähnlich wie die Systemvisualisierung ein System, wie ein berufliches Umfeld, im Bild zu bearbeiten, allerdings werden statt Moderationskarten Figuren eingesetzt.

Ein Beispiel (Abb. 1, Bild a): Herr A., ein Handwerksmeister, stellt mit sechs Gegenständen symbolisiert seinen Betrieb dar. Das Schneidrad symbolisiert die Präzision, das Auto die Schnelligkeit des Arbeitens und die Mobilität des Betriebes, die Fernbedienung die Kompetenzen, die Feder die Flexibilität, der Delfin die Beweglichkeit, das Herz das Engagement von Herrn A. und seinen Mitarbeitern. Er selbst steht als Ritter mit erhobenem Schwert vor dem Betrieb und verteidigt diesen vor einem Elefanten,

der den Gesetzgeber darstellt, einem Schaumschläger (die Besserwisser von außen) und einem Löwen (Leute, die angeblich Expertenwissen haben). Links im Bild symbolisieren ein Wanderbursche und ein kleines Nilpferd die potenziellen anderen Marktteilnehmer. Auf die Frage des Coachs „Gegen wen kämpfen Sie da eigentlich, gibt es da vielleicht andere Möglichkeiten?“ Verändert Herr A. daraufhin die Position des Ritters und lässt ihn gegen Gesetzgeber, Besserwisser und scheinbare Experten antreten (Abb. 1, Bild b). Er registriert dann, dass er auf die anderen Marktteilnehmer zugehen kann und bemerkt, dass damit Kraftreserven freierwerden. Er ergänzt sein Bild und nimmt noch ein paar Schuhe, damit kann er auf die anderen Marktteilnehmer zugehen, diese werden auch größer, das kleine Nilpferd wird gegen ein großes ausgetauscht. Die Marktsegmente wachsen und können größer werden. Der kämpfende Ritter ist weiter weg vom Betrieb, er verliert an Bedeutung. Die angeblichen Experten „kippen um“ und stellen keine Bedrohung mehr dar.

#### Das Arbeiten mit den fünf inneren Antreibern

Diese Arbeitsweise stammt aus der Transaktionsanalyse und wird zur Leistungsmodulation eingesetzt. Mit dieser Methode können überhöhte Leistungsansprüche an sich selbst bearbeitet werden. Das Ziel ist, die beruflichen Leistungen an die eigentlichen Erfordernisse anzupassen. Das Denkmodell der fünf inneren Antreiber (sei stark, sei perfekt, sei schnell, sei gefällig, streng dich an) ermöglicht in sehr anschaulicher Weise das Aufspüren von kräftezehrenden inneren Einstellungen, die zu Höchstleistungen antreiben, die gar nicht erforderlich sind, und wie sich diese dann kräfteschonender einregulieren lassen.

Beispiel: Häufig ist der Selbst-Anspruch an den eigenen Perfektionismus zu hoch und entspricht nicht den geforderten Ansprüchen. Die inneren Antreiber werden häufig spontan bei den Schilderungen der Arbeitssituation deutlich: „Wenn ich nicht da bin, dann geht hier alles zu langsam“ (Antreiber: sei schnell). Ein Klient äußerte: „Ich bin das Ersatzteillager, da kommt es auf Schnelligkeit

und Perfektion an“ (Antreiber: sei perfekt und sei schnell).

Eine weitere Form der Anwendung ist, dem Klienten das Modell der inneren Antreiber vorzustellen, so dass er diejenigen, die ihn besonders betreffen, erkennen kann. Sind diese erst einmal identifiziert, können sie kräfteschonender einreguliert werden, um Energie zu sparen. Für den Klienten ist häufig die Erfahrung verblüffend, dass diese Energieeinsparung meist nicht von den Kollegen/Vorgesetzten wahrgenommen wird, so dass er auch dadurch nachvollziehen kann, dass sein vorheriger Arbeitseinsatz zu hoch war.

#### Das Arbeiten mit dem inneren Team [5]

Bei dieser Arbeitsweise werden eigene Persönlichkeitsaspekte (sogenannte Teammitglieder) deutlich. Jeder Mensch besitzt in seiner Persönlichkeit unterschiedliche Anteile beispielsweise einen Macher, einen Perfektionisten, einen Kritiker, einen Professionellen, einen Abenteurer, einen Zweifler und viele mehr. Das Kennenlernen dieser inneren Teammitglieder ist sehr wertvoll, um diese etwa im beruflichen Kontext gezielt einzusetzen. Das innere Team kann, wie ein reales Team, bewusst gesteuert werden. Voraussetzung ist, dass ein „innerer Chef“ installiert wird. Dieser kann das innere Team moderieren und leiten.

Das Einsetzen des inneren Teams eröffnet neue ressourcenschonende Möglichkeiten im Umgang mit beruflichen oder auch privaten Herausforderungen, weil eigene Persönlichkeitsanteile bewusster eingesetzt werden können. Beispiel: Sehr leistungsorientierte Menschen mit einem starken „Macher“ leisten häufig mehr, als ihre eigenen Kräfte es erlauben. Aus der Sicht des inneren Teams nimmt also der Macher die Position des inneren Chefs ein. Andere Teammitglieder „spielen keine Rolle“ und bleiben „unentdeckt“. Wenn der Klient lernt, seinen inneren Chef „zu installieren“ und auch seine weiteren Teammitglieder entdecken kann, ist es ihm möglich, seine Handlungsweisen aus mehreren Perspektiven zu betrachten und zu steuern. Beim Beispiel des „Machergesteuerten“ Klienten würde stattdessen der innere Chef das Team moderieren und steuern und vielleicht

einen „Bewahrer“ oder „Freizeitbewussten“ mit einbeziehen.

#### Die Organisationsaufstellung [6]

Die Arbeitsweise der Organisationsaufstellung wurde aus der systemischen Familienaufstellung abgeleitet. Es wird dadurch möglich, ein Unternehmen systemisch abzubilden, ohne es zu beschreiben und Veränderungen einzuleiten. Die eigene Position im Beziehungsgeflecht einer Organisation wird deutlich, ebenso das Zusammenspiel der Akteure und Aufgabenstellungen. Stellt man die besten Fußballspieler der Welt als Fußballmannschaft zusammen, werden diese sehr wahrscheinlich nicht Weltmeister. Ein System, eine Organisation benötigt eine netzwerkartige Zusammenfügung als Ganzes und stellt mehr als nur die Summe seiner Teile dar. In einem System, einer Organisation sind alle miteinander verbunden, jeder sollte an seinem richtigen Platz stehen. Mit dieser Arbeitsweise können viele Fragestellungen in Unternehmen und Organisationen bearbeitet werden. Beispiele:

- Kann eine Kooperation mit Unternehmen X sinnvoll sein?
- Wie sieht der richtige Platz des neuen Mitarbeiters aus?
- Was brauchen wir, um mehr Kunden zu generieren?
- Was brauchen wir, um unser Team zusammenzuschweißen?

#### Mitarbeiterführung

##### Die systemerhaltenden Prinzipien [6]

In einer Organisation/Unternehmen arbeiten viele Einzelindividuen, die so geführt werden müssen, dass sich daraus ein Netzwerk bildet, welches effektiv und ressourcenorientiert die erforderlichen Aufgaben bearbeitet. Aus systemischer Sicht sind folgende Prinzipien einzuhalten und dienen dem Zusammenhalt einer Organisation:

- **Recht auf Zugehörigkeit.** Das bedeutet, keiner wird aus einem System ausgeschlossen, auch nicht ehemalige Gründungsmitglieder und Rentner, oder selbst gekündigte Mitarbeiter. All diese Beteiligten haben zum Erfolg des Unternehmens beigetragen. Ehemalige Gründungsmitglieder stellen die Wurzeln eines Unternehmens dar und

es kann in geeigneter Form (z.B. durch Jubiläen oder Fotos) an sie erinnert werden.

— **Recht auf Würdigung.** Zustände (z. B. eine zu geringe Auftragslage) sollten beachtet und angesprochen werden, nur dann können Lösungen entwickelt werden. Ebenso sollten Hierarchien beachtet werden, es kann hilfreich sein, diese auch auszusprechen, „Sie sind mein Chef, ich bin Ihr Mitarbeiter, ich unterstütze Sie bei dem Projekt“.

— **Ausgleich zwischen Geben und Nehmen.** Das bedeutet unter anderem, Leistungen adäquat anzuerkennen oder im Teambereich darauf zu achten, dass die Arbeitsanforderungen gerecht aufgeteilt werden.

— **Vorrang haben:**

**Der Frühere vor dem Späteren.** Der Frühere hat Vorrang vor dem Späteren bedeutet beispielsweise, dass ein neuer Vorgesetzter zunächst „vom letzten Platz“ aus führt. Wichtig ist, dass er zuerst die Kompetenz und Erfahrung des Altbewährten erkennt und würdigt, durch diese konnte das Unternehmen gegründet werden und wachsen. Danach können Veränderungen eingeführt werden.

**Die Kompetenz.** Es kann hierbei erforderlich werden, dass sich der Frühere und der Spätere gegenseitig würdigen und anerkennen und danach der Lösungsweg des Kompetenteren eingeschlagen werden kann.

**Der höhere Einsatz für das Ganze vor Einzelinteressen.** Wichtig ist die Überlebensbasis des Unternehmens und nicht irgendwelche individuellen Interessen.

### Neurobiologisch orientierte Führungsmodelle

**Ansatz nach Peters/Ghadiri [7]:**

Bei diesem Ansatz geht es darum, den Mitarbeiter so zu führen, dass sein Belohnungssystem im mesolimbischen System des Nucleus accumbens aktiviert wird. Das bedeutet im Einzelnen:

- Die Potenzialentfaltung des Mitarbeiters zu unterstützen und zu fördern.
- Den Mitarbeiter zu neuen Lösungen zu ermutigen.
- Ihm Rückmeldungen zu geben.

- Ihm Freiheit einzuräumen.
- Ihn emotional zu führen, Freude am Erfolg und Frustration bei Misserfolg mit ihm zu teilen.
- Die Kommunikation sollte auf Augenhöhe stattfinden.
- Das Handeln der Vorgesetzten und Führungsebene sollte transparent sein.

### Ansatz nach Professor Gerald Hüther [8]

Das Gehirn befindet sich gern im Standby-Modus, um es zu aktivieren, muss es begeistert werden. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass es wichtig ist, den Mitarbeiter für seine Aufgaben zu begeistern und ihm die Möglichkeit zu geben, sich mit dem Unternehmen zu identifizieren. Weiterhin ist es förderlich, seine Kompetenzen und Fähigkeiten zu erfassen. Erfahrungen werden im präfrontalen Cortex verarbeitet, links befindet sich der kognitive Anteil, rechts der emotionale Anteil. Verschiedene Erfahrungen aus ähnlichen Situationen verbinden sich und führen zu einer inneren Einstellung. Eine Ansprache oder Erklärung erreicht nur den kognitiven Anteil, nicht den emotionalen. Das Prinzip Belohnung und Bestrafung ist nicht hilfreich.

Die innere Einstellung kann nur über neue positive Erfahrungen verändert werden. Die Frage nach den Hobbies des Mitarbeiters ist sehr gut dazu geeignet, zusätzliche Fähigkeiten des Mitarbeiters zu erfassen, und ihn dort „abzuholen“ und ihn über sein Hobby zu einem Gespräch „einzuladen“ und ihn dadurch im Unternehmen „mitzunehmen“. Manche Fähigkeiten aus dem Hobbybereich können auf Problemstellungen im Unternehmen transformiert werden.

### Fazit

Der Einsatz von Coaching-Methoden ermöglicht es, Klienten/Patienten mit psychischen Problemen im Arbeitsleben effektiv zu beraten und ihnen zu ermöglichen, eigene Lösungswege zu finden. Die Arbeitsweise, insbesondere das Einsetzen der Fragetechniken, ist erfahrungsgemäß zeitlich sehr effizient und lässt sich sehr gut in den Praxisalltag integrieren. Die dargestellten Coaching-Methoden und Kenntnisse im Bereich von Führungsmodellen, ermöglichen es dem Psychiater unter anderem auch, beratend im Bereich von Präventionsprojekten in Unternehmen tätig zu werden. □

### Seminar Coaching-Kompetenz

Der BVDN bietet seit Mitte 2012 das Fortbildungsseminar: „Coaching-Kompetenz für Fachärzte“ an, das mit dem Zertifikat „Coach BVDN“ abgeschlossen wird. In diesem Seminar werden unter anderem die dargestellten Coaching-Techniken und Führungsmodelle vermittelt. Bis Ende 2014 werden zirka 70 Fachärzte ausgebildet sein. Die Rückmeldungen der Teilnehmer ergaben, dass etwa ein Drittel die erlernten Coaching-Methoden schwerpunktmäßig in der Praxis am Patienten einsetzt, ein Drittel setzt auf Einzel-Coachings in individuellen Bereichen, wie Coaching von Lehrern, Mitarbeitern oder im Bereich spezieller Sportarten. Ein Drittel setzt den Schwerpunkt auf Präventionsprojekte im Bereich von Unternehmen. Das Feedback der Seminarteilnehmer ist sehr positiv, das Seminar wird als sehr praxisrelevant, effizient und gut durchorganisiert empfunden. Die Coaching-Methoden werden in Kleingruppen unter Begleitung des Ausbildungsteams geübt.

Weitere Informationen:

[www.bvdn.de](http://www.bvdn.de), Rubrik: Coach BVDN.

### Literatur

1. Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist. Burnout und Arbeitswelt. Vortrag Lindauer Psychotherapiewochen 2012, [www.lptw.de/archiv/vortrag/2012/siegrist.pdf](http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2012/siegrist.pdf)
2. Stressreport Deutschland 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
3. Rauen C. Coaching. 2008, Verlag Hogrefe, Göttingen.
4. Radatz S. Beratung ohne Ratschlag. 2008, Verlag systemisches Management, Wien
5. Schultz von Thun F. Miteinander Reden, Bd. 3, Das innere Team und situationsgerechte Kommunikation. 2007, Rowohlt Verlag, Reinbek
6. Horn KP, Brick R. Das verborgene Netzwerk der Macht. 2006, GABAL Verlag Offenbach
7. [#Ansatz\\_nach\\_Peters. 2FGhadiri](http://de.wikipedia.org/wiki/Neuroleadership)
8. Prof. Gerald Hüther, Vortrag: Führen mit Hirn, am 05.06.2013 in Osnabrück

### AUTORIN

**Dr. med. Annette Haver, Gütersloh**  
Coach DBVC, Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie  
E-Mail: [annette.haver@t-online.de](mailto:annette.haver@t-online.de)

Menschen mit erworbener Hirnschädigung im mittleren Lebensalter

# Herausforderung: organisch-psychische und neuro-kognitive Defizite

Werden wir der Versorgung von Menschen mit organisch-psychischen Störungen und neurokognitiven Defiziten, vor allem denen im Ausbildungs- und Arbeitsalter zwischen dem 20. und dem 65. Lebensjahr gerecht? Eine Herausforderung für Neurologie und Psychiatrie, die wir neben den Problemen der Altersmedizin nicht vergessen dürfen!

## Worum geht es? Eine Fallvignette

E.F., 21 Jahre alt, ledig, sportlich, Landschaftsgärtner mit festangestellter Tätigkeit in einem kleinen mittelständischen Betrieb, erleidet privat einen Mopedunfall mit Polytrauma. Trotz Helm kommt es zum Schädelhirntrauma dritten Grades (Hirnuquetschung und Hirnödeme), es folgen drei Wochen Koma, fünf Wochen Intensivstation und Akutbehandlung mit Druckmonitoring etc., dann acht Monate neurologische Frührehabilitation und stationäre Rehabilitation Phase C. Die Entlassung erfolgt nach Hause in eine Kleinstadt im Rheinland. Zustand bei Entlassung aus der Rehaklinik: gehend mobil aber supervisionsbedürftig, geringe körperliche Defizite, geringe Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, aber körperlich und geistig sehr minderbelastbar, gestört in Störungseinsicht, Handlungs- und Planungsfähigkeiten und Verhaltensregulation. Sozialmedizinische Beurteilung der Rehaklinik: arbeitsunfähig, Erwerbsprognose offen, laut Klinik noch nicht überschaubar, eher positiv: Pflegestufe 1 bereits beschieden und Schwerbehindertenantrag gestellt, aber noch nicht beschieden bei Entlassung. Die entlassende wohnortferne Reha-Klinik empfiehlt „haus- und fachärztliche Behandlung, ambulante Ergo- und Physiotherapie und neuropsychologische Behandlung sowie eine stationäre Intervallrehabilitation in sechs Monaten zur Klärung der Erwerbsprognose und weiteren Behandlung“.

Was nun? Ist unser GKV-System der nachgehenden ambulanten Betreuung dieses jungen Mannes fach- oder hausärztlich oder begleittherapeutisch gewachsen?

Die medizinische Versorgung wird wohl klappen. Wie steht es aber um die Behandlung der kognitiven und organisch-psychischen Probleme, wenn der nächste Neuropsychologe 50 Kilometer entfernt residiert? Können wir die psychosoziale Gefährdung des Patienten beherrschen? Wer unterstützt die Familie in der alltäglichen Lebensführung? Wie vermittelt man Tagesstruktur und erhält die Chancen für eine Rückkehr in das Berufsleben? Es ist sehr zweifelhaft, ob die derzeitigen nachsorgenden medizinischen und sozialen Systeme die absehbaren Probleme des 22-jährigen „Hirnorganikers“ angemessen erkennen und lösen. Es steht zu befürchten, dass hier nicht unbedingt das Medizinische, aber doch das Sozialmedizinische und Soziale aus dem Ruder laufen wird. Wäre E.F. in einem Arbeitsunfall verunglückt, wären seine Aussichten auf bessere Versorgung und einen besseren Ausgang in Trägerschaft der Unfallversicherung ungemein größer.

(26 %) [1]. Diese Probleme sind vordergründig oft nicht sichtbar und werden von der Umwelt (gelegentlich auch von Professionellen) übersehen und fehlgeleitet. Für die betroffenen Menschen mit erworbener Hirnschädigung (MeH), ihre Lebensführung und für ihre Re-Integration ins Leben sind sie aber höchst relevant [2, 3]. Die Rückkehr in die Arbeitswelt ist bei vermeintlich leichtgradig Betroffenen gerade durch diese Probleme gefährdet; etwa 20 % dieser Patienten drohen ihre Lebensstrukturen und sozialen Bezüge zu verlieren – und die Gesellschaft deren Arbeitskraft.

Auch wenn vielen MeH der Weg zurück ins Leben gelingt, sind unsere bisherigen neurologischen, psychiatrischen, nervenärztlichen Konzepte und die psychopharmakologischen und soziotherapeutischen Hilfen – auch bei leichtgradig Betroffenen – häufig sehr begrenzt. Neuropsychologische und verhaltensregulierende Behandlungsmöglichkeiten sind nur bedingt und keineswegs flächendeckend verfügbar. Komplextherapie in ambulanten Netzwerken oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen fehlen häufig, weil die traditionellen wohnortfernen stationären Reha-Betten die ambulanten Reha-Plätze im Verhältnis 93:7 dominieren. Die soziale Integration und die Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt scheitern meist an den Versorgungssektoren und am Wechsel der Trägerzuständigkeit. Die stufenweise Wiedereingliederung misslingt bei MeH oft, weil eine therapeutische Begleitung (Coaching) nur bedingt vorgesehen ist (hier besteht ein qualitativer Unterschied zur Integration zum Beispiel bei ortho-

Die organisch-psychischen Störungen und Einschränkungen der neurokognitiven Funktionen nach erworbenen Hirnschädigungen stellen weit größere Herausforderungen dar als die körperlichen Einschränkungen. Zur Erinnerung: Nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT) oder Schlaganfall finden sich be-

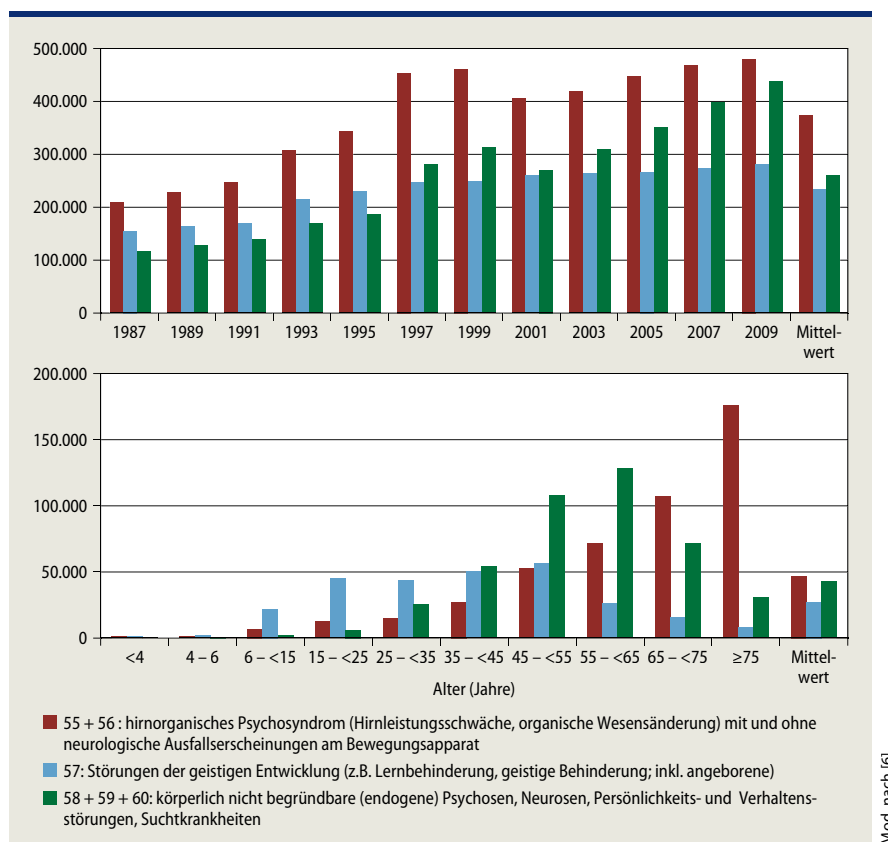
sonders häufig Gedächtnisstörungen (49 %), Müdigkeit (41 %), erhöhtes Schlafbedürfnis (39 %), Irritierbarkeit (36 %), Verlangsamung (34 %), Aufmerksamkeitsprobleme (31 %), Angst (31 %), Ablenkbarkeit (30 %), Benommenheit (27 %), Lärmintoleranz (26 %), Kopfschmerzen (26 %) und Antriebslosigkeit



pädischen Leiden). Das Instrument der Belastungserprobung und Arbeitstherapie steht zwar im SGB V § 42 als Kassenleistung, ist aber nicht definiert und nicht finanziert. Unterstützte Beschäftigung und andere Integrationshilfen werden selten und zu spät eingesetzt. Der zweite Arbeitsmarkt und tagesstrukturierende ambulante/teilstationäre Nachsorgeeinrichtungen, aber auch gestaffelte Wohnangebote mit Förderkonzepten und ambulante Hilfen der Eingliederungshilfe, sind allenfalls als Leuchtturmprojekte verfügbar. Den oft schwierigen sozialen Problemlagen gerade bei Hirngeschädigten mit ihren organisch-psychischen und neurokognitiven Problemen stehen die Versorgungsmedizin und die Systeme der sozialen Sicherung (Eingliederungshilfe) oft hilflos gegenüber. Leichter und mittelgradig Betroffene (und ihre soziale Umgebung/Familie) verlieren nicht oft wegen der Schwierigkeiten der psychosozialen Anpassung und der sozialverträglichen Integration ihre sozialen Bezüge, sie regredieren und entwickeln nicht selten psychiatrische Sekundärprobleme und Chronifizierungsfolgen („spiral of deterioration“) [4]. Eine kürzlich publizierte multizentrische Studie aus Nordamerika zeigte sogar, dass über die Hälfte von 4.500 untersuchten Obdachlosen an den Folgen erworbener Hirnschäden leiden [5]. Bei uns dürfte es ähnlich sein. Ein Blick über den Tellerrand in angloamerikanische oder skandinavische Gesundheitssysteme wäre lohnend, denn dort wird wesentlich mehr und früher ambulant und sozialräumig rehabilitiert und Beratung, Therapieplanung sowie die Interventionen und Hilfen rücken sehr viel näher ins Lebensumfeld des Patienten als bei uns („community ambulation“, „early supported discharge, shared care“, „supported employment, on-the-job rehabilitation“).

### Neue, ambulant wirksame Konzepte sind gefragt

Neue, ambulant wirksame Konzepte sind gefragt, um eine weitere Fehl- und Unterversorgung der „Hirnorganiker“ zu vermeiden – wie die neurologische Reha-Phase E und ähnlich Konzepte in der psychiatrischen Reha. Im Dezember 2013 haben die Träger der Bundesar-



**Abb. 1:** Daten aus der Analyse der Schwerbehindertenstatistik der Bundesrepublik Deutschland (DeStatis). Oben: Quantitative Entwicklung der Behinderungsgruppen von 1987 bis 2009 (GdB >50, Erstdiagnosen im Verlauf seit 1987); unten: GdB in der Verteilung auf Altersdekaden.

beitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR Frankfurt 2013; [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)) nach einem mehrjährigen Beratungsprozess „Empfehlungen zur Rehabilitationsphase E“ definiert, in der es nachgehend und nachsorgend um die Sicherung des Rehabilitationsergebnisses, um die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und (Wieder-)Eingliederung in das Ausbildungs- und Arbeitsleben, um das Leben in der Gemeinschaft und Unterstützung des sozialen Umfeldes gehen soll. Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation hat die Phase E als „Brücke zur Inklusion“ definiert und Anfang 2014 eine korrespondierende umfangreiche Expertenstellungnahme veröffentlicht (DVfR Stellungnahme und Expertenpapier zur neurologischen Reha-Phase E als Brücke zur Inklusion 2014; [www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)). Die Reha-Phase E und deren Leistungen und Hilfen können auch als Blaupause für die Entwicklung psychiatrischer und psychosomatischer Komplexleistungen

dienen: Definiert, erläutert und sozialrechtlich zugeordnet finden sich in dem BAR-Papier über 170 Einzelleistungen für eine nachgehende Versorgung und Überleitung in die ambulante Nachsorge.

Der Leistungskatalog der Reha-Phase E kann, wenn er in der Versorgung auch wirklich umgesetzt und angewendet wird, eine wesentliche Verbesserung für die Patienten mit organischer Hirnschädigung und hier speziell, denen mit den genannten organisch-psychischen und neurokognitiven Problemen bringen. Speziell die ambulante Psychiatrie, Neurologie und Nervenheilkunde sollten sich für diese Aufgaben befähigen und zügig regionale Netzwerke der integrierten Versorgung sowie der ambulanten Komplextherapie und Rehabilitation etablieren. Das wird aber nur dann funktionieren, wenn die Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung den drängenden Versorgungsbedarf erkennen und die Leistungen der sozialen Integra-

tion (auch trägerübergreifend) finanzieren. Die in Vorbereitung befindlichen neuen Konzepte für eine umfassende neuropsychiatrische Versorgung (NPV) mit ambulanten mono- und komplextherapeutischen Angeboten müssen die Probleme der Hirnorganiker und MeH ebenso dringend beachten wie die der Patienten mit körperlich nicht begründbaren Psychosen.

### Es geht nicht um eine Randgruppe der Gesellschaft

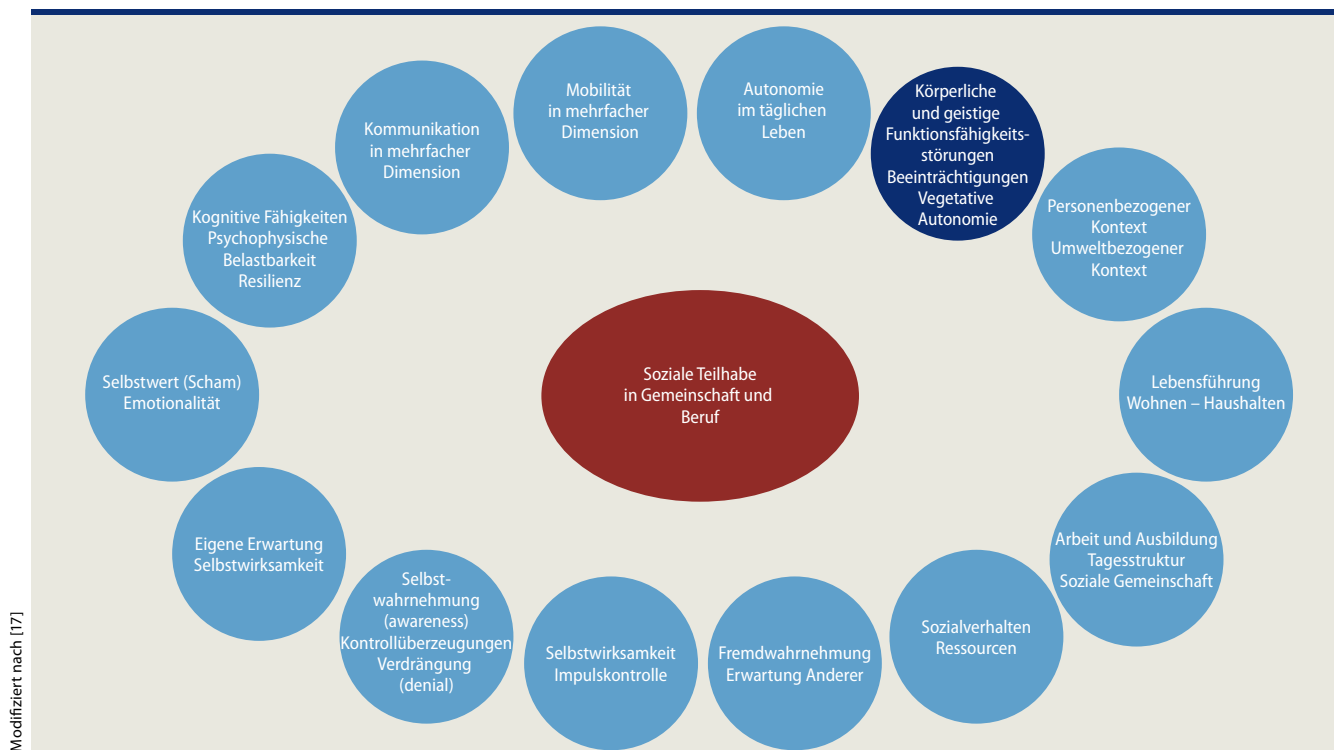
Die organisch-psychischen Folgen von Schlaganfall und Vasculopathien, SHT, Enzephalitis und Meningitis, MS und degenerativen Hirnerkrankungen, aber auch von Enzephalopathien nach langer Beatmung oder Hypoxieschäden nach Herzinterventionen und Reanimation sind durchaus häufig. Besonders relevant: Betroffen ist auch die Altersgruppe der 20- bis 65-Jährigen, also die Klientel der Ausbildungs- und Arbeitswelt. Die Schwerbehindertenstatistiken des Bundes und der Länder zeigen, dass die Gruppe der Schwerbehinderungen durch „hirnorganisches Psychosyndrom, Hirnleistungsschwäche, organische Wesensänderung mit und ohne neurologische Ausfälle am Bewegungsapparat“ in der Gesamtzahl (**Abb. 1**, oben) und auf Altersdekaden (**Abb. 1**, unten) bezogen sogar die Gruppen der Menschen mit Behinderungen der geistigen Entwicklung oder der mit seelischen Behinderungen zunehmend übertrifft. Dies ist dem einzelnen Arzt aber auch den medizinischen und sozialen Versorgungssystemen bislang nicht ausreichend bewusst. Eine Umfrage mit diesen Daten an die Konferenz der Repräsentanten der Sozialministerien der Länder (ASMK 2013) stieß kürzlich auf großes Erstaunen [7]. Die aktuelle Entwicklung eines Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und die Reform des Rehabilitationsgesetzes (SGB IX) sollten diese Hinweise auf eine potenzielle Unter- und Fehlversorgung berücksichtigen.

### Problemerkennung in Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde

Man findet die Phänomenologie der organisch psychischen Störungen, an der viele der Patienten mit erworbenen Hirnschäden mehr oder weniger ausgeprägt leiden, nicht in den klassischen Fachbüchern der Neurologie, aber im triadischen Ordnungssystem der Psychiatrie beschrieben: Gross und Huber [8] differenzieren die klassischen Prägnanztypen der körperlich begründbaren Psychosen als „chronisches pseudoneurasthenisches Syndrom“ mit reizbarer Schwäche, Veränderung der affektiven Reaktivität (u. a. gesteigerter Erregbarkeit) und Asthenie (u. a. Konzentrationsschwäche, abnorme Ermüdbarkeit) und als „organische Persönlichkeitsveränderung“ mit Zuspitzung, Abschwächung differenzierter Züge, Veränderungen von Grundstimmung und Antrieb, Verlangsamung, Haften. Helmchen [9] weist im Zusammenhang mit organischer Hirnschädigung auch auf sogenannte „unterschwellige psychische Störungen unterhalb operationalisierter ICD-Diagnosen“ hin. Götter et al. [10] beschreiben sehr differenziert die verschiedenen Probleme, die bei minimalen zerebralen Dysfunktionen unterhalb der testpsychologischen Nachweisschwelle im Zusammenhang mit der sozialen Integration auftreten können. Auch die psychosomatische Rehabilitation kennt mittlerweile zunehmend die „mild cerebral dysfunction“ (MCD) des Erwachsenen [11]. Die Forschung zur Phänomenologie und Be-

# Hier steht eine Anzeige.





Modifiziert nach [17]

**Abb. 2:** Biopsychosoziale Faktoren die im Rahmen der medizinischen und sozialen Rehabilitation von Menschen mit Hirnschädigung besonders bedacht werden müssen.

handlung des Neuro-Fatigue mündet in eine ähnliche Richtung und zeigt die hohe Prävalenz der Probleme [12, 13, 14].

In der (deutschsprachigen) Literatur zur neuropsychologisch-holistischen und teilhabeorientierten Rehabilitation werden die Probleme mit der Erkennung und Behandlung des organischen Psychosyndroms, des pseudoneurasthenischen Syndroms und der psychophysischen Minderbelastbarkeit des Hirnorganikers aufgegriffen und mit therapeutischen Empfehlungen beschrieben [15, 16, 17, 18]. Auch Supprian und Naumann [19] haben unter dem Titel „Neuropsychiatrie – Psychiatrische Symptome bei neurologischen Erkrankungen“ eine Übersicht der Probleme publiziert.

Die kurative Medizin droht im stationären und ambulanten Bereich die organisch-psychischen und neurokognitiven Dinge zu übersehen. Die Einführung der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie in die GKV im Jahr 2012 hat die Zulassung, Sonderzulassung und Ermächtigung von 100 Neuropsychologen (Stand März 2014) beflügelt. Eine Hinwendung einiger neu-

ropsychiatrischer Fachärzte zur kognitiven Neurologie hat den Versorgungsbedarf jedoch noch nicht wirklich entschärft. In der neurologischen Rehabilitation scheint das Erkennen (testpsychologisches Messen und Verhaltensbeobachtung) von organisch-psychischen und neurokognitiven Problemen der neurologischen Patienten bedarfsgerecht zu erfolgen. In den therapeutischen Interventionen unterscheiden sich dann die Dinge von Klinik zu Klinik und durchaus auch von Reha-Träger zu Reha-Träger wieder sehr. In den manchmal sehr kurzen Reha-Maßnahmen von drei bis vier Wochen Dauer ist nicht genügend Zeit. Möglicherweise fehlen gelegentlich auch die personellen Ressourcen für neuropsychologische Behandlung oder neuropsychologisch orientierte Ergotherapie oder die Prioritäten der Reha-Maßnahme werden anders gesetzt. Über diese Unterschiede in der Qualität der Versorgung oder über etwaige Ergebnisunterschiede wird nicht offen und transparent gesprochen. Der Betroffene, seine Angehörigen und nicht einmal die nachbehandelnden Ärzte haben Zugriff

auf diese Qualitätsunterschiede. Der Sachverständigenrat der Bundesregierung für das Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2014 in Kapitel 4 auf diese Problemlagen hingewiesen.

### Was ist nötig?

Eine erfolgversprechende Bearbeitung, Behandlung und Versorgung und das Erreichen und Wiedererreichen von sozialer Teilhabe nach organischer Hirnschädigung erfordert von den Beteiligten – speziell von den Fachärzten – die Beachtung der biopsychosozialen Faktoren des Krankheitsfolgenkonzeptes der WHO [17] (**Abb. 2**)

Die Medizin muss lernen, nicht nur die Ordnungsprinzipien der ICD, sondern auch die des Krankheitsfolgenkonzeptes der WHO, die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; [www.dimdi.de/static/de/klassi/icf](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf)) zu ergründen. Behandelt werden müssen Funktions- und Fähigkeitsstörungen, Beeinträchtigung der Aktivitäten und Behinderung der Teilhabe unter Berücksichtigung der individuellen personen- und

umweltbezogenen Kontextfaktoren (ICF Praxisleitfäden BAR Frankfurt; [www.bar-frankfurt.de/50.html](http://www.bar-frankfurt.de/50.html)). Daneben sind folgende weitere Veränderungen wichtig:

- Besseres (früheres) Erkennen und Aufgreifen der psychosozialen Problemlagen der Patienten mit organisch-psychischen und neurokognitiven Problemen, vor allem auch der leichten und mittelgradigen Formen des MeH (siehe z. B. Brain-Check-Konzept der DGUV) [20].
- Kompetente Information und Beratung des Betroffenen und seines sozialen Netzes, Bedarfserkennung für Therapien und sonstige Hilfen, Planung, Umsetzen und Erfolgskontrolle der Interventionen (und diese Aufgaben der koordinierenden Fallbegleitung anerkennen und als spezifische Leistung personenbezogen finanzieren).
- Regionale Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Rehabilitationsstrukturen; komplexe Nachsorgenetzwerke gründen, selbst um den Preis, die stationären Prozesse zu verkürzen und stationäre Strukturen zu reduzieren und umzuwandeln.
- Umsetzung der Empfehlungen der Reha-Phase E und Verfügbarmachung des Leistungsspektrums, wobei einige Phase E-Leistungen deutlich besser leistungsrechtlich verankert werden müssen als bisher.
- Die Neuropsychologie muss sich als diagnostische und therapeutisch versorgende Disziplin etablieren (Kompensation und Anpassung erfordern mehr als EDV-basiertes Üben einzelner Funktionen) und in der Versorgung flächendeckend verfügbar werden.
- Die medizinischen und sozialen Leistungsangebote flexibler gestalten als bisher (ggf. auch in aufsuchender, mobiler Form).
- Medizinische und soziale Rehabilitation müssen zusammenrücken und ge-

zielt und frühzeitig die Ziele der gesellschaftlichen Teilhabe (Tagesstruktur/Ausbildung/Arbeit *und* Lebensführung und Wohnen) reflektieren.

- Leistungsbedarfe personenzentriert nicht angebotszentriert (und trägerübergreifend gültig) ermitteln und mit den Betroffenen und ihren sozialen Netzwerken, aber auch mit den Trägern sozialer Leistungen abstimmen (Fallkonferenz-Teilhabeplanung als finanzierte Leistung vorsehen). □

---

#### LITERATUR

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

#### Dr. med. habil. Paul Reuther

Zentrum für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge, Neurologische Therapie RheinAhr  
Bad Neuenahr-Ahrweiler  
E-Mail [reuther@neuro-therapie.de](mailto:reuther@neuro-therapie.de)

Anzeige

# Hier steht eine Anzeige.



## Qualitative Experteninterviews zum Thema „Burnout“

## Prävention ist nötig – und möglich

„Burnout“ ist ein häufiger Grund für Krankschreibungen und therapeutische Behandlung. Obwohl in den Medien wie auch unter Fachleuten heftig diskutiert, fehlt ein Konsens zur Definition von Burnout weitestgehend. Wie denken Stakeholder aus der Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychologie über die Notwendigkeit, Burnout als eigenständige Diagnose zu definieren? Vor diesem Hintergrund erhob die Autorin im Rahmen ihrer Bachelorarbeit vier Experteninterviews.

Es gibt eine Vielzahl von Versuchen, Burnout zu definieren, denen unterschiedliche Annahmen über Symptome, Ursachen und Verläufe zugrunde liegen. Viele Symptome können auch bei anderen Erkrankungen auftreten und keines davon ist alleinstehend spezifisch für Burnout [1]. Burnout ist bisher keine eigenständige Diagnose in den Klassifikationssystemen wie dem ICD-10 oder dem DSM-5 und kann lediglich als Zusatzdiagnose – „Problemgebiete verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ – kodiert werden. Die dennoch verzeichnete Zunahme von Burnout-Diagnosen und Krankheitsstagen in den Jahren 2004 bis 2012 zeigt, dass Burnout eine bedeutende Rolle im Krankheitsgeschehen in Deutschland zugesprochen wird (Abb. 1) [2]. Häufig wird Burnout auch gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen kodiert. Interessant hierbei ist, dass Burn-

out – im Gegensatz zu Depression – häufiger bei mittlerem und hohem als bei niedrigerem sozio-ökonomischen Status diagnostiziert wird (Abb. 2) [3]. Es wird diskutiert, dass sich hinter den gestiegenen Arbeitsunfähigkeitsdaten aufgrund psychischer Erkrankungen vor allem im zunehmenden Alter auch Burnout verbirgt (Abb. 3) [4].

Um falschen Auffassungen und Vorgehensweisen bei Burnout entgegenzuwirken hat die DGPPN bereits 2012 ein Positionspapier zum Thema veröffentlicht, das Burnout als Risikozustand definiert, der durch chronischen Stress zu Folgeerkrankungen führen kann [5]. In der aktuellen Diskussion wird sowohl die Ansicht vertreten, dass es sich bei Burnout nur um eine Modediagnose handle als auch die Auffassung, dass Burnout nur ein anderer Begriff für eine andere Erkrankung wie eine Depression sei. Deshalb interessierte, inwieweit

Stakeholder Burnout als eigenständige Diagnose für relevant halten.

### Methode

Gewählt wurde eine explorative Untersuchung. Es wurden vier Personen interviewt, die nach dem Prinzip möglichst großer Kontraste von im Feld tätigen Berufsgruppen ausgewählt wurden. Es handelte sich um einen **Arbeitsmediziner**, der in leitender Funktion im Gesundheitsmanagement eines deutschen Automobilunternehmens tätig ist, um eine niedergelassene **Allgemeinmedizinerin**, einen in einer Psychosomatischen Fachklinik leitend tätigen **Psychologen**, der zum Thema promoviert, und einen **Psychiater**, der eine psychiatrische Universitätsklinik leitet. Das Experteninterview gilt als ein gering strukturiertes Erhebungsinstrument und kann Betriebs- und Kontextwissen gleichermaßen erheben [6]. Die vier Interviews wurden mit einem teilstrukturierten Leitfaden im März und April 2014 persönlich mit Tonbandaufnahme durchgeführt. Die im Leitfaden angesprochenen Themen waren die gestiegenen Arbeitsunfähigkeitsdaten aufgrund von Burnout, Fragen zu Diagnostik, dem Zusammenhang von Burnout und Depression und zur Berechtigung einer eigenständigen F-Diagnose „Burnout“ in der ICD-Klassifikation sowie Fragen zu Tabuisierung und Stigmatisierung. Die Interviews wurden in Anlehnung an die Methode nach Meuser und Nagel [7] in sechs Schritten ausgewertet.

### Bedeutung der Diagnose Burnout

Die Interviewten sind sich weitgehend einig, dass Burnout eine hohe gesellschaftliche Bedeutung hat und es einer

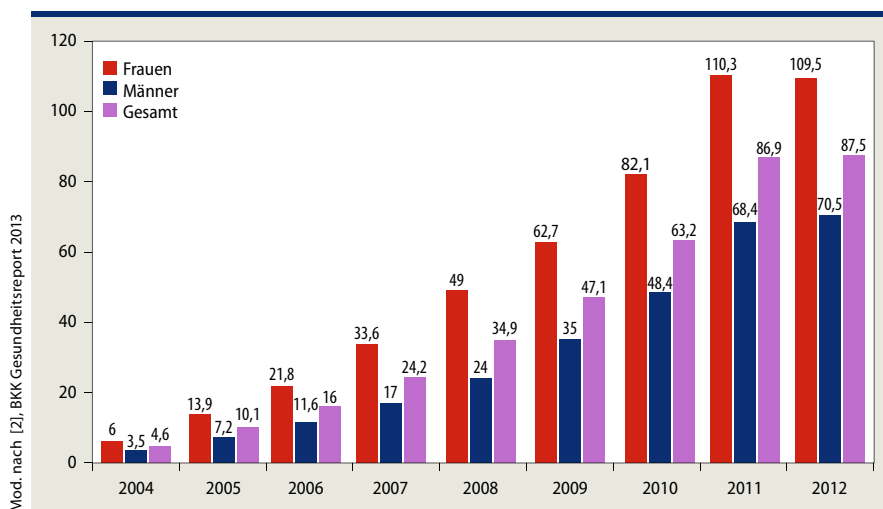


Abb. 1: Krankheitsstage aufgrund des Burnout-Syndroms von 2004 bis 2012

fachlichen Diskussion bedarf. Der Arbeitsmediziner vergleicht Burnout mit Elektrosmog, der „alles und nichts“ ist. Er ist dennoch davon überzeugt, dass sich hinter dem Begriff Burnout etwas verbirgt und beobachtet, dass oftmals Angestellte betroffen sind, die er als „Leistungsträger“ bezeichnet. Der Psychologe sieht in Burnout eine krankheitsrelevante Behandlungsnotwendigkeit und eine bedeutsame Diagnose für Erstversorger. Er begründet dies damit, dass die Einweisungen und Krankenschreibungen aufgrund von Burnout vorgenommen haben. Er sieht in Burnout zunächst keine klassifizierte Krankheit, sondern eine Erklärung für eine mögliche Folgeerkrankung. Außerdem betrachtet er Burnout als einen Prozess und sieht in der Diagnose Neurasthenie „das alte Burnout-Konzept“. Ihn interessiert hauptsächlich die Entstehungsgeschichte und nicht so sehr die Symptomatik. Die Allgemeinmedizinerin begreift Burnout als eine individuelle Diagnose, die sich durch bestimmte Umstände äußert und sieht darin ein „Phänomen unserer Zeit“. Der Psychiater betrachtet Burnout ebenfalls als keine klassifizierte Krankheit, sondern als einen Begriff der Arbeits- und Organisationspsychologie und als eine sinnvolle Zustandsbeschreibung mit dem einhergehenden Risiko in der Folge psychisch oder physisch zu erkranken.

### Suche nach den Burnout-Ursachen

Der Psychiater und die Allgemeinmedizinerin sehen die gestiegene psychische Belastung durch die Arbeitswelt, die größere Aufgabenvielfalt, das beschleunigte Tempo und ständig neu erforderliche Lernprozesse durch die Computerisierung als ursächlich für Burnout an. Die Allgemeinmedizinerin weist auf die notwendige Work-Life-Balance hin und vertritt die Auffassung, dass die Bereiche Arbeit, Freundschaft und Freizeit derzeit überwiegend unausgeglichen gelebt werden. Der Arbeitsmediziner weiß um die Ursachensuche in der Arbeitswelt. Er dagegen sieht die Entstehung ursächlich mit der persönlichen Disposition verbunden. Das zunehmende Spannungsfeld von äußeren Erwartungen, die durch die Gesellschaft an eine Person herangetragen werden, und inneren

Erwartungen der Betroffenen an sich selbst betrachtet er als relevanten Faktor für eine Burnout-Entstehung. Er begründet seine Auffassung damit, dass „andere Menschen in gleichen Belastungssituationen nicht erkranken“. Er schätzt das Wertesystem der Betroffenen als ausschlaggebende Komponente für eine Burnout-Entstehung ein. Der Psychologe gibt eine vergleichbare Antwort auf die Frage der Ursache. Er betrachtet Persönlichkeitsmerkmale als Auslöser für Burnout. Seiner Meinung nach nimmt das Streben nach Perfektionismus eine tragende Rolle für die Entstehung von Burnout ein. Er beschreibt innere Antreiber, wie „Ich muss immer alles unter Kontrolle haben!“ oder „Ich muss immer volle Leistung zeigen!“. Diese inneren Antreiber können zunächst zu Erfolg führen, aber unter bestimmten Umständen auch den Weg für Burnout ebnen.

### Verhältnis von Burnout und Depression

Der Arbeitsmediziner begreift Burnout als Depression und begründet dies so: „das, was unter einem Burnout verstanden wird, ist auch immer eine Depression“. Burnout ginge stets mit einer depressiven Verstimmung einher und umgekehrt sei eine Depression nicht zwangsläufig ein Burnout. Der Psychologe beschreibt die zeitliche Abfolge von Burnout und Depression als unterschiedlich. Die Allgemeinmedizinerin sieht einen fließenden Übergang von Burnout zu Depression und leitet daraus ebenfalls die zeitliche Abfolge als möglichen Unterschied ab. Sie bewertet Burnout als ein kurzfristiges Symptom und eine Depression als langfristige Phase. Der Psychiater nimmt hierzu die Diagnosekriterien an die Hand und spricht von einer Depression, wenn zwei der drei Basissymptome und drei akzessorische Symptome über einer Dauer von mindestens 14 Tagen erfüllt sind. Wenn dies nicht der Fall ist, kann seiner Meinung nach ausschließlich von einem „Risikozustand“ gesprochen werden.

### Aufnahme als eigenständige F-Diagnose in die ICD-11

Die Aufnahme von Burnout als eigenständige F-Diagnose in die ICD-11 se-

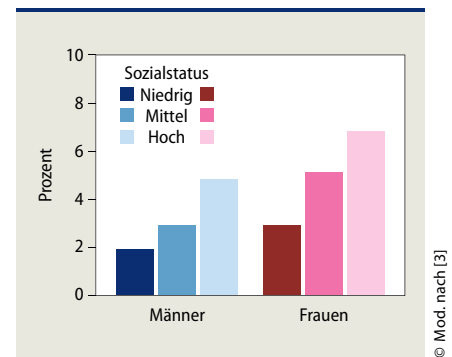


Abb. 2: Diagnose „Burnout“ („jemals Burnout diagnostiziert“) nach sozioökonomischem Status

hen der Arbeitsmediziner und der Psychiater als nicht sinnvoll an. Der Psychiater sieht lediglich die Notwendigkeit beim „Risikozustand“ Burnout gezielte Präventionsmaßnahmen einzuleiten. Dem Arbeitsmediziner reicht der bestehende ICD-Katalog aus, um dem Patienten eine Diagnose zu geben. Dem stimmt die Allgemeinmedizinerin zunächst zu. Trotzdem plädiert sie für die Aufnahme von Burnout als eigenständige F-Diagnose, um exakte diagnostische Kriterien zu schaffen. Außerdem ist sie der Meinung, dass Burnout als Krankheit anerkannt werden sollte. Der Psychologe tendiert ebenfalls zur Aufnahme einer eigenständigen F-Diagnose in die ICD-11. Er jedoch fordert als Voraussetzung eine Expertenkommission, die klar definierte Kriterien festlegt, so dass Burnout allgemeingültig definiert ist. Er beurteilt die bisherige Forschung auf diesem Gebiet als „problematisch und nicht zielgerichtet“. Aus seiner Sicht ist die Grundlagenforschung bei Burnout unsystematisch vorgegangen. So erklärt er sich, warum man auf Hilfskonstrukte wie andere Diagnosen angewiesen ist. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass im DSM-5 auch diskussionswürdige Erkrankungen aufgenommen wurden, sieht er es angesichts der hohen gesellschaftlichen Relevanz als „niederschmetternd“ an, dass Burnout nicht klassifiziert ist.

### Tabuisierung von Burnout

Mit Ausnahme der Allgemeinmedizinerin sind sich die Experten einig, dass Burnout heutzutage kein Tabu mehr

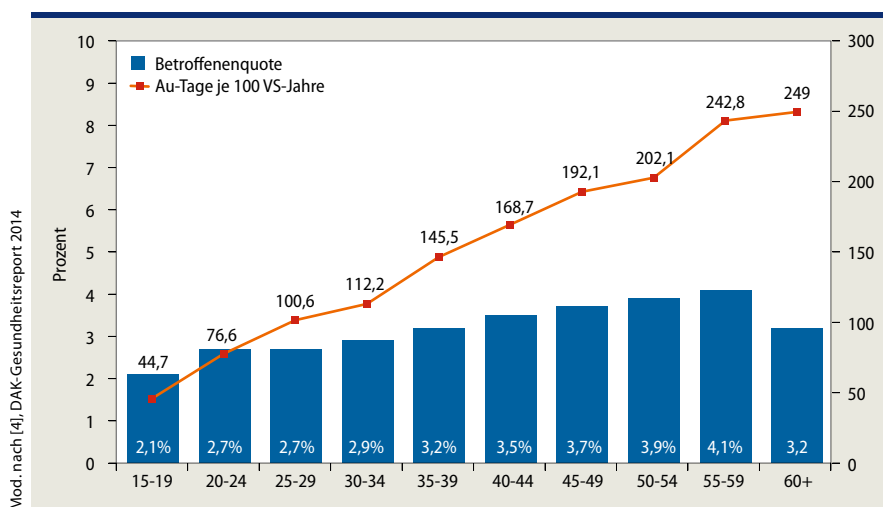


Abb. 3: Betroffenenquote bei psychischen Erkrankungen nach Altersklassen.

darstellt. Die Allgemeinmedizinerin beobachtet, dass Burnout für Menschen, ab 50 Jahren und älter, noch ein Problem darstellt. Der Psychologe hingegen beobachtet, dass Patienten auch gegenüber ihrem Arbeitgeber einen offenen Umgang pflegen. Der Arbeitsmediziner nimmt eher ein Überstrapazieren des Begriffs Burnout wahr. Denn Burnout „steht in jeder Zeitung und das seit geraumer Zeit“.

### Stigmatisierung von Burnout

Ob Burnout, wie andere psychische Erkrankungen zu Stigmatisierung führt, darin sind sich die Experten nicht einig. Der Psychologe sieht es als zeitliches Kontinuum, dass Stigmatisierung aufgrund von Burnout stetig weniger wird. Er ist der Meinung, dass jede Diagnose zu Stigmatisierung führen kann und findet wie die Allgemeinmedizinerin, dass andere Diagnosen deutlich stigmatisierender sind als Burnout. Die Allgemeinmedizinerin ist letztlich der Meinung, dass die Diagnose Burnout bereits akzeptiert ist. Der Psychiater sieht in der Bezeichnung Burnout ein Umgehen von stigmatisierenden Begriffen wie der Depression. Er sieht eine Gefahr, durch den Begriff Burnout, Betroffene einer Depression zusätzlich zu stigmatisieren. Der Arbeitsmediziner beobachtet, dass „das Umfeld Burnout besonders wahrnimmt“ und nimmt ein inneres Spannungsfeld von Außenstehenden im Umgang mit den Betroffenen wahr.

### Burnout als „Auszeichnung“

Da Burnout weniger stigmatisierend ist, warnen der Psychologe und der Psychiater davor, dass es nicht als ein außergewöhnliches Merkmal besonderer Leistungsfähigkeit verstanden wird. Die Gesellschaft schreibt Betroffenen eine besondere Leistungsfähigkeit zu. Der Psychiater formuliert dies sogar so: „dann ist das fast so etwas wie ein Adelstitel“. Auch der Arbeitsmediziner erkennt diese wahrgenommene Auszeichnung von Seiten der Gesellschaft und erläutert ein Beispiel eines Arztes, der in seinem Bewerbungsschreiben die Dauer seiner Burnout-Erkrankung und dahinter in Klammern „Leistungsträger“ angab.

### Burnout – ein Problem des Gesundheitssystems?

Der Psychiater sieht Burnout als „ein Problem der Arbeitswelt“ und nicht des Gesundheitssystems an. Er sieht eine Notwendigkeit nicht nur kurativ zu handeln, sondern auch Rückfälle zu vermeiden und Prävention zu gewährleisten. Aus diesem Grund sollte ein Augenmerk auf das Arbeitsproblem gelegt werden. Auch der Psychologe folgt aus der starken gesellschaftlichen Relevanz, dass es nicht „einzig“ dem Gesundheitssystem zugeordnet werden sollte. Der Arbeitsmediziner sieht „nicht die Arbeitswelt als problematisch“ an, sondern vielmehr die Wertebilder der Gesellschaft und des Einzelnen. Zudem ist der Psychiater der Meinung, dass Menschen als „psycholo-

gische Analphabeten“ ins Leben geschickt werden, weil Kinder in zwölf Jahren Schule kaum etwas über psychische Stabilität lernen. Er beschreibt deswegen einen Nachholbedarf für Unternehmen, die das „Versäumnis der Schule“ in der Aufklärung über psychische Stabilität nacharbeiten müssen. Der Arbeitsmediziner berichtet bereits von Unternehmensangeboten, wie gesundheitsförderliche Kommunikation. Er ist davon überzeugt, dass in der Kommunikation Elemente der Wertschätzung und konstruktiven Fehlerbeseitigung versteckt sind. Zudem sieht er die „betrieblichen Präventionsmaßnahmen als eine Möglichkeit Burnout-Häufigkeiten zu reduzieren“, auch wenn sie seiner Meinung nach nicht primär arbeitsbedingt sind.

### Zusammenfassende Thesen

Die Auffassungen der Stakeholder lassen sich in den folgenden Thesen bündeln:

- Burnout wird als ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem betrachtet, Prävention wird als notwendig angesehen. (Meinung von vier Interviewpartnern)
- Burnout wird als Risikozustand betrachtet, der die Gefahr birgt, in der Folge psychisch oder physisch zu erkranken. (zwei Interviewpartner)
- Gesellschaftliche Entwicklungen, insbesondere im Arbeitsleben, könnten aus Sicht der Stakeholder die Auslöser sein. Die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung wird aber als von erworbenen Persönlichkeitseigenschaften abhängig betrachtet. Präventionsmöglichkeiten werden eher auf der individuellen Ebene gesehen (drei Interviewpartner).
- Die Aufnahme von Burnout in die ICD-11 als eigenständige F-Diagnose ist umstritten, da dies für Prävention und Therapie nicht zwingend notwendig scheint. Sie setzt voraus, dass zuvor eine Expertenkommission einheitliche, allgemeingültige Definitionskriterien für Burnout festlegt (zwei Interviewpartner).
- Burnout bringt auch positive Aspekte mit sich, weil es als Türöffner dient, um über psychische Probleme sprechen zu können (drei Interviewpartner).

## Diskussion

Die Ergebnisse zeigen ein Spektrum subjektiver Ansichten von Stakeholdern, das eventuell nicht vollständig ist, da es aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht möglich war, ein Sampling bis zum Punkt der theoretischen Sättigung fortzuführen. Aufgrund der qualitativen Vorgehensweise ist zudem keine Aussage über die Verbreitung von Sichtweisen möglich. Dennoch kann die Arbeit Hinweise auf weiteren Forschungsbedarf geben.

Zusammenfassend aus den Interviews lässt sich festhalten, dass zwei Experten einen Sinn in der Aufnahme einer eigenständigen F-Diagnose für Burnout in die ICD-Klassifikation sehen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund, dass die Experten von einer klassifizierten Krankheit sprechen möchten. Federführend begründet ist die Meinung im zunehmenden Aufkommen von Burnout und den Beobachtungen in Hinblick auf den Leidensdruck der Betroffenen. Ein Experte betrachtet zudem die Grundlagenforschung als unsystematisch und unzureichend. Seiner Meinung nach bedarf es einer Überarbeitung der Grundlagenforschung. Klare Definitionskriterien könnten durch eine neu zusammengesetzte Expertenkommission festgelegt werden.

Das Krankheitsbild gleicht derzeit einem Sammelbecken vieler unspezifischer Symptome. Nicht von der Hand zu weisen bleibt jedoch, dass vermehrt Menschen davon betroffen sind. Die Aussage des Arbeitsmediziners, dass alles was unter Burnout verstanden wird auch eine Depression sei, deckt sich nicht mit der Literatur. Studienergebnisse von Ahola et al. [8] zeigen, dass die Prozesse der beiden Erkrankungen ähnlich sind, die Rahmen- und Kontextbedingungen jedoch deutliche Unterschiede aufweisen.

Es stellt sich die Frage nach der Ursache für das Phänomen Burnout. Hier vertreten die Experten heterogene Meinungen – einerseits die Arbeitswelt, andererseits die persönliche Disposition. Sicher gilt die persönliche Disposition bei vielen Erkrankungen als ausschlaggebend für eine Krankheitsentstehung. Ein Zusammenhang mit der Theorie der Salutogenese nach Aaron Antonovsky [9] ist anzunehmen, weil gerin-

ge Widerstandsressourcen zu einem Burnout führen können. In Anbetracht der in der Industrialisierung häufig gestellten Diagnose Neurasthenie, die von einem Experten als „das alte Burnout-Konzept“ angesehen wird, kann vermutet werden, dass auch heutzutage viele Menschen mit der sich ständig veränderten Gesellschaft auf dem Informations- und Kommunikationssektor nicht mehr zurechtkommen und sich überfordert fühlen.

Von der Gesellschaft wird Burnout häufig auch als Folge einer besonderen Leistungsbereitschaft wahrgenommen. Ein positiver Aspekt dabei ist, dass Menschen vermehrt über aufkommende psychische Probleme sprechen und Burnout dadurch in Form eines Türöffners dient. Dies führt zur Enttabuisierung von psychischen Problemen. Trotzdem ist davor zu warnen, dass Burnout als eine Art Auszeichnung verstanden wird.

Gleichwohl begreifen die Experten Burnout als etwas Folgenreiches und Tiefgreifendes. Deswegen ist eine frühzeitige Prävention und Aufklärung über psychische Stabilität und Faktoren, die zu Burnout führen können, unbedingt notwendig. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen in Diagnostik, Therapie und Prävention der verschiedenen Fachdisziplinen wäre eine Leitlinie zu Burnout empfehlenswert, die in allen Fachgebieten bekannt gemacht wird. Das Positionspapier der DGPPN zu Burnout aus dem Jahr 2012 war nur bei zwei der befragten Experten bekannt. Die Interviews zeigten jedoch bei Fragen zu Diagnostik und Therapie (die in diesem Artikel nicht aufgegriffen wurden), dass die DGPPN-Empfehlungen nicht durchgängig in der Praxis umgesetzt werden.

Die erhobenen Daten sind aufgrund der qualitativen Erhebung und der geringen Fallzahl nicht generalisierbar. Gleichwohl können sie wegweisend für verstärkte Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der psychosozialen Belastungen sein. Die Förderung der Resilienz sollte bereits im frühen Kindesalter ansetzen. Letztendlich sind auch Unternehmen herausgefordert, ihre Mitarbeiter im Bereich der psychosozialen Belastungen zu schützen und im Umgang damit zu schulen. □

## LITERATUR

1. Burisch M. Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 5. Auflage, Springer Heidelberg, 2014
2. BKK Gesundheitsreport 2013. Gesundheit in Bewegung. Schwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen. Königsdruck Printmedien und digitale Dienste GmbH, Berlin
3. Hapke U et al. Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burnout Wie belastet sind wir? DEGS-Symposium des RKI 2012. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_w1/Symposium/Symposium\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/Symposium_node.html) (Revisionsdatum 3.6.2014).
4. DAK-Gesundheitsreport 2014. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. Hamburg, 2014
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde zum Thema Burnout. Berlin, 2012
6. Meuser M, Nagel U. Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Pickel G, Lauth HJ, Jahn D. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaften. Neue Entwicklungen und Anwendungen. 1. Auflage. Springer, Wiesbaden, 2009; 465–79
7. Meuser M, Nagel U. ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz D, Kraimer K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. 1991; 441–71, Westdeutscher Verlag, Opladen
8. Ahola K et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders – results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affective Disorders* 2005; 88: 55–62
9. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. dgvt, Tübingen, 1997

**Mirjam Landmesser, B. Sc.**

E-Mail: [Mirjam.Landmesser@live.de](mailto:Mirjam.Landmesser@live.de)

Diese Arbeit beruht auf der Bachelorthesis „Burnout aus Sicht von Experten“ von Mirjam Landmesser an der Hochschule Fulda. Mirjam Landmesser ist SBB-Stipendiatin und studiert an der Hochschule Fulda Public Health (Master-Programm).



Bericht aus einer Werkstatt für behinderte Menschen

# Rehabilitation am Handwebstuhl

Christoph Erhardt, Weber-Meister, Meisterdesigner und Ergotherapeut, leitet eine Handweberei in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Hier berichtet er über seine Erfahrungen und die Möglichkeiten, in der Handweberei sowohl motorische, feinmotorische aber auch kognitive und soziale Fähigkeiten zu üben.



In der beruflichen Rehabilitation ist die (Re-)Integration der Patienten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt prioritäres Ziel. Dies gilt selbstverständlich auch für psychisch erkrankte Menschen in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Gelingt dies im Verlauf von maximal 27 Monaten im Be-

reich“ als ein zweites Ziel der Rehabilitation in der Werkstatt gesetzlich verankert ist, können auch Erwerbsminderungsrentner diese Maßnahme in Anspruch nehmen und sich damit dauerhaft Teilhabe an Arbeit, Tagesstruktur und sozialer Integration sichern. In diesem Fall liegt die Kostenträgerschaft

tätigkeiten, Schreinerei, Kantinenbetrieb und andere Handwerkerserviceleistungen. Nach einem formalisierten Eingangsverfahren und der Möglichkeit in verschiedenen Abteilungen zur Probe zu arbeiten, werden die Probanden nach ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten und individuellen Neigungen den jeweiligen Arbeitsfeldern zugeordnet.

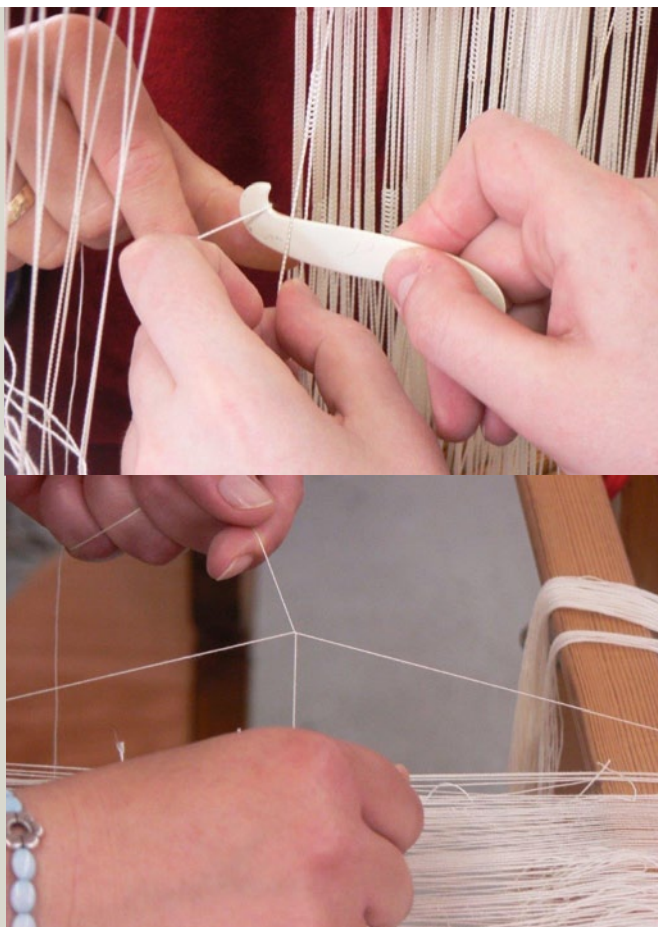
*„Durch die Arbeit in der Weberei lerne ich meine persönlichen Grenzen besser kennen.“ \**

rufsbildungsbereich nicht, dann ist ein weiterer Verbleib in der WfbM und damit die Teilhabe an Arbeit entweder bis zur Integration auf dem Arbeitsmarkt zu einem späteren Zeitpunkt oder bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters grundsätzlich möglich. Da diese Überleitung vom Berufsbildungsbereich in den sogenannten „Arbeitsbe-

nicht mehr bei der Arbeitsverwaltung beziehungsweise den Renten- und Unfallversicherungsträgern, sondern geht zum Beispiel im Rheinland auf den Landschaftsverband Rheinland über. Die typischen Tätigkeitsfelder in einer WfbM für psychisch Kranke umfassen Näherei, Industrieservice, Tätigkeiten im Garten- und Landschaftsbau, Büro-

## Arbeitsfeld Handweberei

Ausgehend von meiner ursprünglichen Qualifikation als Webermeister im Handwerk und nach einer Ausbildung als Ergotherapeut bot sich vor rund elf Jahren die Chance, in der Prodia Kolping WfbM gGmbH in Aachen eine Handweberei aufzubauen. Heute bietet die Handweberei mit 14 Webstühlen eine Beschäftigung für 12 bis 15 Probanden. Neben den Grundarbeitsfähigkeiten wie Absprachefähigkeit, Pünktlichkeit, Arbeitsplatzgestaltung und anderes mehr, die auch in anderen Arbeitsberei-



„Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Tätigkeiten einen sehr beruhigenden, ordnenden und entlastenden Einfluss auf die Mitarbeiter haben. Alle lieben diese ruhigen und kontemplativen Tätigkeiten wie (...) tausende von Fäden anknöten.“

gen und über mehrere Tage währenden Arbeitsprozesse problemlos an. Zusammen haben wir die Erfahrung gemacht, dass diese Tätigkeiten einen sehr beruhigenden, ordnenden und entlastenden Einfluss auf die Mitarbeiter haben. Bis heute musste ich daher zu keinem Zeitpunkt einen Webstuhl alleine vorbereiten, einfädeln oder tausende von Fäden anknöten. Alle Mitarbeiter lieben sogar

*„Das Weben ordnet meine Gedanken.“ \**

diese ruhigen und kontemplativen Tätigkeiten, ganz unabhängig davon, ob sie schon über zum Teil jahrelange Erfahrung in der Handweberei verfügen oder ob sie gerade im Rahmen eines Praktikums im Berufsbildungsbereich in der Handweberei Probe arbeiten. Zum Beispiel schildern Mitarbeiter, dass gerade bei diesen Arbeitsschritten psychotische Gedanken stark in den Hintergrund treten, manchmal auch ganz verschwinden. Dies hat ganz im Gegensatz zu meinen ursprünglichen Erwartungen dazu geführt, dass Mitarbeiter heute durchaus nach derartigen Tätigkeiten aktiv nachfragen.

### Typische Arbeitsschritte

Alle Arbeitsschritte in der Handweberei werden natürlich in kurzen zeitlichen Intervallen angeleitet, immer wieder eingeübt, kontrolliert und auch durch Vermittlung theoretischer Kenntnisse im Rahmen der beruflichen Bildung verfestigt und vertieft. Vorteile der Arbeit in der Handweberei ergeben sich dadurch, dass sowohl motorische und feinmotorische, aber auch kognitive Fähigkeiten geübt werden können. Es verbessern sich im Verlauf der regelmäßigen Tätigkeit sowohl Daueraufmerksamkeit wie auch Hand-Hand-Fuß- beziehungsweise die Hand-Auge-Koordination. Das rhythmische Arbeiten am Webstuhl – bedingt auch durch die Akustik und die regelmäßigen Bewegungsabläufe – führt zu Entspannung und verbessert die Koordinationsleistung.

Die Arbeitsorganisation in der Handweberei zielt darauf ab, allen Mitarbei-

chen der WfbM trainiert werden können, bietet die Tätigkeit in der Weberei die Möglichkeit und Chance, spezielle Fertigkeiten und Kenntnisse der Hand-

im eigentlichen Sinne, beginnen kann – wie auch ich in meiner eigenen Ausbildung mühsam lernen musste! Gerade vor dem Hintergrund dieser Erfahrung

*„In der Weberei habe ich keine Angst, weil ich sehe, dass jeder nach seinen Fähigkeiten eingesetzt wird.“ \**

weberei zu erlernen, die ich im Folgenden darstellen möchte.

Das Herstellen von Tuchen am Handwebstuhl erfordert ein hohes Maß an persönlicher und äußerer Struktur, andererseits fördert es die Kreativität und setzt in der Gestaltung in Bezug auf Muster und Farben kaum Grenzen. Gleichwohl muss der Handweber viel Geduld aufbringen, um einen Webstuhl vorzubereiten und in vielen Details einzurichten, bis die eigentliche Tätigkeit der Tuchherstellung, also des Webens

war ich zu Beginn sehr skeptisch, ob psychisch Kranke mit mehr oder weniger ausgeprägten Funktions- und Fähigkeitsstörungen in der Lage sein würden, sich einer solchen mühsamen und langwierigen Aufgabe zu stellen. Am Anfang hatte ich sogar die Sorge, möglicherweise selbst in Überstunden jeden einzelnen Webstuhl vorbereiten zu müssen. Diese Sorge wurde sehr schnell zerstreut. Von Beginn an nahmen alle Mitarbeiter, die sich für eine Tätigkeit in der Handweberei entschieden hatten, die langwierigen



### Über den Autor

Christoph Erhardt, geboren 1960 in Tegernsee, absolvierte die Lehre als Handweber im Betrieb der Großmutter. Als Meister im Weber-Handwerk machte er sich mit eigener (Ausbildungs-)Werkstatt selbstständig. Seit 1996 Meisterdesigner (Gestalter im Handwerk). Im Anschluss an das Studium an der Akademie für Gestaltendes Handwerk Aachen machte er eine Ausbildung zum Ergotherapeuten und sammelte als Betreuer in einem Wohnheim praktische Erfahrungen mit psychisch Erkrankten. 2003 übernahm er Aufbau und Leitung der Handweberei in der „Prodia Kolping WfbM gGmbH“ in Aachen.

Eigene Arbeiten und Ausstellungstermine auf der Website „Transparenz und Dichte“ unter [www.christoph-erhardt.de](http://www.christoph-erhardt.de).

**Der Autor, Christoph Erhardt, vor dem Webstuhl. Die Handweberei der Prodia WfbM ist mittlerweile etabliert und bekannt, so dass auch Lohnarbeiten für andere Auftraggeber, zum Beispiel für Werkstätten oder Designer, gefertigt werden. Auch individuelle Kundenwünsche können umgesetzt werden.**

© Erhardt



tern zu ermöglichen, an allen Arbeitsplätzen tätig zu sein und unterschiedlichste handwerkliche Handhabungen zu erlernen und durchzuführen. Dies hilft letztlich auch, die Kontinuität der Produktion in der Weberei aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus trainieren und stärken die Mitarbeiter ihre sozialen Kompetenzen, denn es müssen immer wieder erneut Absprachen, auch untereinander, getroffen werden. Wir sind

und Teamverhalten werden weiterentwickelt und immer wieder erneut eingeübt. Menschen mit den unterschiedlichsten kognitiven Ressourcen finden in der Handweberei ihren Platz. Ich habe Mitarbeiter, die sich ungerne mit technischen Anforderungen auseinandersetzen und am liebsten einfache und „automatisierte“ Tätigkeiten ausüben. Andere haben sich mit nahezu sämtlichen Aspekten der Handweberei vertraut ge-

diese Situationen müssen trainiert und die nötigen Coping-Strategien erlernt werden. Im Rahmen der Gruppendynamik in der Werkstatt helfen in der Regel die Stärkeren und Fortgeschrittenen den Anfängern und Schwächeren. Allerdings müssen auch erfahrene Mitarbeiter zum Beispiel lernen, sich abzugrenzen und sich nicht ununterbrochen für Hilfestellung zur Verfügung zu stellen, wenn sie in der eigenen Produktion im Webstuhl tätig sind oder wenn ihre eigene psychische Verfassung eine stärkere Abgrenzung erforderlich macht.

Der Umgang mit der unausweichlich entstehenden Gruppendynamik mit Konkurrenzdenken und Machtproben sowie der Umgang mit Kränkungen und Enttäuschungen ist für mich selbst bis heute immer wieder eine spannende Herausforderung. □

*„Die Arbeit in der Weberei wird mir nie langweilig, weil es immer etwas Neues auszuprobieren oder zu lernen gibt.“ \**

auch zusammen mit Mitarbeitern regelmäßig auf Ausstellungen und Kunsthandwerkmärkten. Dies bietet die Chance für die Mitarbeiter, Kontakte zu Kunden zu pflegen und einzuüben und dabei ihre kommunikative Kompetenz zu verbessern.

Auch gibt es natürlich zwangsläufig immer wieder persönliche Abgrenzungen, zum Beispiel bei Arbeitsüberlastung, oder Mitarbeiter äußern Wünsche bezüglich eines anderen Arbeitsplatzes. Nahezu täglich müssen Lösungsstrategien im Umgang mit Konflikten untereinander trainiert werden. Konkurrenz-

macht und können mittlerweile in allen Bereichen eingesetzt werden. Für einige ist das Planen und Zeichnen von Farbentwürfen oder das Erstellen von technischen Zeichnungen eine Herausforderung, der sie sich gerne stellen. Es ist auch ein spannender Anreiz für sie, sich auf ein neues Terrain zu begeben und kreative Fähigkeiten auszuprobieren. Ganz „nebenbei“ trainieren sie dabei Aufmerksamkeit, Konzentration und bildliche Vorstellungskraft. Selbstverständlich bleibt bei allen Tätigkeiten auch die Notwendigkeit, Misserfolge und Frustrationen zu bewältigen. Auch

### AUTOR

**Christoph Erhardt, Aachen**

Kontakt und Ausstellungstermine:  
Prodia Kolping WfbM gGmbH Aachen:  
[www.prodia-wfbm.de](http://www.prodia-wfbm.de)

\*Originalzitate von Mitarbeitern aus der Werkstatt von Christoph Erhardt

## Anregung zum Weiterdenken

Ethische Fragen, Dilemmata und Deklarationen bestimmen die Psychiatrie weltweit viel stärker als andere medizinische Disziplinen. Zu den Gründen dafür gehört, dass unser Fach zahlreiche Schnittstellen mit rechtlichen, sozialen, ethisch-moralischen und auch politischen Konfliktfeldern in der Gesellschaft aufweist. Dies beeinflusst auch die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Forschung, zumal hier neben den allgemeinen Grundsätzen klinischer Forschung das Thema der Einwilligungsfähigkeit als eine besonders komplexe und umstrittene Problematik hinzukommt.

Hanfried Helmchen, über viele Jahre Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an der Freien Universität Berlin, hat sein neues Buch Fragen der Ethik in der psychiatrischen Forschung gewidmet und beschreibt ebenso fundiert wie umfassend den aktuellen Wissensstand auf diesem wichtigen Gebiet. Im allgemeinen Teil stellt er selbst die Grundlagen und Rahmenbedingungen psychiatrischer For-

schung dar. Besonders wichtig erscheint – bei allem Streben nach universalen Prinzipien – die Besinnung auf den normativen Charakter der ethischen Auffassungen in der Gesellschaft und somit auf die Abhängigkeit von individuellen wie kollektiven Wertentscheidungen. Diese unterliegen auch vielfältigen zeitgebundenen Strömungen, wie Helmchen schon in früheren Arbeiten über den Einfluss des Zeitgeistes auf wissenschaftliche wie praktische Bereiche in der Psychiatrie herausgestellt hat.

Der spezielle Teil wurde von für die jeweiligen empirischen Bereiche besonders kompetenten Autoren bearbeitet. Er enthält wichtige Abhandlungen über relevante Themen etwa in der psychiatrischen Versorgungsforschung, in Rehabilitation und Sozialpsychiatrie, bei Demenzen, Schizophrenie und Abhängigkeitserkrankungen. Unter dem Sammelbegriff der Neuromodulation werden einige besonders diskussionsträchtige Verfahren abgehandelt, die von der Elek-



H. Helmchen (Hrsg.)

**Ethik psychiatrischer Forschung**

Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2013, 241 S., 59,99 € ISBN 978-3-64235054-2

trokrampftherapie bis hin zur tiefen Hirnstimulation reichen und spezifische Probleme aufwerfen können. Hier, wie bei vielen anderen der aktuellen Fragen, erweist sich der Rekurs auf die Grundlagen im allgemeinen Teil als fruchtbar, sodass die Lektüre immer wieder spannend bleibt. Somit mag das Buch zwar in erster Linie für den forschenden Psychiater konzipiert sein, doch bietet es darüber hinaus für jeden, der an den zentralen Fragen von Theorie und Praxis in der Psychiatrie interessiert ist, wertvolle Anregungen zur Überprüfung des eigenen Standpunktes und zum Weiterdenken.

H. Sass, Aachen

## Innovatives Betreuungskonzept für traumatisierte Asylsuchende

Die Erfahrung von Gewalt, Verfolgung und Krieg können bei Flüchtlingen und Asylsuchenden zu gravierenden seelischen Traumatisierungen führen. Oftmals ist das Aufnahmeland jedoch kein Ort der Sicherheit und Erholung, sondern belastet die Geflüchteten zusätzlich. Ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Arbeitsverbot, prekäre Bedingungen in Lagern oder Gemeinschaftsunterkünften, Residenzpflicht und soziale Isolation führen zu einer weiteren Destabilisierung oder sogar zur Retraumatisierung. So bedeutet die anhaltende Unsicherheit im Erleben des Migranten gerade bei traumatischen Erfahrungen oft einen Verbleib in der bedrohlichen, traumatisierenden Situation, der nicht entkommen werden kann, was die subjektiven Handlungsmöglichkeiten massiv einschränkt und die ohnehin objektiv vorhandenen Einschränkungen deutlich verstärkt. Gegenüber diesen Problemen

fühlen sich meist nicht nur die Flüchtlinge ohnmächtig und hilflos, sondern auch Akteure des Gesundheitssystems sowie Politik und Gesellschaft. Mit der vorliegenden Studie gibt Antje Krueger einen Einblick in ein hoch innovatives Betreuungskonzept für traumatisierte und seelisch belastete Asylsuchende am Züricher Ethnologisch-Psychologischen Zentrum, wo psychoanalytische Behandlungsansätze und eine ethnologische Vorgehensweise kombiniert wurden.

Die als Dissertation angelegte Arbeit steht theoretisch und methodisch in der Tradition der Ethnopschoanalyse. So werden die lokalen und globalen Kontextbedingungen der Arbeit mit psychisch belasteten Migranten ausführlich erörtert. Entsprechend Raum nehmen daher auch die Ausführungen über die Wahrnehmungen der Bewohner einerseits und der Betreuer andererseits ein. Eine Reflektion institutioneller Dynamiken



A. Krueger

**Flucht-Räume**

**Neue Ansätze in der Betreuung von psychisch belasteten Asylsuchenden**

Campus Verlag Frankfurt 2013, 352 S., 39,90 € ISBN 978-3-59339857-0

bezüglich der Gesundheitsversorgung traumatisierter Flüchtlinge rundet das Buch ab. Einen großen praktischen und theoretischen Erkenntnisgewinn stellen die abschließenden Schlussfolgerungen dar. Hier wird die Bedeutung eines ethnologisch-psychologischen Ansatzes für die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote für Asylsuchende diskutiert. Das methodisch präzise Buch ist ein Gewinn für alle in der Gesundheitsversorgung von seelisch belasteten und traumatisierten Migranten arbeitenden Professionellen.

I. T. Graef-Callies (Hannover)



## Öffentlichkeitsarbeit

# Positive Resonanz nach Relaunch des Patienteninformationsportals

Mit dem Relaunch sind die Voraussetzungen geschaffen, die Position der „Neurologen und Psychiater im Netz“ als die am meisten besuchte und bekannteste deutschsprachige Internetseite zu psychiatrisch-psychotherapeutischen und neurologischen Themen weiter auszubauen.

The image displays three screenshots of the website 'Neurologen und Psychiater im Netz'. The top screenshot shows the homepage with a navigation bar for 'Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie', 'Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie', and 'Neurologie'. Below the navigation bar, there are sections for 'Startseite', 'Arzt/Kliniksuche', 'Krankheiten', 'Krankheitsbilder', 'Selbsthilfe & Angehörige', 'Recht', 'Gehirn & Nervensystem', and a search bar. The middle screenshot shows a search result for 'Depression' with a detailed article titled 'Was ist eine Depression?' and a sidebar with related topics like 'Ursachen', 'Symptome', 'Diagnose', and 'Therapie'. The bottom screenshot shows a search result for 'Zwangserkrankungen' with a detailed article titled 'Zwangserkrankungen - Therapie' and a sidebar with related topics like 'Ursachen', 'Diagnose', 'Therapie', and 'Prognose/Verlauf'.

Ausgehend von der Startseite [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org) (oben) lässt sich leicht zur Rubrik Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie (Mitte) und von dort zu Krankheits- und Service-seiten (unten) oder individuellen Praxis-Homepages navigieren.

Seit November 2013 hat das Patienteninformationsportal der neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften – zu finden unter [www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org) – einen neuen Look. Neben einem modernen Layout und einer neuen Struktur wurden alle Informationen zu Krankheitsbildern und den Servicethemen aktualisiert und zahlreiche neue Inhalte eingestellt. Die Beteiligung von Fachgesellschaften aus der Schweiz und Österreich hat uns dazu veranlasst, die Internetseite von „de“ auf „org“ umzustellen. Dadurch musste die Seite von den Suchmaschinen neu erfasst und bewertet werden. Dies dauert eine gewisse Zeit und führte in den ersten Monaten nach dem Relaunch zu etwas niedrigeren Besucherzahlen. Die mit dem Relaunch vorgenommene Suchmaschinenoptimierung zeigt aber bereits erste positive Ergebnisse. Mit ihr konnte das Ranking der Internetseite, insbesondere bei der Eingabe von Krankheiten als Suchbegriff, deutlich verbessert werden. So liegen die Besucherzahlen mittlerweile wieder im Bereich vor dem Relaunch. Gute Voraussetzungen also, die Position der „Neurologen und Psychiater im Netz“ weiter auszubauen.

## 2013 rund 2,8 Millionen Besucher

Im Jahr 2013 verzeichnete die Website die bislang höchste jährliche Steigerungsrate bei den Besucherzahlen. Der Wert lag um etwa 30 % auf rund 2,8 Millionen Besuche zu. Daran maßgeblich beteiligt ist die erfolgreiche Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. So führte die seit Jahren bestehende Kooperation mit der Deutschen Presseagentur (DPA) zu

15 Agenturmeldungen mit neurologischen Themen, die an Presse, Rundfunk und Fernsehredaktionen verteilt wurden. Mit mindestens 31 Artikeln in Zeitung und Zeitschriften wurden mehr als 5 Millionen Leser erreicht. Diese Zahlen wurden von einem Clipping-Dienst ermittelt – die tatsächlichen Zahlen der veröffentlichten Artikel und der erzielten Leserreichweite liegen aber um ein Vielfaches höher, da der Clipping-Dienst nur Artikel erfasst, die als Quelle die „Neurologen und Psychiater im Netz“ angeben. Eine von der Redaktion des Internetnetzwerkes durchgeführte Recherche kommt zu dem Ergebnis, dass nur etwa 10 % der veröffentlichten Artikel einen Hinweis auf die „Neurologen und Psychiater im Netz“ enthalten.

### Haben Sie schon eine Praxis-Homepage?

Das größte neurologisch-psychiatrische Informationsportal im deutschsprachigen Raum ist auch die ideale Plattform, um sich mit einer Praxis-Homepage zu präsentieren und Patienten zu informieren. Sie enthält Angaben beispielsweise über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte, Praxiszeiten und vieles mehr. Einen visuellen Eindruck von der Praxis vermitteln Bilder des Praxisteams und der Behandlungsräume. Wer bereits über eine Praxis-Homepage im Internet verfügt, kann sich eine Startseite in der Ärzteliste der Patientenplattform einrichten lassen und diese mit seiner bereits bestehenden Homepage verlinken. Damit wird auch die Auffindbar-

keit der bereits bestehenden Homepage über Suchmaschinen erheblich verbessert. Die monatlichen Abonnementkosten für eine Praxis-Homepage bei den „Neurologen und Psychiatern im Netz“ liegen bei 8 € (Einzelpraxis) und 12 € (Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft).

Mehr Infos zur Praxis-Homepage finden Sie unter [www.monks-aerzte-im-netz.de](http://www.monks-aerzte-im-netz.de). Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch unter 089 642482-12 oder per E-Mail: [info@monks-aerzte-im-netz.de](mailto:info@monks-aerzte-im-netz.de). □

### AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

## Neu gestaltete Internetseiten der Berufsverbände

# Wichtiges und Aktuelles auf Smartphone und Tablet immer dabei

Die Ende 2013 neu gestalteten Internetauftritte von BVDP, BVDN und BDN kommen gut an. Das Entscheidende: Die Nutzer können sich auch unterwegs über Termine, Neuigkeiten oder Hintergründe informieren.

Das Ziel, die Kommunikation mit den Mitgliedern schneller und einfacher zu gestalten, haben die Berufsverbände mit ihren Webseiten – zu finden unter [www.bv-psychiater.de](http://www.bv-psychiater.de) – erreicht. Die Startseiten sind den Mitgliedern der drei Berufsverbände sehr wichtig. Besonders die Pressearbeit hat hohe Klickzahlen. So greifen die Nutzer häufig auf die Pressemitteilungen zu und verwenden sie als Informationsmöglichkeit für aktuelle berufspolitische Entwicklungen und Stellungnahmen. Es erfolgten bis zu 6.800 Abrufe je Pressemitteilung.

Im Kalender lassen sich die gesammelten Termine für Fortbildungen, Kongresse, Symposien und politische Veranstaltungen der Verbände finden. Selbstver-

ständig bleiben bewährte Rubriken der früheren Websites weiterhin verfügbar, wie die Projekte und Themen der Berufsverbände. Highlights sind hier die Download-Möglichkeit von Abrechnungskommentaren zu EBM, GOÄ, IGeL und Gutachten oder nützliche Links zum Themenfeld Rehabilitation.

Auf den neuen Webseiten präsentiert sich auch das Coach-Projekt. Die Berufsverbände haben diese Weiterbildung für Neurologen, Psychiater und Nervenärzte konzipiert, die privatmedizinisch im Bereich psychischer Belastungen im Arbeitsleben tätig werden möchten.



Übrigens: Die Website dokumentiert auch weiterhin die Vorträge des Neurologen- und Psychiatertages und fasst ihn zusammen. Außerdem steht das Neuro-Transmitter-Archiv allen Mitgliedern offen. □

### AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

## Demenzrisiko erkennen

— Eine neue kostenlose App ermöglicht interessierten Personen im Alter von 40 bis 65 Jahren ihr persönliches Risiko, in den nächsten 20 Jahren an Demenz zu erkranken, zu ermitteln. Mittels eines ampelähnlichen Farbsystems unterstützt die App zudem auch Ärzte in der Beratung von Risikopatienten, um gezielt über präventive Maßnahmen wie Lebensstiländerungen, ernährungsmedizinische Aspekte und Bewegungsprogramme aufzuklären. Die App „CAIDE“ (Cardiovascular risk factors, Aging and Incidence of DEmentia)-Demenzrisikoindex ist in Kooperation mit Professor M. Kivipelto vom Karolinska Institut in Stockholm [Kivipelto M et al. *Lancet Neurol* 2006; 5 (9): 735–41] entwickelt worden. Die CAIDE-Risikoindex-App wurde in fünf Sprachen für iPhone und iPad konzipiert und steht in zwei Versionen – für Ärzte und Interessierte – über den Apple App Store kostenlos zum Download bereit.

Nach Informationen von  
Merz Pharmaceuticals

## 50 Jahre Tranylcypromin

— Der Monoaminoxidase (MAO)-Hemmer Tranylcypromin ist zur Behandlung depressiver Syndrome unabhängig von ihrer nosologischen Einordnung zugelassen und hat sich in einem breiten Einsatzspektrum, wie der Therapie von Patienten mit schwer zu behandelnden Depressionen, bereits seit über 50 Jahren bewährt. Tranylcypromin (Jatrosom®) vermindert im Zentralnervensystem den Abbau der Botenstoffe Serotonin, Noradrenalin und Dopamin durch eine irreversible und nicht selektive MAO-Hemmung und ist der einzige in Deutschland zugelassene Wirkstoff seiner Klasse. Insbesondere können Patienten mit Major-Depression mit dem irreversiblen nicht selektiven MAO-A/B-Inhibitor behandelt werden, wenn mindestens zwei Standard-Antidepressiva (einschließlich eines trizyklischen Antidepressivums) wirkungslos oder unverträglich waren. Für eine flexiblere Dosierung stehen gut teilbare 10-mg- und 20-mg-Filtabletten zur Verfügung.

Nach Informationen von Aristo

# Neuropathische Schmerzen – Therapie an den Schmerzmechanismen ausrichten

➔ Neuropathische Schmerzen sind weit verbreitet. Vor allem chronische Rückenschmerzen haben häufig einen neuropathischen Anteil und seien ein typisches Beispiel für ein Mixed-Pain-Syndrom, erläuterte Professor Thomas Tölle, Klinikum rechts der Isar, München. Mit der Chronifizierung des Schmerzes nehme die Intensität der neuropathischen Komponente sogar noch zu. Eine Schmerzlinderung allein reiche aber in der Regel nicht aus, so der Schmerztherapeut. Zugleich müssten auch die schmerzbedingten funktionellen Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen wie Schlafstörungen, Angst und depressive Verstimmung therapeutisch adressiert werden. Je ausgeprägter der neuropathische Schmerzanteil, desto stärker sind die Einbußen an Lebensqualität und die Häufigkeit von Komorbiditäten wie Schlafstörungen, Depression und Angst [Poliakov I, Toth C. *Eur J Pain* 2011; 15: 1015–22].

Um Patienten mit Mixed-Pain-Syndromen einen langen Leidensweg zu ersparen, ist eine gezielte und an den jeweils vorherrschenden Schmerzmechanismen orientierte Behandlung erforderlich. Voraussetzung für eine differenzielle, Mechanismen-

orientierte Schmerztherapie ist allerdings die Identifizierung der verschiedenen Schmerzformen, so Tölle. Die charakteristischen neuropathischen Symptome wie ausstrahlende, elektrisierende oder brennende Schmerzen und Allodymien helfen bei der Diagnosestellung. Darüber hinaus kann auch der Einsatz des validierten Fragebogens PainDetect® dazu beitragen, eine neuropathische Schmerzkomponente zu erkennen und die Patienten so einer gezielten Therapie zuzuführen. „Diese neuropathische Komponente lässt sich mit klassischen NSAR nicht beherrschen“, betonte Tölle. Mit dem Kalziumkanal-Modulator Pregabalin (Lyrica®) stehe eine bewährte, gut verträgliche und interaktionsarme Substanz zur Verfügung, die im Rahmen einer multimodalen, personalisierten Therapie sowohl den neuropathischen Schmerz als auch schmerzbedingte Schlaf- und Angststörungen verbessern kann.

Abdol A. Ameri

Fachpressegespräch „10 Jahre Pregabalin: Meilensteine in der neuropathischen Schmerztherapie“, Frankfurt, 24.9.2014; Veranstalter: Pfizer

# MS – am individuellen Patienten orientierte Therapie

➔ Der seit etwa einem Jahr verfügbare orale Immunmodulator Teriflunomid erweitert die Optionen in der Behandlung der schubförmigen MS und trägt dazu bei, eine am individuellen Patienten orientierte Therapie zu ermöglichen.

Mit der Aktualisierung der Leitlinie des Kompetenznetzes Multiple Sklerose wird bei der Behandlung der schubförmigen MS nicht mehr nach einer Basis- und einer Eskalationstherapie unterschieden. Vielmehr richtet sich die Therapie nun von Beginn an nach der Krankheitsaktivität des individuellen Patienten. Das entscheidende Behandlungsziel ist dabei laut Professor Heinz Wiendl, Direktor der Klinik für Allgemeine Neurologie am Universitätsklinikum Münster, stets eine „bestmögliche Krankheitskontrolle“.

Dem behandelnden Arzt kommt dabei zugute, dass die Zahl der Therapieoptionen in der letzten Zeit deutlich gewachsen ist. So hat sich vor etwa einem Jahr Teriflunomid (Aubagio®) zum therapeutischen Armamentarium gesellt. Einsatzmöglichkeiten des oral gegebenen Immunmodulators verdeutlichte Dr. Boris-A. Kallmann, niedergelassener Neurologe, Bamberg, anhand einer Kasuistik: Bei dem sportlich aktiven, unabhängigen 38-jährigen Mann, der beruflich häufig im Ausland unterwegs ist, kam es im Juli 2013 zu einem ersten MS-Schub mit einer Retrobulbärneuritis mit charakteristischen MRT- und Liquorbefunden. Weil das Diagnosekriterium der zeitlichen Dissemination nicht erfüllt war, wurde zunächst keine spezifische MS-Therapie eingeleitet. Die Symptomatik bildete sich



unter i.v.-Gabe von Methylprednisolon vollständig zurück. Drei Monate später aber zeigten sich im kranialen MRT zwei neue Herde, einer davon kontrastmittelaufnehmend, so dass eine schubförmige MS zu diagnostizieren war. Ein neuer Schub war bislang nicht aufgetreten und der Mann war beschwerdefrei. Der Patient wollte ausdrücklich auch unter einer MS-Therapie unabhängig bleiben und lehnte aufgrund seiner vielen Reisen eine Injektionstherapie kategorisch ab, berichtete Kallmann. Nach eingehender Aufklärung über die Therapiemöglichkeiten habe er sich für eine Behandlung mit Teriflunomid entschieden. „Als Begründung nannte der

Patient die einfache orale, einmal tägliche Einnahme, die unabhängig von den Mahlzeiten erfolgen kann“, erläuterte der Neurologe. Seit November 2013 werde der Patient mit täglich 14 mg Teriflunomid behandelt. Er habe bislang keinen weiteren Krankheitsschub erlitten und bei der MRT-Kontrolle im März 2014 hätten sich auch keine neuen Herde gezeigt. Eine Erhöhung der Leberwerte war nicht festzustellen, der Patient vertrage die Medikation gut und sei mit der Behandlung zufrieden, ergänzte Kallmann.

Die Erfahrungen in der täglichen Praxis stehen laut Kallmann im Einklang mit den Studiendaten, die Teriflunomid eine gute

klinische Wirksamkeit und eine gute Verträglichkeit bescheinigen [O'Connor P et al. N Engl J Med 2011; 365: 1293–1303; Confavreux C et al. Lancet Neurol 2014; 13: 247–56]. Auch aus der Langzeitbehandlung über bis zu neun Jahre hätten sich keine neuen Sicherheitshinweise ergeben [Freedman M et al. Poster P3-150 AAN-Kongress 2014].

Dr. Gunter Freese

Satellitensymposium „Rechtzeitig und effektiv behandeln. Teriflunomid und Alemtuzumab – 1 Jahr in der Anwendung“ im Rahmen der Neurowoche 2014, München, 16.9.2014; Veranstalter: Genzyme

## Deeskalation und Symptomreduktion durch Inhalation eines Antipsychotikums

➔ Patienten mit bipolaren Störungen sind verhaltensauffällig und agitiert. Sie verfügen über eine verminderte Impulskontrolle und ein erhöhtes Risikoverhalten. In der akuten Phase steht die medikamentöse Intervention im Vordergrund. Eine schnelle und wirksame Option ist die Anwendung eines Antipsychotikums wie Loxapin in Aerosolform (Adasuve®).

Die aktuellen S3-Leitlinien „Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen“ der DGBS und DGPPN berücksichtigen zur medikamentösen Akutbehandlung der Manie Antipsychotika, Benzodiazepine, Antiepileptika und Lithium. Stimmungsstabilisierer wie Carbamazepin, Lithium und Valproinsäure sollten nicht miteinander kombiniert werden. Für neuere Substanzen wie Levetiracetam, Gabapentin oder Topiramate gilt, diese nicht mit Valproat oder auch Lithium zu kombinieren. Antipsychotika wie Aripiprazol, Olanzapin oder auch Quetiapin sowie Risperidon dürfen laut Leitlinien mit Valproat oder Lithium kombiniert werden und sind dann wirksamer.

Die zur Verfügung stehenden Substanzen können wahlweise subkutan oder intramuskulär gespritzt werden oder liegen als Tabletten oder Lösungen vor, so Professor Frank-Gerald Pajonk, Schäftlarn Praxis Isartal. Bei den Antipsychotika gibt es seit gut einem Jahr eine Alternative in Aerosolform. Loxapin wird mit Hilfe des Staccato® Systems über einen Inhalator appliziert. Die Partikel haben eine Größe von nur 1 bis 3,5

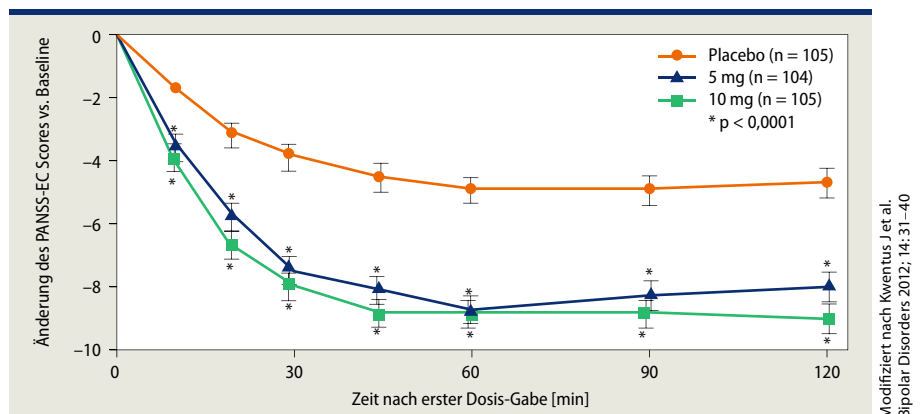


Abb. 1: Änderung des PANSS-EC-Scores versus Baseline: zeitlicher Verlauf innerhalb der ersten zwei Stunden nach Gabe von Loxapin.

µm und werden nach nur einer Sekunde in der Lunge resorbiert. Maximale Wirkstoffspiegel werden bereits nach weniger als zwei Minuten erreicht. Das Antipsychotikum ist ein potenter Dopamin-D<sub>2</sub>- und Serotonin-5HT<sub>2A</sub>- sowie H1-Rezeptorblocker, der schnell beruhigend, aber nicht sedierend wirkt. Der Wirkstoff dient der schnellen Akutbehandlung leichter bis mittelschwer agitierter Patienten mit bipolarer Störung. In zwei klinischen Studien mit insgesamt 658 Patienten (agitiert und Bipolar-I-Störung n = 314, bzw. Schizophrenie n = 344) konnte anhand des PANSS-EC-Scores (Positive and Negative Syndrome Scale Excited Component) gezeigt werden, dass sowohl 5 mg als auch 10 mg inhalati-

ves Loxapin die Agitation der Patienten signifikant verändern kann [Kwentus J et al. Bipolar Disorders 2012; 14: 31–40; Lessem MD et al. BJP 2011; 198: 51–8]. Adasuve® ist, so Pajonk, die einzige Alternative zu Haloperidol. Nicht nur aufgrund seiner Wirkung, sondern auch, weil es nicht unfreiwillig injiziert werden muss, sondern inhaliert wird.

Dr. med. Henrike Ottenjann

Symposium „Behandlung und Versorgung akuter Situationen bei Bipolarer Störung“ im Rahmen der 14. DGBS-Jahrestagung in Würzburg am 19.9.2014; Veranstalter: Trommsdorf



## Erstes Opioid gegen Restless-legs-Syndrom zugelassen

➔ In der Therapie des RLS sind Dopamin-agonisten erste Wahl, so Professor Magdolna Hornyak, niedergelassene Neurologin in Erding. Doch sie sind nicht ohne Nebenwirkungen. Besonders gefürchtet ist die Augmentation. „Die Augmentation gilt als schwerwiegendste Nebenwirkung der dopaminergen Behandlung des RLS.“ Es kommt zum Wirkverlust und zur Progredienz der Erkrankung. 5–10 % der RLS-Patienten entwickeln unter einem Dopamin-agonisten diese Komplikation, besonders häufig bei zusätzlich bestehendem Eisenmangel.

Seit Mitte dieses Jahres ist mit der Kombination von retardiertem Oxycodon/Naloxon (Targin®) erstmals ein Opioid für die Second-

line-Therapie des schweren RLS zugelassen. Die Zulassung stützt sich auf Daten einer zwölfwöchigen multizentrischen, randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie mit anschließender 40-wöchiger offener Extensionsphase [Trenkwalder C et al. Lancet 2013; 12 (12): 1141–50]. Alle Patienten hatten eine RLS-Vorthherapie erhalten, die nicht ausreichend wirksam war oder nicht gut vertragen wurde. Nach einer siebentägigen Auswaschphase erhielten sie entweder Placebo (n=154) oder retardiertes Oxycodon/Naloxon (n=150). Die initiale Dosierung von zweimal täglich 5 mg/2,5 mg konnte nach Ermessen des Arztes in den ersten sechs Wochen auf maximal zweimal täglich 40 mg/20 mg Oxycodon/Naloxon

gesteigert werden. In der Doppelblindphase reduzierte sich der Schweregrad auf der Internationalen RLS-Schweregradskala signifikant im Vergleich zu Placebo. Die Wirksamkeit blieb langfristig erhalten, wie die Extensionsphase mit 197 Patienten zeigte. Die durchschnittliche Tagesdosis lag in der Doppelblindphase bei 22 mg, in der Extensionsphase bei 18 mg. Eingesetzt wird das Opioid in einer Dosis von 20 mg, „und damit viel niedriger als in der Schmerztherapie“, so Hornyak.

Dr. Beate Fessler

**Satellitensymposium „Bestehende und neue Aspekte zum Einsatz von Opioiden in der Neurologie“, Neurowoche München, 16.9.2014; Veranstalter: Mundipharma**

## ADHS – die Komorbiditäten bestimmen den Krankheitswert

➔ Die individuelle Therapiestrategie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) richtet sich nach dem Alter, individuellen Symptomen und den Komorbiditäten, erläuterte Dr. Jürgen Fleischmann, Kinder und Jugendarzt und Psychotherapeut aus Sinzig. Bei Kleinkindern stehen Ergotherapie und Schulung der Eltern im Vordergrund. Mit zunehmendem Alter des Kindes werden diese Maßnahmen ergänzt durch Verhaltenstherapie und – falls

erforderlich – medikamentöse Therapie. Als Komorbiditäten der ADHS können auftreten [Spencer TJ et al. J Pediatr Psychol 2007; 32 (6): 631–42]: Störungen der Emotionalität, der Entwicklung von Sprache oder Motorik (Dyspraxie) und des Sozialverhaltens. Weiterhin kann es zu Lern- und Teilleistungsstörungen wie Lese-, Rechtschreib- oder Rechenschwäche kommen, die durch Schlafstörungen, Angst- oder depressive Störungen noch verstärkt wer-

den können. Tics und autistische Störungen verstärken die Ausgrenzung, oppositionelles Verhalten, Aggressivität oder Suchtverhalten sind Komorbiditäten, die eine Herausforderung für das gesamte soziale Umfeld des Kindes darstellen (Tab. 1).

Medikamente wie Methylphenidat können das Lernen in der Ergotherapie erleichtern. Das betreffe laut Fleischmann besonders feinmotorische Fähigkeiten und Wahrnehmung. Die Wahrnehmungsschwelle ist bei Kindern mit ADHS niedriger, deshalb sind sie leicht abzulenken. Darunter leidet ihre Fähigkeit, sich auf eine Aufgabe zu konzentrieren.

Wenn Fleischmann seinen Patienten die Wirkung von Methylphenidat erklärt, vergleicht er das Medikament mit einem Fernglas: Das Kind sehe in der Umgebung nicht mehr alles auf einmal, könne dafür aber eine bestimmte Stelle genauer inspizieren. Welche Stelle, entscheide das Kind. Die Therapie mit dem Methylphenidatpräparat Medikinet® beginnt mit 5 mg und wird wöchentlich hochtitriert bis eine zufriedenstellende Wirkung bei guter Verträglichkeit eingetreten ist. Die Dosis sollte so gering wie möglich gewählt und sobald unerwünschte Wirkungen auftreten reduziert werden.

Dr. Maren Mundt, Augsburg

**Werkstatt ADHS – Praxisworkshop: ADHS und Komorbiditäten, Unterschleißheim, 20.9.2014; Veranstalter: Medice**

**Tab. 1: Komorbiditäten bei ADHS**

| Komorbidität                    | Prävalenz (%) |
|---------------------------------|---------------|
| Oppositionelles Sozialverhalten | 50            |
| Störung des Sozialverhaltens    | 30–50         |
| Depressive Störungen            | 10–40         |
| Manische Störungen              | 16            |
| Bipolare Störungen              | 60–90         |
| Angststörungen                  | 20–30         |
| Teilleistungsstörungen          | 10–40         |
| Lese-Rechtschreib-Schwäche      | ca. 25        |
| Einschlafstörungen              | ca. 50        |
| Somatisierungsstörungen         | 20–25         |
| Ticstörungen                    | 30–50         |
| Alkoholmissbrauch/-Abhängigkeit | 17–45         |
| Drogenmissbrauch                | 9–30          |
| Nikotinmissbrauch/-Abhängigkeit | 15–19         |
| Autismus                        | 8             |
| Epilepsie                       | 6             |

Quelle: [http://adhspedia.de/wiki/Komorbidit%C3%A4t#cite\\_ref-depress\\_2-2](http://adhspedia.de/wiki/Komorbidit%C3%A4t#cite_ref-depress_2-2)

## Fokale Epilepsien: Frühzeitig eine Add-on-Therapie in Erwägung ziehen

➔ Vollständige Anfallsfreiheit und Erhalt des normalen Lebensstils sind vorrangige Ziele bei der Behandlung von Epilepsiepatienten. Häufig lassen sich diese Ziele nur durch eine Kombinationstherapie erreichen, berichtete Professor Martin Holtkamp, Epilepsie-Zentrum Berlin-Brandenburg, Berlin. Die Ergebnisse der Studien ZOOM (Zonisamid in partial onset seizures with One AED as baseline Medikation) [Hamer H et al. 11. ECE 2014; P134] und EPOS (Eslicarbazepine acetate in Partial Onset Seizures) [Holtkamp M et al. 11. ECE 2014; P140] zeigen, dass bei inadäquater Anfallskontrolle schon in frühen Behandlungsphasen eine Kombinationstherapie in Betracht gezogen werden sollte. Die Studien dauerten jeweils sechs Monate und schlossen Patienten mit fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung ein, die unter einer Monotherapie unzureichend kontrolliert waren.

### ZOOM und EPOS

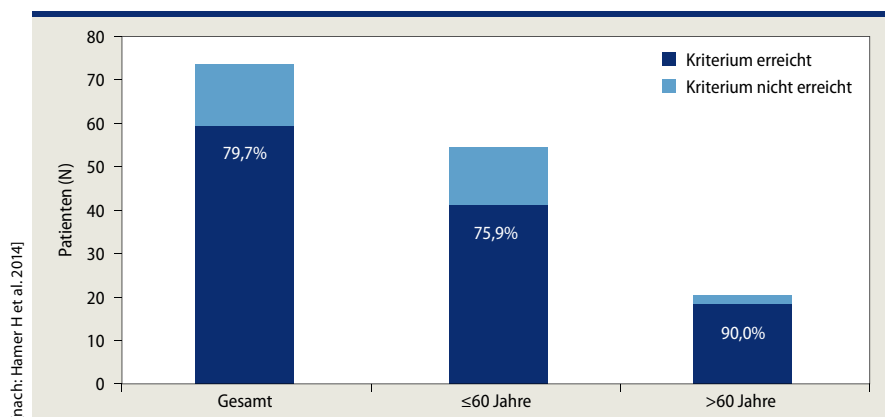
An der ZOOM-Studie nahmen insgesamt 92 Patienten teil (68 im Alter  $\leq 60$  Jahre und 24 im Alter  $> 60$  Jahre bei Erstdiagnose). Zusätzlich zu einer bestehenden antikonvulsiven Basistherapie erhielten sie Zonisamid (Zonegran®) als einziges Add-on. Die mittlere Dosis nach Titration war bei den älteren Patienten mit durchschnittlich 185,3 mg/d niedriger als bei den jüngeren (mittlere Dosis 229,2 mg/d), lag aber in beiden Gruppen unterhalb des gemäß Fachinformation üblichen Erhaltungsdosisbereiches von 300–500 mg/d.

Zonisamid wurde als Add-on von 82,8 % der Patienten beibehalten. Die höchste Retention wurde in der Kombination mit Lamotrigin beobachtet. 43,6 % der Patienten berichteten Anfallsfreiheit; 79,7 % waren Responder (Reduktion der Anfallsfrequenz um  $\geq 50$  %). In der Subgruppe der  $> 60$ -Jährigen lag die Responderate bei 90,0 %.

Eine Interimsanalyse von 92 Patienten der EPOS-Studie bestätigt ebenfalls den Erfolg einer Add-on-Therapie während einer frühen Behandlungsphase. In dieser Studie erhielten die Patienten Eslicarbazepinacetat (ESL, Zebinix®) zusätzlich zu einer bestehenden Monotherapie. Unter einer mittleren ESL-Dosis von 907,1 mg/d wurden 47,8 % der Patienten komplett anfallsfrei; bei 89,1 % sank die Anfallsfrequenz um  $\geq 50$  % (Responderkriterium). Die Retentionsrate lag bei 82,6 %.

Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass sich mit Zonisamid und ESL als Zusatztherapie hohe Retentionsraten von über 80 % und Anfallsfreiheitsraten von rund 45 % erreichen lassen. Die antikonvulsiven Effekte von Zonisamid und ESL waren mit einem günstigen Verträglichkeitsprofil und einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden. **Abdol A. Ameri**

**Fachpresse-Roundtable „Aspekte des Epilepsiemangagements aus Sicht des Praxisalltags: Ergebnisse der ZOOM- und EPOS-Studien“, Neurowoche 2014, München, 16.9.2014; Veranstalter: Eisai**



**Abb. 1:** Anteil der Patienten mit einer mindestens 50%igen Reduktion der Anfallsfrequenz (Responder) nach sechs Monaten Add-on-Therapie mit Zonisamid.

### Depressive erst zum DNA-Test?

— Depressive Patienten können angesichts der großen Bandbreite verfügbarer Antidepressiva in der Regel effektiv behandelt werden. Die Eignung der einzelnen Wirkstoffe ist jedoch, insbesondere bei Trizyklika, aufgrund der sehr unterschiedlichen Pharmakokinetik von Patient zu Patient verschieden und nicht vorhersagbar. So zeigt eine Metaanalyse zahlreicher Studien [Kirchheiner J. Pharmacogenetics of antidepressants and antipsychotics: the contribution of allelic variations to the phenotype of drug response Molecular Psychiatry 2004; 9: 442–73], dass Allelvarianten großen Einfluss auf die Response bei Antidepressivagabe haben. Der neue DNA-Test STADA Diagnostik Antidepressiva detektiert genetische Variationen, die mit der patientenabhängigen Kinetik assoziiert sind, und unterstützt den Arzt bei der Wirkstoffwahl sowie der Dosisfindung.

Nach Informationen von Stada

### Online-Programm deprexis® 2015 unter neuem Vertrieb

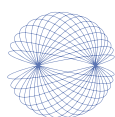
— Die Vertriebskooperation für das Online-Programm deprexis® zwischen Merz Pharmaceuticals GmbH und dem Unternehmen GAIA AG endet zum 31. Dezember 2014. Merz wird sich künftig auf die Bereiche Ästhetik und Bewegungsstörungen konzentrieren. Hier wird das Botulinum Neurotoxin in der ästhetischen und neurologischen Anwendung eine Schlüsselposition einnehmen. Die Distribution von deprexis® übernimmt GAIA künftig selbst.

Nach Informationen von Merz

### Kausaler Therapieansatz bei Duchenne Muskeldystrophie

— Für einen Teil der Patienten mit Duchenne Muskeldystrophie gibt es jetzt mit Ataluren (Translama®) erstmals einen kausalen Therapieansatz. Das „small molecule“ überbrückt die Blockade durch ein Stopcodon bei einer Nonsense-Mutation und es wird mehr funktionelles Dystrophin gebildet. Obwohl die Phase-III-Studie mit Ataluren noch läuft, wurde bereits eine vorläufige Zulassung erteilt.

Nach Informationen von PTC Therapeutics Germany



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ [www.bvbn.de](http://www.bvbn.de)**Vorstand/Beirat**

**1. Vorsitzender:** Frank Bergmann, Aachen  
**Stellv. Vorsitzender:** Gunther Carl, Kitzingen  
**Schriftführer:** Roland Urban, Berlin  
**Schatzmeister:** Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler  
**Beisitzer:** Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler; Gereon Nelles, Köln

**1. Vorsitzende der Landesverbände**

**Baden-Württemberg:** Birgit Imdahl  
**Bayern:** Gunther Carl  
**Berlin:** Gerd Benesch  
**Brandenburg:** Holger Marschner  
**Bremen:** Ulrich Dölle  
**Hamburg:** Guntram Hinz  
**Hessen:** Rudolf Biedenapp  
**Mecklenburg-Vorpommern:** Ramon Meißner, Frank Unger  
**Niedersachsen:** Norbert Mayer-Amberg  
**Nordrhein:** Frank Bergmann, Angelika Haus  
**Rheinland-Pfalz:** Günther Endrass  
**Saarland:** Helmut Storz  
**Sachsen:** Ulrike Bennemann  
**Sachsen-Anhalt:** Michael Schwalbe  
**Schleswig-Holstein:** Fritz König  
**Thüringen:** Volker Schmiedel  
**Westfalen:** Rüdiger Saßmannshausen

**Ansprechpartner für Themenfelder**

**EBM/GÖÄ:** Gunther Carl, Frank Bergmann  
**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, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim, 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, Neuroophthalmologie:** 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  
**Schmerztherapie Neurologie:** Uwe Meier, Monika Körwer  
**Suchttherapie:** Ulrich Hutschenreuter



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ [www.neuroscout.de](http://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



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ [www.bv-psychiater.de](http://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

**Geschäftsstelle des BVDN**

D. Differt-Fritz  
 Gut Neu Hof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld  
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925  
 E-Mail: [bvbn.bund@t-online.de](mailto:bvbn.bund@t-online.de)  
**Bankverbindung:** Sparkasse Duisburg  
 IBAN DE 04350500000200229227,  
 BIC DUISDE 33 XXX  
**BVDN Homepage:** <http://www.bvbn.de>  
**Cortex GmbH** s. oben Geschäftsstelle BVDN

**Delegierte in Kommissionen der DGN**

**Leitlinien:** Uwe Meier  
**Versorgungsforschung:** Uwe Meier  
**Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:** Rolf Hagenah  
**Anhaltzahlen/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-Merk  
**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

**Übende Verfahren – Psychotherapie:** Gerd Wermke  
**Psychiatrie in Europa:** Gerd Wermke  
**Kontakt BVDN, Gutachterwesen:** Frank Bergmann  
**ADHS bei Erwachsenen:** Bernhard Otto  
**PTSD:** Christa Roth-Sackenheim  
**Migration sensible 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:** Sabine Köhler  
**Westfalen:** Rüdiger Saßmannshausen

# 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 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- ☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN)  
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- ☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- ☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)  
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- ☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- ☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.

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:

- |                                                                                         |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortschritte Neurologie / Psychiatrie                          | <input type="checkbox"/> Aktuelle Neurologie      |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG                            | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis    |
| <input type="checkbox"/> Die Rehabilitation                                             | <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Dialog |
| <input type="checkbox"/> PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Balint-Journal           |

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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.

IBAN: \_\_\_\_\_

bei der \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

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.)