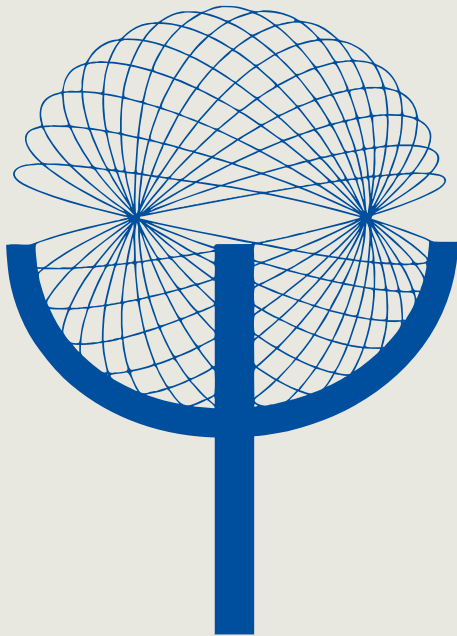


NEUROTRANSMITTER

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

BVPD-Sonderheft
zum Kongress
der DGPPN 2015

Der Mensch im
Mittelpunkt



Versorgung neu denken

Psychisch kranke Flüchtlinge

Wie wird man ihnen gerecht?

Ambulante Herausforderungen

Behandlernetzwerk und Modellprojekte

Stationäre Behandlung

Modular und budgetbasiert abrechnen



» Kommen Sie nach Berlin und tanken Sie wieder frisches Identitätsgefühl auf für Ihre Tätigkeit als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie! «

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

Der Mensch im Mittelpunkt

Mit dieser Sonderausgabe zum DGPPN-Kongress 2015 möchte der Vorstand des BVDP Ihnen wieder einen vielseitigen Themenmix präsentieren, der dazu anregt, das Heft zu sammeln und so stets einen Überblick über neueste Forschungsthemen in der Psychiatrie, Entwicklungen in der Selbsthilfe und Fortschritte in der Versorgungsebene zu haben. Darüber hinaus bietet es sich mit Tipps und Empfehlungen zum Veranstaltungsangebot als idealer Kongressbegleiter an.

„Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken“ – so lautet das diesjährige Motto des Kongresses. Fast ein Selbstläufer, denken Sie vielleicht als Erstes. Für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist das doch selbstverständlich. In unserem Beruf ist es ein großer Quell der Freude, uns täglich ganz verschiedenen Aufgabenstellungen mit Menschen mit den unterschiedlichsten Persönlichkeiten, Biografien, Schicksalen und Bewältigungsmöglichkeiten widmen zu dürfen. Routinen kennen wir kaum. In der Medizin als Gesamtdisziplin ist es jedoch eine Gewohnheit geworden, eher Prozeduren zu beschreiben und daran die Vergütung zu knüpfen. Das führt in vielen Bereichen dazu, dass der kranke Mensch in diese Prozedur passen muss und nur mit einer verengten Symptomauswahl gesehen wird. Auch das Fach Psychiatrie kämpft derzeit im stationären Sektor mit dieser Medusa.

Andererseits ist das Verständnis für die Individualität der Krankheitsentstehung und der Behandlungsmöglichkeiten deutlich gewachsen. Wir verstehen besser, warum der Eine eine Krankheit entwickelt und der Andere nicht. Wir haben zunehmend gelernt, warum manche Menschen von bewährten Behandlungsmethoden einfach nicht profitieren und was wir tun können, um auch diesen Menschen zu helfen. Das Bewusstsein, so banal das klingt, dass kein Mensch wie der andere ist, hält in der Medizin Einzug und damit auch in der Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Psychotherapie entwickelt sich auf Basis der Richtlinien-Verfahren weiter und es entstehen gute Behandlungskonzepte aus Verfahren, Methoden und Techniken, die mit einer strengen, in der Vergangenheit manchmal ideologisierten Schulorientierung nichts mehr zu tun haben, sondern auf die Individualität des Patienten abgestimmt sind.

Unser medizinisches Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie ist eines der innovativsten medizinischen Gebiete. Das Gehirn, seine Funktion, die Entstehung psychischer Erkrankungen und deren Behandlung, ist einer der letzten „weißen Flecken auf der Landkarte“.

Kommen Sie nach Berlin, erleben Sie den Kongress, tanken Sie wieder frisches Identitätsgefühl auf für Ihre Tätigkeit als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Lassen Sie sich von den Neuigkeiten inspirieren, erleben Sie die Gemeinschaft mit Fachkollegen und gehen Sie hoffentlich mit viel Freude wieder zurück an Ihre jeweilige Wirkungsstätte in der Praxis oder der Klinik.

Gemeinsam mit dem Vorstand des BVDP wünsche ich Ihnen einen spannenden Kongress. Wir freuen uns auf Sie!

Ihre

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

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

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

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

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

Ladungsfähige Anschrift und Kontaktdaten: Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400, www.springerfachmedien-medizin.de

Geschäftsführer: Joachim Krieger, 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), E-Mail: carin.szostecki@springer.com, Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

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
Zur Zeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 18 vom 1.10.2015.

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

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

Bezugspreise: Einzelheft 25 €, Jahresabonnement 209 € (für Studenten/AIP: 125,40 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 31 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 52 € 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: PHOENIX PRINT GmbH, Alfred-Nobel-Str. 33, 97080 Würzburg

© Springer Medizin Verlag GmbH

ISSN 1436-123X



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2014

3 Editorial

Der Mensch im Mittelpunkt

Kongresslotse

6 Der Mensch im Mittelpunkt – Versorgung neu denken

Eine Vorschau auf das Programm des diesjährigen DGPPN-Kongresses

41 Kongresstipps der Jungen Akademie

Rund um den Beruf

8 Was ist der richtige Weg zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge?

Der BVDP und das Modellprojekt von BÄK und BPtK
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

12 Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe

Eine Stellungnahme der DGPPN
Wolfgang Maier, Bonn, Gabriel Gerlinger, Berlin, Manfred Wolfersdorf, Bayreuth, Frank Schneider, Aachen und Iris Hauth, Berlin

15 Novellierung der Richtlinien-Psychotherapie

Die Interessen der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

16 Was tut sich bei EBM und GOÄ?

Nachgefragt bei Dr. Bernhard Rochell,
KBV-Verwaltungsdirektor

18 20 Jahre PsychKG – die Arbeit des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener RLP

Erfahrungsbericht eines Psychiatrie-Erfahrenen
Franz-Josef Wagner, Trier

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Versorgung

22 **Zusätzliche Niederlassungen nur über den Sonderbedarf möglich**

Interview mit Dr. Bernhard Gibis, KBV, zur
Bedarfsplanung

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

24 **Transsexualität**

Behandlernetzwerk München: ein Beispiel für
ambulante, regionale, vernetzte interdisziplinäre
Versorgung

Peter-Christian Vogel, München

28 **„Seelische Krisen rund um die Geburt“**

Ein Interdisziplinäres Versorgungskonzept in
Thüringen

Sabine Köhler, Jena

31 **Es gibt eine Alternative zum PEPP!**

Budgetbasiertes versus pauschalierendes
Entgeltsystem

Iris Hauth, Berlin

Fortbildung

34 **Autismus-Spektrum-Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie**

Neue Konzepte im DSM-5

Ludger Tebartz van Elst, Freiburg

Nachwuchs- und Öffentlichkeitsarbeit

40 **Junge Impulse aus den eigenen Reihen**

Die Junge Akademie der DGPPN

Berend Malchow, München, Jürg Beutler, Berlin, Slava Platikanova, Berlin

42 **Psychiater im Netz**

Besucherrekord auf der Patienteninformationsseite

Jochen Lamp, Frankfurt

3 **Impressum**

44 **Buchtipps**

46 **Pharmaforum**

50 **Verbandsservice**



Versorgung neu denken

Was braucht es, damit psychisch erkrankte Menschen heute und in Zukunft qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, psychologische und soziale Hilfe erhalten? Diese Frage steht im Zentrum des DGPPN-Kongresses 2015 unter dem Titel „Der Mensch im Mittelpunkt: Erwartungen, Bedarfe, Qualität und Gerechtigkeit in der Versorgung psychisch kranker Menschen“.

Auch diese NeuroTransmitter-Sonderausgabe zum DGPPN-Kongress befasst sich schwerpunktmäßig mit dem Thema Versorgung.

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 8930

E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Titelbild: © Fiedels / Fotolia.com

DGPPN-Kongress 2015

Versorgung neu denken



© Holger Groß / DGPPN

Psychische Erkrankungen gehören in Deutschland zu den bedeutsamsten Gesundheitsproblemen, das zeigt sich insbesondere in Bezug auf die Krankschreibungen und Frühverrentungen. Die Nachfrage nach Diagnostik und Behandlung ist sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich gestiegen. Vor diesem Hintergrund sieht sich die Versorgung mit großen Herausforderungen konfrontiert.

Vor 40 Jahren veröffentlichte die Enquetekommission der Bundesregierung ihren Abschlussbericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Seither hat sich die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen in Deutschland auf allen Ebenen verändert und weiterentwickelt. Auch wenn sich nach aktuellen Daten des Robert Koch-Instituts – entgegen der weitverbreiteten Annahme – in den letzten 15 Jahren keine Erhöhung der Prävalenz psychischer Erkrankungen feststellen lässt, ist der Hilfebedarf trotzdem deutlich gestiegen. Es stellt sich daher die Frage, wie sich in Zukunft sicherstellen lässt, dass psychisch erkrankte Menschen qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, therapeutische und soziale Hilfe erhalten? Diese Thematik soll schwerpunktmäßig auf dem DGPPN-Kongress 2015 bearbeitet werden, der unter dem Motto „Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken“ steht.

Nationale und internationale Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Politik werden neue Versorgungskonzepte vorstellen und das Potenzial von gestuften, bedarfsgerechten, personenzentrierten und sektorenüber-

greifenden Versorgungsmodellen diskutieren.

Rund 9.000 Teilnehmer werden vom 25. bis 28. November 2015 im Berliner CityCube zum DGPPN-Kongress 2015 erwartet. Über 650 Einzelveranstaltungen bieten einen umfassenden Überblick über aktuelle Entwicklungen im Fachgebiet. Ein spezieller Schwerpunkt richtet sich in diesem Jahr dabei auch erstmals an Hausärztinnen und -ärzte.

CME-Fort- und Weiterbildung

Forschung, Wissen und Praxis entwickeln sich auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie laufend weiter. Deshalb bildet die Akademie für Fort- und Weiterbildung ein zentrales Element des DGPPN-Kongresses. Über 80 Workshops stehen auf dem Programm, bei deren Planung wissenschaftliche und verfahrenstechnische Erkenntnisse berücksichtigt werden, die zum Erhalt und zur Fortentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenzen beitragen. Im Vordergrund stehen die Vermittlung fachspezifischer und fachübergreifender Inhalte sowie das Einüben praktischer Fertigkeiten. Viele Kolleginnen und Kollegen nutzen die qualitativ hochstehenden und vielfältigen Angebote der DGPPN-Akademie für

Fort- und Weiterbildung für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikats. Insgesamt können auf dem DGPPN-Kongress mehr als 30 CME-Punkte erworben werden. Hier einige Beispiele aus dem Programm:

1-Tages-Workshops

- Verhaltenstherapie bei Patienten mit therapieresistenten Zwangsstörungen und deren Angehörigen
- Intensivkurs Pharmakotherapie
- Psychotherapie bei Patienten mit Diabetes und psychischen Störungen
- Psychokardiologie: eine Einführung
- Phänomenologische Psychopathologie schizophrener Störungen
- Update Suchttherapie
- Pathologische Trauer
- Psychotherapie bei beruflichen Belastungen

2-Tages-Workshops

- Psychopharmakologie – Update 2015
- ADHS im Erwachsenenalter
- Update Neuropsychiatrie und Neurologie
- Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
- Psychiatrische Kurzzeittherapie bei Alkoholabhängigkeit
- Ein Blick ins Gehirn: Aktuelles aus den Neurowissenschaften

Highlights aus dem Programm

Das gesamte Kongressprogramm ist ab sofort auf www.dgppn.de abrufbar. Die folgenden Veranstaltungen sind vielleicht für Sie von Interesse:

Mittwoch, 25.11.2015

- Kongresseröffnung mit dem Mediziner Giovanni Maio (Freiburg i. Br.) und dem Bayerischen Ärztetheater
- Besondere Veranstaltung mit WPA-Präsident Dinesh Bhugra (London/UK) – Trauma and migration: refugees and asylum seekers in Europe
- **Symposium: Die momentane Krise in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Wege zu einer besseren Passgenauigkeit**
- Diskussionsforum: Radikalisierung – wenn Menschen extrem werden
- **Symposium: Frischer Facharzt – was nun? Optionen der Niederlassung und der klinischen Laufbahn**

Donnerstag, 26.11.2015

- Plenarvortrag: Jeffrey A. Lieberman (New York/USA) – Pathogenic mechanisms in early psychosis: implications for diagnosis and treatment

- Hauptsymposium: Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
- Besondere Veranstaltung: Breakthroughs in Psychiatry: Induzierte pluripotente Stammzellen in der Psychiatrie
- **Diskussionsforum: Der niedergelassene Psychiater als Hausarzt für psychisch Kranke und Lotse im Psychodschungel**
- **Gesundheitspolitisches Forum: Variationen der regionalen Dichte in der primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen: echte Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit?**

Freitag, 27.11.2015

- Lecture: Dieter Riemann (Freiburg i. Br.) – Schlaf, Schlaflosigkeit und psychische Erkrankungen
- Hauptsymposium: Die Wirkung der Antipsychotika auf das Gehirn – eine Bestandsaufnahme

- Hauptsymposium: E-Mental Health in der Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen.
- **Symposium: Der Mensch im Mittelpunkt in der ambulanten psychiatrischen Versorgung: Wie können komplexe Versorgungsaufgaben gemeistert werden?**

Samstag, 28.11.2015

- Lecture: Elisabeth Binder (München) – Translationale Forschung in der Psychiatrie
- Hauptsymposium: Der Deutsche epidemiologische Gesundheitssurvey (DEGS) – aktueller Stand der Analysen
- Symposium: Neue Versorgungsansätze für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Symposium: Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund

- Internet- und Computerspielabhängigkeit: Diagnostik, Therapie und Prävention
- Motivational Interviewing

Über 30 State-of-the-Art-Symposien

Fester Bestandteil des DGPPN Kongresses sind die State-of-the-Art-Symposien, die in kompakter Form leitlinienorientiertes Wissen zu den wichtigsten psychischen Erkrankungen darbieten. Jeweils zwei führende Experten beleuchten dabei den neuesten Stand der Entwicklungen in Forschung und Praxis. 2015 stehen über 30 Symposien auf dem Programm, unter anderem zu den Themen Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Bipolare Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Chronische und therapieresistente Depression, Demenzen, Chronisches Schmerzsyndrom, Dissoziative Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Psychotherapie der Psychosen, Somatoforme Störungen, Suizid und Suizidalität, Tic-Störungen, Verhaltensabhängigkeiten, Schizophrenie, Unipolare Depression, Zwangsstörungen und weitere mehr.

Plattform für den fachlichen Austausch

Das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich permanent im Wandel. Wie kaum eine andere medizinische Disziplin muss es auf gesellschaftliche und politische Entwicklungen reagieren. Gleichzeitig entwickelt sich das Wissen über die Ursachen psychischer Erkrankungen rasant weiter, woraus sich große Potenziale für die Entwicklung neuer präventiver, diagnostischer und therapeutischer Ansätze ergeben. Der DGPPN-Kongress 2015 greift

diese Themen auf und bietet den Teilnehmern die Möglichkeit, sich in zahlreiche interaktive Formate einzubringen. Neben den Mitgliederforen zur Strukturqualität und Entgelt, zur Novelisierung der Muster-Weiterbildungsordnung und zum Betreuungsrecht geht es in einem gesundheitspolitischen Forum um Variationen der regionalen Dichte in der primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen. Daneben greifen Diskussionsforen und Pro-Con-Debatten aktuelle Fragestellungen aus dem Fachgebiet auf. red

Jetzt für den DGPPN-Kongress 2015 anmelden

Das gesamte Kongressprogramm ist auf www.dgppn.de abrufbar. Dort können Sie sich auch online für den Kongress registrieren. Kurz Entschlossene können sich auch direkt vor Ort im CityCube Berlin anmelden.

Übrigens: für DGPPN-Neumitglieder 2015 ist der Eintritt frei!



© Holger Groß / DGPPN

Zum Modellprojekt von BÄK und BPtK

Was ist der richtige Weg zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge?

Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) haben auf Anfrage der Integrationsministerkonferenz und der Gesundheitsministerkonferenz zur Frage der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge einen Vorschlag zu einem Modellprojekt zur besseren psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung vorgelegt*. Aus Sicht der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie gibt es einige Punkte, die berücksichtigt werden sollten.

Zunächst ist das vorgelegte Modellprojekt ganz außerordentlich zu begrüßen. Einige Punkte sollen aus Sicht der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie hier zusätzlich kommentiert und ergänzt werden.

Insbesondere die im vorgelegten Modellprojekt vorgetragene Forderung nach der Finanzierung von qualifizierten „Sprachmittlern“, wie der Terminus hier heißt, wird ausdrücklich unterstützt. Die Übersetzung der in Sprache ausgedrückten Symptomschilderung und der Schilderung der Entwicklung eines Symptoms sollte nicht dem Zufall oder der Fin-

dungsgabe des Arztes oder Psychotherapeuten überlassen werden, oder davon abhängig sein, ob zufällig ein bereits beider Sprachen mächtiges Familienmitglied des Betroffenen anwesend ist. Die Forderung nach entsprechend geschulten, in der Kultur des Betroffenen beherrschenden Sprachmittlern setzt auf mehr als die reine Übersetzung von Wortinhalten: Durch sie wird ein komplexer Zugang und ein wesentlich tieferes Verständnis des kulturellen Zusammenhangs des Erlebten ermöglicht. Die besondere Schulung und auch die weitere Betreuung und Unterstützung der

Sprachmittler selbst ist unter anderem nicht zuletzt deshalb von Bedeutung, da sie durch die Übersetzung der von den Betroffenen geschilderten Erlebnisse ebenfalls besonderen Belastungen ausgesetzt sind.

Es wird sicher so sein, dass etwa die Hälfte der Flüchtlinge traumatische Erlebnisse erfahren hat. Streng genommen muss man sogar annehmen, dass die Flucht aus der Heimat unter lebensgefährlichen Bedingungen für jeden Menschen eine besondere Belastung darstellt. Damit darf aber nicht grundsätzlich gleichgesetzt werden, dass alle diese Betroffenen auch zwangsläufig eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) oder eine Traumafolgestörung entwickeln. In gleichem Maße besteht hier ein Risiko für das Auftreten einer depressiven Störung, einer Schlafstörung oder auch insbesondere einer chronischen Schmerzstörung.

Gestufte Interventionen

Wir schätzen deshalb den Hilfebedarf traumatisierter Flüchtlinge als sehr komplex ein und fordern demzufolge die Schaffung von zunächst niederschwellig erreichbaren psychosozialen Interventionen, gefolgt von gestuften multimodalen Behandlungskonzepten. Wesentliche Bedingungen für eine gelingende Integration als Beitrag zur Prävention einer PTSD, einer komplexen Traumafolgestörung und damit auch somatischen Fol-

Wie erleben und verarbeiten Kinder und Jugendliche lebensbedrohliche Ereignisse wie Krieg, Vertreibung und Flucht?

© picture alliance / Christian Müller



*http://www.bptk.de/uploads/media/20151016_Vorschlag_Modellprojekt_Versorgung_psychisch_kranker_Fluechtlinge_BPtK_BAEK.pdf

geerkrankungen sind zunächst einmal die Schaffung eines sicheren Aufenthaltsortes, realistische Aussichten auf Arbeit und das Knüpfen tragfähiger sozialer Netze – gegebenenfalls durch psychosoziale Interventionen – sowie eine medizinische Versorgung wie etwa die Behandlung von chronischen Wunden und Infekten und die Beseitigung von Mangelernährung.

Viele Flüchtlinge wollen sich selbst auch eher „normalisieren“ als sich „psychopathologisieren“ lassen, insbesondere da sie annehmen, durch das „Zuschreiben“ einer psychischen Störung eine schlechtere Chance auf Integration zu haben. Ihre primären Ziele sind oft Arbeit zu finden, Leistung zeigen zu können, Geld zu verdienen und eine sichere wirtschaftliche Situation zu schaffen. Damit kann man die Familie im Heimatland unterstützen und eventuell ein späteres Nachreisen weiterer Familienmitglieder ermöglichen. Oft hat die Familie im Heimatland ihre Existenz riskiert, um die Flucht des oder der Betroffenen zu ermöglichen.

Man mag spekulieren, ob es unter den ankommenden Menschen, die zunächst symptomfrei erscheinen und eine augenscheinlich gelingende Integration durchlaufen, in 10 bis 15 Jahren eine Zunahme von zum Beispiel Schmerzerkrankungen, Depressionen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Trauma-Spätfolgen geben wird. Diese Beobachtung würde man nicht das erste Mal machen, was für die Schaffung präventiver Angebote spricht. Sind jedoch bereits manifeste Symptome einer PTSD oder anderer psychischer und somatischer Traumafolgestörungen vorhanden, zum Beispiel bei Opfern von Folter, plädieren wir für ein bedarfsgerechtes multimodales Behandlungsangebot.

Wir sprechen uns an dieser Stelle für ein gestuftes Angebot an zunächst niedrigschwellig erreichbaren, präventiv wirksamen psychosozialen Interventionen aus, gefolgt von Screening-Angeboten, um schwerer Betroffene zu identifizieren. Diesen sollte ein multimodales Komplex-Behandlungsangebot gemacht werden, das aus Psychoedukation, traumaspezifischer Psychotherapie, psychosomatischer Schmerztherapie und auch Psychopharmakotherapie und gegebener

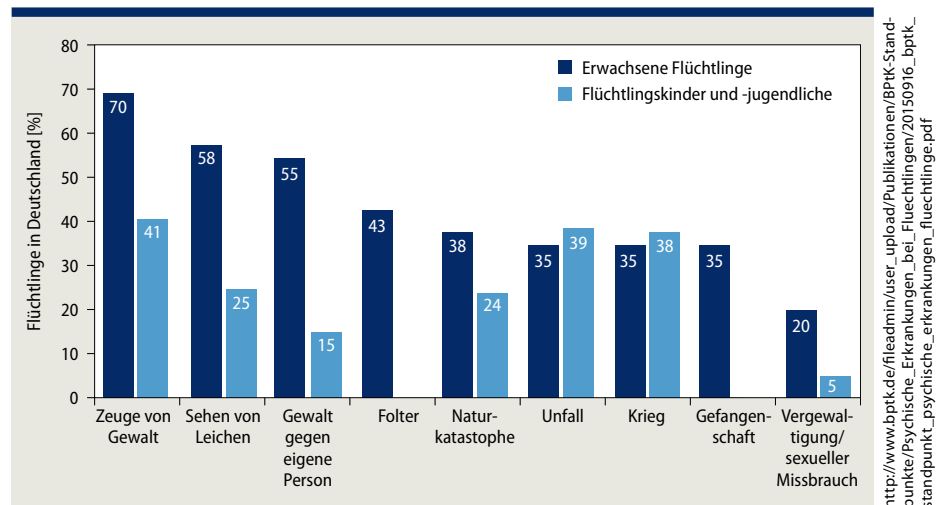


Abb. 1: Traumatische Erlebnisse im Heimatland oder auf der Flucht bei Asylbewerbern in Deutschland (Mehrfachnennungen möglich) nach Angaben der BPTK 2015. Damit ist nicht gleichzusetzen, dass alle Betroffenen auch zwangsläufig eine PTSD oder Traumafolgestörung entwickeln.

nenfalls weiterer wissenschaftlich fundierter Bausteine bestehen kann.

Komplexes Problem: unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Der Bundesrat hat den Gesetzentwurf zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher am 16. Oktober gebilligt. Bereits am Tag zuvor hatte der Bundestag den von Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig vorgelegten Gesetzentwurf abschließend beraten und beschlossen. Die Regelung soll bereits zum 1. November 2015 in Kraft treten. Im Folgenden werden einige Fakten zum neuen Gesetz genannt. Leider müssen wir gemeinsam mit den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie feststellen, dass sich mit Erreichen des 18. Lebensjahres für diese jungen Menschen quasi alles ändern kann. Und mit diesen Problemen kämen sie zu uns in die Erwachsenen-Psychiatrie-Versorgung.

Aufnahmepflicht der Länder

Das Gesetz regelt eine bundesweite Aufnahmepflicht der Länder, die sich am Kindeswohl und dem besonderen Schutzbedürfnis von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) ausrichtet. Zugleich wird das Mindestalter zur Begründung der Handlungsfähig-

keit im Asylverfahren von 16 auf 18 angehoben. Dadurch bekommen auch 16- und 17-Jährige für das komplexe Asylverfahren eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter und werden nicht länger wie Erwachsene behandelt.

Das Gesetz stellt außerdem klar, dass ausländische Kinder und Jugendliche Zugang zu Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe haben, das heißt sie können beispielsweise eine Kita oder einen Hort besuchen oder an Sportangeboten der Jugendarbeit teilnehmen.

Unser „Schwester-Berufsverband“ BKJPP hat gemeinsam mit der Fachgesellschaft DGKJP hierzu mehrfach und dezidiert Stellung genommen. Kritisiert wurde insbesondere, dass im 18. Lebensjahr dann immer noch eine Abschiebung drohen kann, auch wenn prägende Integrationserfahrungen gemacht wurden. Die Heranwachsenden müssten dann in ein ihnen fremd gewordenes Geburtsland zurückkehren.

„Mit Vollendung des 18. Lebensjahres drohen den Jugendlichen zum einen die Abschiebung, zum anderen eine Unterbringung in einer Asylantenunterkunft, der Abbruch der Ausbildung und das Erlöschen einer unterstützenden Vormundschaft. Auch die gesundheitliche und materielle Versorgung wird dann möglicherweise nicht mehr im vorheri-

gen Umfang gewährleistet. Dieses Szenarium wirkt sich oft schon im Vorfeld der Volljährigkeit stark destabilisierend aus, die psychisch hochbelasteten Jugendlichen werden von ihrer Vergangenheit und damit verknüpften Ängsten und Traumatisierungen „eingeholt“ und retraumatisiert. Positive therapeutische Entwicklungen werden gefährdet oder sind aufgrund der subjektiv empfundenen Bedrohung gar nicht möglich. Gerade die Bedingungen für eine oftmals indizierte spezifische Traumatherapie sind oft nicht gegeben. Zahlreichen jugendlichen Flüchtlingen droht in dieser Situation eine seelische Behinderung beziehungsweise ihre Teilhabechancen sind im Sinne einer seelischen Behinderung stark eingeschränkt. Dennoch haben die meisten UMF de facto keinen Zugang zur Eingliederungshilfe wie andere in Deutschland aufgewachsene Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen.

Das ansonsten hohe Maß an individueller und professioneller Unterstützung, das die UMF bis zum 18. Geburtstag erfahren können, steht in traurigem Kontrast dazu, was ihnen danach verbindlich zusteht. An dieser Schnittstelle liegen bisher keine ausreichenden gesetzlichen Regelungen vor.

Transitionsprozesse sind für alle seelisch belasteten Jugendlichen oft schwierig, deshalb gibt es sowohl im SGB VIII als auch in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sozialrechtliche Übergangsregelungen. Daneben wird aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht die Bedeutung einer (trauma)therapeutischen Versorgung von UMF und die damit verbundene notwendige Eingliederungshilfe nicht hinreichend deutlich. Dies obwohl der Referentenentwurf bereits im zweiten Satz richtig feststellt: „Es sind junge Menschen, die häufig Schreckliches erlebt haben, zum größten Teil physisch und psychisch stark belastet oder möglicherweise hochtraumatisiert sind.“ Dies legt doch zumindest nahe, die therapeutische Versorgung auch im Gesetzentwurf zu betonen.

Im Weiteren werden von BKJPP und DGKJP Übergangsregelungen gefordert. Hier wird auf die EU-Richtlinie 2003/9/EG des Rates der Europäischen Union zur Festlegung von Mindestnormen für

die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten verwiesen. „Die Mitgliedstaaten dürfen eine weiterführende Bildung nicht mit der alleinigen Begründung verweigern, dass die Volljährigkeit erreicht wurde.“

Die Stellungnahme der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie endet mit drei zentralen Forderungen:

- Die Verteilung von UMF muss in erster Linie am Kindeswohl ausgerichtet sein.
- Der psychischen Verfassung von UMF muss besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Untersuchungen sollten genau wie etwaige Begutachtungen möglichst unter Beteiligung kinder- und jugendpsychiatrischer Expertise erfolgen.
- Es müssen geeignete Übergangslösungen für UMF nach Erreichen der Volljährigkeit geschaffen werden, um bereits begonnene Therapien und Bildungsangebote nicht zu gefährden.

Fazit

Es macht Sinn, sich möglichst frühzeitig Gedanken um die Anforderungen an eine qualifizierte medizinische und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen zu machen. Das Angebot muss gestuft und bedarfsgerecht sein. Es gibt zwei zentrale Forderungen: erstens die Bereitstellung von qualifizierten Sprachmittlern und zweitens die Schaffung bedarfsgerechter multimodaler Versorgungsangebote, die aufeinander abgestimmte gestufte medizinische und psychotherapeutische Module enthalten.

Wir unterstützen auch die Forderungen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für die Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Insbesondere unterstützen wir die Forderung nach einem Transitionsmanagement nach Erreichen des 18. Lebensjahres. Eine laufende Maßnahme (ob Behandlungs- oder Bildungsmaßnahme) darf nicht mit der alleinigen Begründung des Erreichens der Volljährigkeit beendet werden. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Hier steht eine Anzeige.



Stellungnahme der DGPPN

Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe

Die derzeitige gesellschaftspolitische Debatte vor dem Hintergrund eines Gesetzgebungsprojektes zur Suizidbeihilfe, auch durch Ärzte, die nicht selten fälschlicherweise als Sterbehilfe bezeichnet wird, veranlasst die DGPPN zu einer eindeutigen Positionierung: Beihilfe zur Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Aus psychiatrischer Sicht muss stattdessen der Schwerpunkt auf Suizidprävention und auf dem Kampf um das Leben jedes einzelnen Menschen liegen.

Die aktuelle gesellschaftliche Debatte zur Suizidbeihilfe betrifft die Psychiatrie in besonderer Weise. Selbsttötungsgedanken (oder -versuche) und Suizidrisiko sind häufige Begleitphänomene fast aller schweren psychischen Erkrankungen. Die überwiegende Mehrheit der derzeit jährlich etwa 10.000 Suizide in unserem Land wird von Menschen mit psychischen Erkrankungen vollzogen. Daher hat sich die Psychiatrie in Forschung und Praxis sehr intensiv mit Suizidversuchen und Suiziden sowie deren Verhütung befasst.

In der öffentlichen Diskussion heißt es oft, dass Menschen mit schweren somatischen Erkrankungen, die um Beihilfe zum Suizid bitten, sich grundsätzlich von suizidalen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterscheiden

würden. Auch in der politischen Diskussion werden vorzugsweise Beispiele von ausschließlich durch körperliche Krankheit verursachte Leiden mit terminaler Prognose angeführt. Diese Polarisierung verkennt die Realität: Oft gehen das Leid bei körperlicher Krankheit und das psychische Leid (zuweilen auch als Folge des körperlichen Leidens) untrennbar ineinander über. Es ist ein komplexes Bedingungsgefüge, das den schwindenden Lebenswillen und das Dringen auf einen vorzeitigen Tod bestimmt.

Suizide lassen sich verhüten

Die Erfahrung von Psychiatern und Psychotherapeuten ist es, dass ursprünglich aus der Erfahrung körperlicher Krankheit entstandene Leidenszustände oft von einer verzweifelden und depressiven

Verstimmung mitbestimmt werden. Daraus kann das Erleben von völliger Ausweg- und Hoffnungslosigkeit erwachsen, das die Sterbewünsche und das Suizidbegehren hervorbringt. Solche psychischen Zustände, die oft als begleitende, krankheitswertige Depressionen in Erscheinung treten, sind vor allem anderen Anlass für Hilfe zum Leben: für die Zuwendung der Vertrauenspersonen, die Fürsorge von Pflegenden und Ärzten sowie eine angemessene Therapie. Fürsorgliche Zuwendung, Empathie und Therapie können bei vielen Betroffenen zu einer veränderten Einstellung zu ihrem Leiden beitragen und den Lebenswillen unterstützen.

Der besondere Auftrag von Psychiatrie und Psychotherapie

Solche Interventionsmöglichkeiten können leicht ungenutzt bleiben, wenn die körperliche Krankheit vorschnell und ausschließlich als Ursache für den leidensbedingten Sterbewunsch verstanden wird und daraus auf die Unabwendbarkeit des Todeswunsches geschlossen wird. Unabhängig von den jeweiligen Gründen kranker Menschen, mit der Bitte um Suizidhilfe an ihre Ärzte heranzutreten, ist die Auseinandersetzung darüber mit dem Ziel der Hilfe zum Leben das Ziel jedes Psychiaters und Psychotherapeuten. Denn eine unumstrittene Erkenntnis der Suizidforschung ist, dass ein offener, ernster und vertrauensvoller Austausch über den individuellen Sterbewunsch beabsichtigte Suizide fast immer verhütet.



Eine unumstrittene Erkenntnis der Suizidforschung ist, dass ein offener, ernster und vertrauensvoller Austausch über den individuellen Sterbewunsch beabsichtigte Suizide fast immer verhütet.

Psychiatrie und Psychotherapie haben im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen mit psychischen Erkrankungen Hilfsangebote und Behandlungsprinzipien entwickelt, die für die aktuelle Diskussion bedeutsam sind. Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind dem Leben zugewandt: Es ist ihre zentrale Aufgabe, Menschen mit Suizidabsichten im vertrauensvollen Gespräch Mut und Hilfe zum Leben zu vermitteln. Einige Überlegungen dazu seien im Folgenden zusammengefasst:

- Zur Suizidprävention gehört die Hilfe zum Leben und zur Überwindung der Angst vor wahrgenommenen gegenwärtigen oder zukünftigen Bedrohungen durch Krankheiten. Viele Menschen entwickeln im selbstbestimmten Zustand Selbsttötungsabsichten aus der Angst vor einem zukünftigen Autonomieverlust oder der Furcht vor dem vollständigen Angewiesensein auf Andere.
- Aufklärung, Beratung sowie vertrauensbildende Gespräche können diese Ängste mildern und Selbsttötungsabsichten vorbeugen. Das kann jedoch nur dann umfassend und erfolgreich sein, wenn es gelingt, die Wertschätzung und das Bild von psychisch Erkrankten oder Pflegebedürftigen in der Öffentlichkeit ebenso wie in deren Lebenswelt zu verbessern.
- Indem Menschen um Hilfe bei der Selbsttötung bitten, öffnen sie sich für Gespräche. Sie werden damit für ihre Vertrauten erreichbar und lassen sich auf eine Auseinandersetzung, oft mit ihrem Arzt, über ihre Ängste und Absichten ein. Sie geben sich und den Anderen damit die Chance, einen Ausweg aus der vermeintlichen Hoffnungslosigkeit zu finden. Dieser Weg darf nicht verschlossen werden. Ein vertrauensvoller und lebensorientierter Austausch über den individuellen Sterbewunsch verhütet Selbsttötungen und muss von der Gesellschaft sichergestellt werden.
- Akute Suizidalität ist ein psychiatrischer Notfall. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen haben die meisten suizidalen Handlungen auch bei chronisch wiederkehrender Suizidalität kurzschlüssigen und nicht lange anhaltenden Charakter. Über zwei

Drittel aller suizidalen Handlungen geschehen innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Auftreten der Suizididee. Aus einer akuten Suizidalität kann nicht auf deren Nachhaltigkeit geschlossen werden, denn suizidale Patienten distanzieren sich meist schnell wieder von ihrem Todeswunsch.

- Suizidalität ist auch und vor allem ein Hilferuf. Sie ist Ausdruck innerer Ambivalenz und Konflikthaftigkeit – bestimmt durch die Lebensumstände im Kontext von aktuellen Beziehungen und belastenden sozialen und materiellen Bedingungen, eingefärbt durch negative Erfahrungen und meist durch psychische Erkrankung. Suizidgefährdete Menschen müssen deshalb ermutigt werden, professionelle Hilfe aufzusuchen.
- Der Entschluss eines Sterbewilligen zum Suizid resultiert oft aus einer psychischen Erkrankung heraus, am häufigsten einer Depression, die auch mit der Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit einhergehen kann. Dies zu übersehen und damit einen nicht selbstbestimmungsfähigen depressiven und suizidalen Patienten gewähren zu lassen, und ihn bei der Selbsttötung womöglich auch noch zu unterstützen, wäre eine fatale Fehlentscheidung.
- In seltenen Einzelfällen lassen sich Menschen nicht von ihrem Entschluss zum Suizid abbringen und halten diesen Entschluss auch langfristig aufrecht. Eine im selbstbestimmten Zustand getroffene Entscheidung für den Suizid ist zu respektieren. Es darf aber keinen Anspruch auf Hilfe dabei geben. Hilfe zur Selbsttötung kann deshalb keine ärztliche Aufgabe sein, schon gar keine ärztliche Pflicht. Dies gilt auch bei Vorliegen eines vorab geäußerten Sterbewunsches, da Menschen mit schwersten, vielleicht zum Tode führenden Erkrankungen oder nach Unfällen sehr oft einen ganz besonderen Überlebenswillen entwickeln.

Grundsätzlich ist zu bedenken: Selbstbestimmte Entscheidungen zum eigenen Tod werden nicht nur auf der Grundlage eigener Werthaltungen und individuellen Würdevorstellungen angesichts des erlebten Leidens getroffen. Für die wahr-

genommene Aussichtslosigkeit sind oft darüber hinausgehende und vom Kranken selbst nicht beeinflussbare Lebensbedingungen und gesellschaftliche Einstellungen sowie Bedingungen entscheidend: zum Beispiel die Erfahrung von unzureichender Wertschätzung, von fehlender Beachtung und Anerkennung und von angeblich nicht mehr vorhandenem eigenem „Lebenswert“. Dazu gehören auch das schamvolle Erleben von Hilflosigkeit oder „Nutzlosigkeit“ oder teils überzogene Befürchtungen von zukünftiger Hilflosigkeit.

Von der Gesellschaft beeinflusster Suizidwunsch

Solche Gründe für Suizidwünsche können von der Gesellschaft beeinflusst und begrenzt werden. Eine Kultur der Achtung und bedarfsgerechten Unterstützung körperlich und seelisch kranker Menschen, insbesondere im fortgeschrittenen Lebensalter gibt es bisher nur in unzureichendem Maße. Ein qualitätsorientierter Ausbau der auf Schmerzbekämpfung ausgerichteten Palliativmedizin ist notwendig, reicht aber nicht aus. Dies muss durch eine deutliche Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit ergänzt werden – insbesondere in der Altersmedizin und der Gerontopsychiatrie, ebenso wie in der Pflege in Altenheimen.

Die DGPPN appelliert an die Öffentlichkeit und den Gesetzgeber, die besondere Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der weiteren Diskussion um eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizides zu beachten und zu berücksichtigen sowie die lebensbejahende Arbeit von Ärzten anzuerkennen. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn
Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, Berlin
Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf, Bayreuth
Prof. Dr. med. Dr. Frank Schneider, Aachen
Dr. med. Iris Hauth, Berlin

Kontakt

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin der DGPPN
E-Mail: i.hauth@dgppn.de

Novellierung der Richtlinien-Psychotherapie

Die Interessen der FA für Psychiatrie/Psychotherapie

Seit etwa zwei Jahren beschäftigt sich der Unterausschuss Psychotherapie des G-BA damit, die häufig als zu starr empfundene Richtlinien-Psychotherapie zu überarbeiten. Was hat es damit auf sich?

Das besondere Interesse der Krankenkassen, die eine „Bank“ in diesem Unterausschuss des G-BA bilden (auch Ärzte, Psychotherapeuten und Patientenvertreter bilden je eine Bank), war, die Wartezeiten auf einen Zugang zur Richtlinien-Psychotherapie zu verkürzen. Das Interesse von uns Fachärzten (FA) für Psychiatrie und Psychotherapie im BVDP sowie den dort vertretenen Fachkollegen der Psychosomatik, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychologischen Psychotherapeuten war es jedoch auch, neue sinnvolle Leistungen in die Systematik der Richtlinien-Psychotherapie einbringen zu können. Eine solche historische Chance bietet sich nicht so oft.

Ein Instrument, um einen schnellen Zugang zu einer ersten Sichtung und Einschätzung der Schwere eines psychischen Problems zu gewährleisten, ist zweifelsohne eine Sprechstunde. Eine solche war bisher in der Richtlinien-Psychotherapie nicht vorgesehen. Es gibt hier die fünf probatorischen Sitzungen, die biografische Anamnese und dann folgt ein Antrag. Wir FA für Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten zu einem Großteil mit Sprechstunden und kennen die teils konsiliarische, teils kriseninterventionelle, teils stabilisierende und teils rezidivprophylaktische Fächerung der Tätigkeit in der Sprechstunde. Leider ist es aber auch Tatsache, dass wir aufgrund unserer zu geringen Anzahl an Kollegen die Herausforderung der Sichtung und Einschätzung der Nachfrage in der Regel nicht stemmen können. Hier ist es durchaus sinnvoll, den ärztlichen und

psychologischen Psychotherapeuten das Instrument der Sprechstunde an die Hand zu geben – sofern sie das wollen. Derzeit wird im G-BA um die Ausgestaltung dieser Sprechstunde gerungen. Es scheint sich herauszukristallisieren, dass diese nicht als Akutsprechstunde wie im ärztlichen Bereich konzipiert werden soll, sondern als Terminsprechstunde für alle Arten von psychischen Problemen. In dieser Sprechstunde soll eine Ersteinschätzung erfolgen, ob das zur Sprache gebrachte Problem überhaupt in die Versorgung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen gehört oder etwa in eine Familienberatung.

Natürlich ist es uns FA für Psychiatrie und Psychotherapie bewusst, dass in einer solchen psychotherapeutischen Sprechstunde nur ein Teil der Expertise, die zur Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen zur Verfügung steht, genutzt werden kann, nämlich nur die Methode der Richtlinien-Psychotherapie. Was fehlt, ist die psychiatrische und somatische Expertise. Insofern haben sich der BVDP gemeinsam mit der DG-PPN für die Entwicklung von Versorgungskooperationen ausgesprochen und vorgeschlagen, dass die Möglichkeit des Zugangs zur psychiatrischen Expertise im Rahmen einer solchen psychotherapeutischen Sprechstunde beziehungsweise im nächsten Versorgungsschritt gegeben sein muss. Eine Entscheidung ist für Mitte 2016 zu erwarten. □

AUTORIN

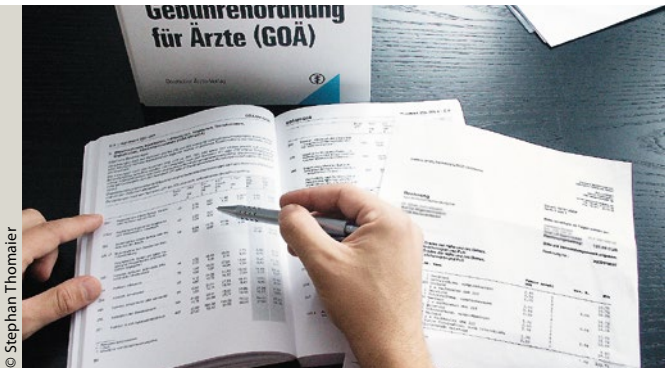
**Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach**

Hier steht eine Anzeige.



Nachgefragt bei Dr. Bernhard Rochell

Was tut sich bei EBM und GOÄ?



EBM und GOÄ sind zwar für die meisten kein Buch mit sieben Siegeln – aber wer kennt schon so ganz genau die feinen Unterschiede, weiß, welche Änderungen von wem in Zukunft geplant werden? Einer, der es auf jeden Fall wissen muss, ist Dr. Bernhard Rochell von der KBV, hier beantwortet er die wichtigsten Fragen.

Was ist eigentlich der Unterschied zwischen dem EBM und der GOÄ?

Der „Einheitliche Bewertungsmaßstab“ (EBM) ist ein Verzeichnis derjenigen Gebührenordnungspositionen, die für die ambulante und belegärztlich-stationäre Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Kollektivvertrag durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten abgerechnet werden können.

Die „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ) regelt die Entgelte für ärztliche Leistungen außerhalb der Versorgung im Rahmen der GKV. Insbesondere betrifft die GOÄ die Versorgung von Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe, aber auch sämtliche sogenannte Selbstzahler- und Verlangensleistungen. Letztere schließen auch die medizinisch nicht notwendigen sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ein. Während in der GKV der Leistungskatalog abschließend vorgegeben ist und damit den Rahmen für den EBM vorgibt, enthält die GOÄ sämtliche Leistungen des ärztlichen Tätigkeitsspektrums.

In besonderen Fällen können Leistungen, die (noch) nicht im EBM abgebildet sind, gegenüber dem gesetzlich Versicherten auch nach der GOÄ abgerechnet werden. Dies kann zum Beispiel innovative Leistungen nach Zulassung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für die vertragsärztliche Versorgung

betreffen, welche bis zum Ablauf der gesetzlichen Frist noch nicht in den EBM aufgenommen werden konnten. Im Gegensatz zum EBM, dessen Leistungskatalog abschließend vorgegeben ist, ermöglicht die GOÄ über das Instrument der Analogabrechnung auch die Abrechnungen neuer Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOÄ (noch) nicht vorkommen.

Die GOÄ regelt die Entgelte für ärztliche Leistungen im Rahmen der Individualversorgung des jeweiligen Patienten/Versicherten/Selbstzahlers umfassend. Dagegen stellt der EBM lediglich einen Bewertungsmaßstab dar, auf dessen Basis unter Berücksichtigung weiterer komplexer Mechanismen wie insbesondere der auf der Ebene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geregelten Honorarverteilungsmaßstäbe und den regionalen Punktwerten das tatsächliche Honorar innerhalb und außerhalb der von der GKV für die Kollektivvertragliche Versorgung ihrer Versicherten bereitgestellten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen festgelegt wird.

Aufgrund seiner Orientierung an der Individualversorgung umfasst das Gebührenverzeichnis der GOÄ eine Vielzahl von Einzelleistungen, deren Gebührensätze bei im Einzelfall vorliegenden aufwandserhöhenden Erschwernissen innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens gesteigert werden können. Pauschalierungen sind innerhalb der

GOÄ im Wesentlichen auf regelhaft erbrachte arzt- und ablaufbezogene Leistungsinhalte (z. B. bei Gebührenpositionen für operative Eingriffe, die sämtliche Teilleistungen für Operationen vom Schnitt bis zur Naht umfassen) begrenzt. Der an der Kollektivversorgung orientierte EBM betrachtet hingegen nicht primär das Leistungsgeschehen und dessen Aufwand im tatsächlichen Einzelfall, sondern den durchschnittlichen Versorgungsaufwand innerhalb der Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebotes des Fünften Sozialgesetzbuches (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig). Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber für den EBM insbesondere im Bereich der Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung Pauschalierungen vorgegeben.

Welche Körperschaft verhandelt mit wem den EBM und die GOÄ?

Die Aufnahme von Leistungen in den EBM wird durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V beziehungsweise des Erweiterten Bewertungsausschusses § 87 Abs. 4 SGB V bestimmt. Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband, die die Änderungen des EBM verhandeln. Sofern kein gemeinsames Verhandlungsergebnis zwischen den Vertragspartnern erreicht werden kann,

wird der Erweiterte Bewertungsausschuss mit dem Ziel angerufen, eine Mehrheitsentscheidung herbeizuführen.

Die GOÄ wird durch die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnung erlassen. Das für die Erarbeitung der Verordnung zuständige Bundesministerium für Gesundheit setzt für seine Arbeit auf Vorschlägen auf, die zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie den Beihilfeträgern ausgehandelt werden. So hat das Bundesministerium für Gesundheit für die angestrebte Novellierung der GOÄ zur Vorbedingung gemacht, dass sich die BÄK mit dem PKV-Verband und der Beihilfe auf einen gemeinsamen Vorschlag hierfür verständigen.

Hinsichtlich der für die PKV und die Beihilfe gesetzlich vorgegebenen Sondertarife mit einem in der GKV vergleichbaren Versorgungsumfang (Basis-, Standard- und Notlagentarif) sind für die Vorgaben der dort auf die GOÄ anzuwendenden Höchstgrenzen die KBV und der PKV-Verband im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern zuständig. Kann durch diese kein Einvernehmen erzielt werden, entscheidet eine zwischen der KBV und dem PKV-Verband gebildete gemeinsame Schiedsstelle.

Was sind die Hauptzielsetzungen für die Novellierung der GOÄ?

Die BÄK und der PKV-Verband haben sich in ihrer Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ im November 2013 auf nachfolgende Hauptziele verständigt:

- Ablösung der 19 beziehungsweise 33 Jahre alten GOÄ (letzte Teilrevision 1996, letzte Gesamtrevision 1982) durch eine moderne, dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Gebührenordnung
- Stärkung der Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit
- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ
- Fairer und angemessener, inhaltlich, medizinisch und ökonomisch plausibler Interessenausgleich zwischen den Betroffenen und der Erhaltung der in § 11 Satz 3 Bundesärzteordnung festgeschriebenen Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte:



© Lopata / axentis.de

Dr. med. Bernhard Rochell

ist seit 1. September 2014 Verwaltungsdirektor und Leiter der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Davor war er Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, wo er unter anderem mit den Verhandlungen zur neuen GOÄ betraut war. Der ausgewiesene Honorarexperte war von 2004 bis 2011 bereits als Dezernent für Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung für die KBV tätig.

- Keine ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten.
- Angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Zeitplan

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im März 2015 unter Beteiligung der BÄK, des PKV-Verbandes, der Beihilfe, der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundespsychotherapeutenkammer eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich mit der Novellierung der GOÄ befasst. Die BÄK und der PKV-Verband arbeiten auf eine Inkraftsetzung der neuen GOÄ mit Wirkung ab 1. Oktober 2016 hin.

Was sind die Hauptzielsetzungen der Novellierung des Facharzt-EBM?

Ziele und Grundsätze gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Weiterentwicklung des EBM:

- Eine am Versorgungsbedarf der Versicherten und am vertragsärztlichen Leistungsgeschehen orientierte Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibung.
- Die Abrechnung der Leistungen nach EBM soll unter Beachtung bestehender ärztlicher Dokumentationspflichten soweit wie möglich entbürokratisiert werden.
- Ein auf dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik basierender Leistungskatalog.
- Vergütung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs bei bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Leistungserbringung.
- Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung und der fachärztlichen Grundversorgung.

- Beibehaltung des hohen Qualitätsniveaus unter Berücksichtigung der notwendigen Qualitätsstandards.
- Einführung von nach Behandlungsanlässen und nach Alter differenzierter Versicherten- und Grundpauschalen, gegebenenfalls differenziert nach Patienten, die erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird; Ausgliederung notwendiger Einzelleistungen.
- Berücksichtigung unterschiedlicher Zielsetzungen haus- und fachärztlicher Versorgung bei Bewertung und Pauschalierungsgrad der Leistungen.
- Kurze Wartezeiten bei besonderen Behandlungsanlässen (in Ergänzung zu Regelungen nach § 75 Abs. 1 Satz 4 SGB V).
- Erhöhung der Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen.
- Weiterentwicklung der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode des EBM, mit dem Ziel einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Leistungserbringung.
- Berücksichtigung der Verantwortung von Vertragsärzten für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Veranlassung von Leistungen.

Zeitplan

Aufgrund der Komplexität der Überprüfung und der notwendigen Anpassungen des EBM wurde eine Verschiebung des geplanten Termins vereinbart. Die Beratungen zur Weiterentwicklung des EBM – im haus- wie im fachärztlichen Bereich – sollen bis 31. März 2017 abgeschlossen werden, und der überarbeitete EBM dann zum 1. Juli 2017 in Kraft treten. Der hierzu notwendige Beschluss des Bewertungsausschusses befindet sich derzeit in Abstimmung. □

20 Jahre PsychKG – die Arbeit des LVPE RLP e.V.

Erfahrungsbericht eines Psychiatrie-Erfahrenen zur Inklusion

Dieser Beitrag reflektiert zum einen inwieweit der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (LVPE RLP e.V.) angemessen politisch inkludiert ist und zum anderen den Stand des Individuums in der Inklusionsdebatte aus der Sicht eines Psychiatrie-Erfahrenen.

Die Soziologie beschreibt das gesellschaftliche Konzept der Inklusion als ein Akzeptieren aller Menschen durch Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und Teilhabe, unabhängig von Geschlecht, Alter, Herkunft, Religionszugehörigkeit, Bildung oder Behinderungen und sonstigen individuellen Merkmalen. Hier gibt es keine Normalität. Normal ist allein die Tatsache, dass Unterschiede vorhanden sind. Diese Unterschiede werden als Bereicherung aufgefasst und haben keine Auswirkungen auf das Recht der Individuen auf Teilhabe. Seit 2009 verpflichten sich die Unterzeichnerstaaten der UN-Behindertenrechtskonvention unter anderem Menschen mit F-Diagnosen soziologisch und beruflich zu inkludieren. Ähnlich wie in den 1970er-Jahren Psychiater durch ihr politisches Engagement die Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgungslandschaft mitprägten, organisier-

ten sich die Bürgerhelfer, Angehörige psychisch kranker Menschen und die Psychiatrie-Erfahrenen in den 1980er- und 1990er-Jahren, um die politische Landschaft in ihrem Sinne mitzugestalten. Damals stellte die Bundesregierung 500 Millionen DM „zur Schaffung der psychiatrischen Angebote im Sinne des Psychiatrie-Enquete-Vorschlags“ zur Verfügung. Dieser Vorschlag fand bei den CDU/CSU-regierten Bundesländern allerdings keinen Anklang. Sie begründeten dies mit ungeklärten verfassungsrechtlichen Fragen.

Aufbau des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener

Das im November 1995 verabschiedete Landesgesetz für psychisch kranke Menschen (PsychKG) formuliert im zweiten Teil: „Ehrenamtliche Hilfen einschließlich der Angehörigenarbeit sowie Projekte der Selbsthilfe sind in die Versor-

gung psychisch kranker Personen einzu-beziehen. Soweit dies deren Wünsche entspricht, haben diese Hilfen Vorrang vor öffentlicher Arbeit.“

Auf Initiative des damaligen Psychiatrie-Referenten Bernhard Scholten betrieben 1996 die Selbsthilfegruppen von Mainz, Trier, Landau und einige nicht organisierte Psychiatrie-Erfahrene den Aufbau des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (LVPE RLP e.V.).

Aktivitäten und Projekte

Seit dieser Zeit arbeiten zwei Psychiatrie-Erfahrene im „Ständigen Ausschuss des Landespsychiatrie-Beirates“, im Landespsychiatriebeirat und in einigen Psychiatrie-Beiräten und psychiatrischen Arbeitskreisen der Kommunen mit. Wir Betroffenen wurden so zur Novellierung des PsychKG und zur Umsetzung als Vorschaltnovelle des PsychKG angehört. Jedoch erfuhren unsere Anmerkungen leider kaum Beachtung [1]. Weitere Aktivitäten des LVPE RLP e.V.:

- Viel Aufmerksamkeit und Anerkennung jedoch erhielten unser Schulprojekt (2002 bis 2008), der „Krisenpass“ (den wir wegen juristischer Schwierigkeiten leider aufgeben mussten) und die Evaluation der Tagesstätten, die auf der 26. Sitzung des Landespsychiatriebeirates in Empfehlungen mündete [2]. Seit dieser Zeit erhalten wir Anfragen zur Mitarbeit an der Bedarfsanalyse und Bestandsaufnahme der Versorgungslandschaft psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.
- Wir wurden um die Erstellung einer Expertise zum Projekt „Förderung von älter werdenden Menschen mit



Abb. 1: Veranstaltung „(Über)Lebenskünstler – vom Systemsprenger zum Lebenskünstler“, Christine Morgenstern, Abteilungsleiterin im MSAGD Rheinland-Pfalz, und Roswitha Beck (rechts), Kuratoriumsvorsitzende des Vereins zur Unterstützung Gemeindenaher Psychiatrie, im Gespräch mit dem Autor.

psychischer Beeinträchtigung“ angefragt und um eine Kooperation bei den PIELAV-Projekten des Dachverbands Gemeindepsychiatrie und des Pfalzklinikums.

- Ferner haben wir die ethische Stellungnahme der DGPPN „Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen“ kommentiert. Der LVPE RLP e.V. wertet dies als Paradigmenwechsel [3]. Im Pfalzkllinikum sind wir seit Jahren im Ethikkomitee vertreten.
- Die bundesweite Diskussion zum Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 23. März 2011 zur Zwangsbehandlung haben wir in einer Sonderausgabe unserer Publikation „Leuchtturm“ (s. u.) zusammengefasst. Zehn Beiträge von Psychiatrie-Erfahrenen, Medizinern, Juristen und dem Verband „Aktion psychisch Kranke“ wurden in Rheinland-Pfalz und auch Berlin verteilt, gelesen und diskutiert.
- Seit 2009 bietet der LVPE RLP e.V. eine Beratungsstelle als Genesungshelfer in der Rhein-Mosel Fachklinik Andernach an. Die Peer-to-Peer-Beratung wurde anfangs über die Selbsthilfe finanziert. Mittlerweile haben andere Kliniken, wie das Pfalzkllinikum Rockenhausen und Kaiserslautern sowie die Rheinhessefachklinik Alzey, den Gewinn der Peer-Beratung erkannt und ebenfalls Genesungshelfer eingestellt.
- Diesen Trend unterstützen wir mit der 2014/2015 von der Aktion Mensch geförderten Ex-In-Ausbildung in Kaiserslautern. Hier befähigen sich 20 Psychiatrie-Erfahrene in zwölf Modulen vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen, um später als sozialversicherungspflichtige Genesungshelfer zu arbeiten.
- 2007 erhielten wir den Selbsthilfepreis der Ersatzkassen für die Weitergabe und das Einbringen unserer Lebenserfahrung zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung.

Fachtagungen

Auf große Resonanz stoßen auch unsere Fachtagungen. 2015 lautete das Thema der 20. Fachtagung: „Inklusion – Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben“.

Es ist die Konsequenz aus der Tagung „Wege der Genesung – wieder in die Gesellschaft“ aus dem Jahr 2006 mit Professor Michaela Amering. Mit dieser Tagung haben wir unsere Sichtweise auf psychisch kranke Menschen geändert: Psychisch kranke Menschen sind nicht permanent krank, sondern sie können in vielen Fällen mit ihrem Handicap produktiv und sozialversicherungspflichtig an der Gesellschaft teilnehmen.

Weitere Fachtagungen hatten ebenfalls visionären Charakter, etwa die vom September 1999 in Mainz: „Neue Wege zur Arbeit für psychisch Kranke – Integrationsfirmen“. Bei dieser Tagung ging es nicht nur um den schwierigen allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern auch um die Beschäftigungsquote der Schwerbehinderten bei öffentlichen und privaten Arbeitgebern. Bernhard Scholten hinterfragte den Grund der Beschäftigung von Menschen soziologisch: Wer arbeitet, verdient Geld; Arbeit stärkt das Selbstbewusstsein; Arbeit strukturiert den Tag; Arbeit schafft soziale Kontakte und Arbeit schafft nützliche Werte. In der Diskussion des aktuellen Teilhabegesetzes ist Arbeit ein Schwerpunkt.

Die Tagung „Empfehlungen zur Frauengerechteren Psychiatrie aus Sicht von Betroffenen und Professionellen“ fand ein Jahr später im Gemeindezentrum Neuwied statt. Die Schirmherrschaft übernahm wie immer Roswitha Beck, die im Grußwort schrieb: „Ich kann Ihnen dabei versichern, dass ich die grundlegende Einschätzung teile, dass Frauen ein spezifisches, an ihren differenzierten Bedürfnissen orientiertes Angebot in der Psychiatrie brauchen. Gewalterfahrungen als Ursprung psychischer Erkrankungen zum Beispiel spielen in den Biografien von Frauen leider eine allzu große Rolle, als dass es hier mit allgemeinen psychiatrischen Hilfsangeboten alleine getan wäre.“ Zu dieser Zeit gab es noch keine weiblichen Psychiaterinnen in Führungsrollen der Psychiatrien von Rheinland-Pfalz. Heute haben zwei von drei ehemaligen Landeskrankenhäuser eine Frau als ärztliche Leiterin.

Mit der Tagung „Sucht und Psychose – Doppeldiagnose, die Herausforderung der Zukunft“ im Oktober 2012 in Landau präsentierte uns Julia Kuschneret die politische, psychiatrische und menschi-

Inklusion

Der Begriff „Inklusion“ hat seinen Ursprung in der Systemtheorie beziehungsweise Systemlehre von Ludwig von Bertalanffy (190 – 1972), der von offenen Systemen sprach und den Begriff der organisierten Komplexität entwickelte, was den dynamischen Austausch mit der Umwelt beschreiben soll. Mit der Definition des Informationsbegriffes und der Kybernetik bekam die Systemtheorie weiteren Vorschub. Kulturgeschichtlich geht die ursprüngliche Definition des Systembegriffes auf den schweizerisch-elsässischen Philosophen der Aufklärung Johann Heinrich Lambert zurück (1728 – 1777).

che Trennung von Sucht und Psychose. Mittlerweile haben die Psychiatrie-Erfahrenen aus Baden-Württemberg, der Guttempler-Bundesverband und der LVPE RLP e.V. die Problematik erkannt und wollen gemeinsam diesen Menschen sozial behilflich sein. Wir wollen den komorbiden Suchterkrankten eine Zukunftsperspektive geben und ein Sprachrohr für sie sein. Inzwischen sprießen überall Tagungen zum Themenkreis „Komorbide Suchterkrankung“ sowie deren Behandlung und Unterstützung aus dem Boden.

Für unsere Tagung im März 2013 musste die Teilnehmerliste bereits sechs Wochen vor Beginn geschlossen werden. Das Thema „(Über)Lebenskünstler – vom Systemsprenger zum Lebenskünstler“ füllte das Pfalztheater in Kaiserslautern bis auf den letzten Platz (**Abb. 1**). Lebhaft präsentierten die Psychiatrie-Erfahrenen Margret Osterfeld, Sybille Prins und Peter Weinmann ihre ungewöhnlichen Biografien. Birgit Richterich und Friederike Ruppelt versuchten, ihre Entwicklung analytisch und akademisch zu begründen. Die Abteilungsleiterin Gesundheit im Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) des Landes Rheinland-Pfalz, Christina Morgenstern, stellte fest: „Veränderung ist möglich. Wiedergesundung ist möglich und vor allem: Mit und auch trotz einer psychischen Erkrankung ist ein gutes Leben möglich.“ Diese Tagung beeinflusste auch die Empfehlungen des Lan-



despsychiatriebeirats in Rheinland-Pfalz, der in seiner 37. Sitzung, am 5. Mai 2015, Empfehlungen für den Weg zur Inklusion von Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung verabschiedete [5].

Mit der 9. Fachtagung im September 2005 diskutierten wir die Problematik „Wohnen und Betreuen – heute und morgen.“ Die Psychiatrie-Erfahrenen Klaus Laupichler und Peter Weinmann berichteten hierzu beeindruckend vom „Innenleben“ der Heime. Diese Veranstaltung war so auch der Einstieg in die Dokumentations- und Tagungsreihe „Der Weg aus dem Heim – aber wie?“, die mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse in Rheinland-Pfalz, dem Verein für Gemeinnützige Psychiatrie in Rheinland-Pfalz und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen entstand. Die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu

Dreyer schrieb in der Broschüre „Zurück ins Leben“ 2007: „(...) der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen in Rheinland-Pfalz hat für diese Broschüre den Titel „Zurück ins Leben“ gewählt, um damit die Hoffnung oder besser die Erwartung der Betroffenen, ‚zurück ins Leben zu finden‘, zu unterstützen.“ Infolge der großen Nachfrage nach der Broschüre und der Übersetzung des Beitrages von Ph.D. Patricia E. Deegan aus dem Jahr 1996: „Gesundung und die Verschwörung im Geiste der Hoffnung“, haben wir 2008 eine weitere Broschüre zum Thema „Gesundung als Reise des Herzens“ in Höhe von 2.000 Stück aufgelegt. Die Leiterin der Techniker Krankenkasse in Rheinland-Pfalz, Anneliese Bodemar, kommentierte dies in unserem Sinne: „Die Arbeit der Selbsthilfe, insbesondere der praktische Ansatz, das Erfahrungswissen Betroffener zu nutzen, ist ein wichtiges Element bei der Betreu-

ung chronisch Kranker“. Neben einem weiteren Beitrag von Deegan aus dem Jahr 1995 formulierte der kürzlich verstorbene Klaus Laupichler, ein „trockener“ Alkoholiker mit Heimerfahrung, „18 Bitten und Hinweise, die den Weg aus dem Heim erleichtern“. Mittlerweile hat der Verein für Gemeinnützige Psychiatrie in Rheinland-Pfalz unter der Schirmherrschaft von Roswitha Beck die Tagungsreihe übernommen und veranstaltet regionale Informationsveranstaltungen zum „Weg aus dem Heim – aber wie?“.

Das Fachjournal „Leuchtturm“

1998, zwei Jahre nach der Gründung, brachten wir die „Zeitung des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen Rheinland-Pfalz e.V.“ in einer Auflage von 150 Stück heraus. Ein Jahr später lobte Staatssekretär Klaus Jensen diese Zeitschrift bereits als ein wichtiges Projekt in der „Psychiatrieszene“ von Rheinland-Pfalz. Jede Ausgabe enthält Berichte und Empfehlungen aus den Gremien und der Vorstandsarbeit, zum LVPE RLP e.V. in der Öffentlichkeit, Überregionales, Berichte aus den Ortsgruppen, aus dem Mitgliederforum und Kulturelles. Seit der Ausgabe Nr. 5 (2002) widmet sich die 140 Seiten starke Zeitschrift einem Schwerpunktthema, zum Beispiel „Die Deklaration von Seattle 2000 über Selbstbestimmung und individuell gestaltete Finanzierung“ oder „Das Persönliche Budget aus Sicht des Arbeitgebers, Leistungnehmers und Leistungsträgers“. Die Mitgründerin und Ehrenvorsitzende des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE)*, Dorothea Buck-Zerchin, schrieb 2005 zum Thema „60 Jahre nach der Euthanasie“.

Die Leiterin des Berufsverbands der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. Christa Roth-Sackenheim, beleuchtete 2009 (Ausgabe 12) die Psychiatriereform seit der Psychiatrie-Enquete 1975. Sie kommt zu dem beeindruckenden Merksatz und Schluss: „Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar.“

*Aus kommunikativen und juristischen Gründen trennten wir uns 2013 vom Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) [4] und erhalten seitdem bundesweite Aufgaben, Anfragen und Nachfragen zu Projekten.

Kardinal Reinhard Marx dankte uns 2006 für unser journalistisches Engagement und Bischof Stefan Ackermann (2014) bezeichnete das Leuchtfeuer schließlich als „Fachjournal.“

Um unsere jeweils aktuelle Berichterstattung auch für die Zukunft zu bewahren, sind alle Dokumentationen der Fachtagungen und Print-Veröffentlichungen im Landeshauptarchiv Koblenz, der Stadtbibliothek Trier und im Priesterseminar Trier archiviert. Sie dienen hier auch als Quellen für die Entwicklung der Psychiatrie in Rheinland-Pfalz.

Inklusion des Psychiatrie-erfahrenen Individuums

Die politische Herausforderung liegt in der Inklusion der F-Diagnosen: Bis heute gibt es noch keine Gleichstellung seelisch behinderter Menschen mit körperbehinderten Menschen. Trotz Beitragszahlung gibt es keinen Leistungsanspruch bei Reiserücktritts-, Unfall- oder Lebensversicherung. Das für ähnliche juristische Delikte die Zeit der Unterbringung in der JVA und der Forensik sehr verschieden ist, ist auch den Berichterstatlern der UN-Behindertenrechtskonvention aufgefallen. Angehende Ärzte und Psychologen erhalten keine Approbation, wenn bei ihnen eine psychiatrische Diagnose gestellt wird. Aus diesem Grund gehen viele Studenten zu nicht kassenärztlich zugelassenen Psychologen und Heilpraktikern, die privat bezahlt werden. Einstellungsprobleme haben auch Beamte, Polizisten, Lehrer, Erzieher oder Soldaten, wenn psychische Diagnosen bekannt sind. Werden während der Beschäftigung psychiatrische Diagnosen gestellt, erfolgt oft die Freistellung vom Dienst.

Die US-amerikanische Army hatte bei den Heimkehrern nach den Kriegen in Vietnam, Iran und Afghanistan das Problem der traumatisierten Soldaten. 2009 beschloss sie, das Trainingsprogramm „Comprehensive Soldier Fitness“ (CSF) aufzulegen. Im ersten Bericht 2011 erfolgte die Auswertung von Fällen mehrerer Tausend Soldaten und acht Kampfbrigaden. Danach wurden entsprechende Trainingsprogramme eingeführt. Nach 15 Monaten zeigten sich bei den geschulten Truppen erheblich bessere

Resilienzwerte als bei den nicht geschulten Truppen. Was hat das mit der Inklusion zu tun? Wenn die Stressoren wie Tod des Ehepartners, Scheidung, eigene Verletzung oder Krankheit, Verlust des Arbeitsplatzes, Aussöhnung mit dem Ehepartner, Änderung im Gesundheitszustand eines Familienangehörigen, Schwangerschaft, sexuelle Schwierigkeiten, Veränderung im Beruf, Tod eines nahen Freundes oder Wechsel des Berufs auftreten, erfolgt eine seelische Belastung, die zu F-Diagnosen führen kann. Soziale Kontakte, wie gute Beziehungen zu engen Freunden und Familienangehörigen, verhelfen zu adäquaten Reaktionen und der Neu-Interpretation scheinbar unlösbarer Probleme. Die Veränderungen des Lebens werden akzeptiert und neue Ziele definiert. Psychiatrie-Erfahrene haben dieses schon durchgemacht und können so gestressten Menschen zur Seite stehen und behilflich sein.

Der Einsatz von Genesungshelfern in den Kliniken Andernach, Alzey, Rockenhausen und Kaiserslautern sowie die Ex-In-Ausbildung in Kaiserslautern haben das Ziel, den Menschen mit F-Diagnosen Ansprechpartner zu sein und Perspektiven für ihr Leben zu geben. Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Aus diesem Grund haben wir 2015 auch den Einsatz von Psychiatrie-Erfahrenen in den Sozialpsychiatrischen Diensten angeregt. In Oberbayern berichtet der Sozialpsychiatrische Dienst von großer Offenheit gegenüber den Genesungshelfern und die Genesungshelfer berichten vom Gefühl, gebraucht zu werden, von der Wertschätzung im Team und der positiven Resonanz bei Klienten.

Malu Dreyer schrieb 2013 im Grußwort der 16. Ausgabe des „Leuchtfeuers“: „Betroffene und ihre Angehörige wissen am besten, wo die Versorgung weiter verbessert werden kann und sind oft die wichtigsten Ansprechpartner für andere Betroffene. Glücklicherweise setzt sich die Erkenntnis der Psychiatrie-Erfahrenen als ‚Profis in eigener Sache‘ immer stärker durch. Deshalb ist auch die in dieser ‚Leuchtfeuer‘-Ausgabe vorgestellte ‚Ex-In-Ausbildung‘ von Psychiatrie-Erfahrenen und ihre anschließende Tätigkeit als Genesungshelfer so bemerkens- und unterstützenswert.“

Fazit

Es lässt sich festhalten, dass politisch orientierte Psychiatrie-Erfahrene erstaunlich viel mitgestaltet haben und auch mittlerweile mitgestalten können. Die Projekte haben in der Bevölkerung Aufsehen erregt, die politischen Fachtagungen erfuhren und erfahren Beachtung in der Gesundheitspolitik. Die Homepage wird sowohl von Psychiatrie-Erfahrenen als auch von Professionellen besucht und ist für Betroffene eine der wichtigsten Quellen im Internet (am 9. Juli 2015 waren es 5.289 Seitenaufrufe). Das nach 18 Jahren die Selbsthilfezeitung als „Fachjournal“ bezeichnet wird, ehrt uns sehr. Auch können wir durch die vielen Anfragen nach Kooperation, Expertise und Mitarbeit (Teilhabe) bei landesweiten und bundesweiten Projekten behaupten: Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. ist Teil der Psychiatrie-Kreise in Rheinland-Pfalz geworden. Selbstbestimmt können „schwierige“ Themen wie „Das Recht auf Sexualität“ (2014) öffentlich diskutiert und Forderungen formuliert werden.

Gemäß Roth-Sackenheims Aussage „Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar“ ist auf dem langen Weg der Inklusion des Individuums noch viel Arbeit zu leisten. Gesetze, Vorschriften und auch Verhaltensregeln, die unter nicht mehr gegebenen Bedingungen formuliert wurden, sind zum Teil 70 Jahre und älter. Nicht nur das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland auch die UN-Behindertenrechtskommission fordert aufgrund des in den Nachkriegszeiten gewandelten Bildes kranker Menschen die soziale Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken. □

Literatur

1. http://www.lvperlp.de/sites/default/files/pdf/Stellungnahme_LVPE_RLP_zu_PsychKG_RLP_2013.pdf.
2. <http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Empfehlung%20des%20Landespsychiatriebeirates%20Rheinland-Pfalz%20%20.pdf>
3. http://www.lvperlp.de/sites/default/files/pdf/Der_naechste_Paradigmenwechsel.pdf.
4. http://www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Kuendigung_BPE_Zusammenarbeit.pdf
5. http://www.lvperlp.de/sites/default/files/pdf/Empfehlungen_Inklusion_verabschiedet.pdf

AUTOR

Franz-Josef Wagner
Vorsitzender und Geschäftsführer des LVPE RLP e.V.

Interview zur Bedarfsplanung

Zusätzliche Niederlassungen sind nur über den Sonderbedarf möglich

Es gibt Kollegen, die sich ein wenig wundern, wenn es um das Thema „Bedarfsplanung“ geht. Ihr Argument: Die Bezeichnung selbst wäre schon ein Widerspruch in sich, ein Bedarf besteht oder er besteht nicht, man kann ihn jedoch nicht planen. Im Interview mit dem KBV-Experten Dr. Bernhard Gibis in Sachen Bedarfsplanung soll dieser Widerspruch ein wenig erhellt oder sogar aufgelöst werden.

? Herr Dr. Gibis, seit wann gibt es denn eine Bedarfsplanung und nach welchen Kriterien wurde sie entwickelt?

Dr. Bernhard Gibis: Erste Verhältniszahlen gab es schon 1913. Die letzte maßgebliche Reform war Anfang der 1990er-Jahre und zielte auf die Begrenzung von Niederlassungsmöglichkeiten ab. Damals bestand die Sorge, dass im Rahmen der sogenannten Ärzteschwemme die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen ins Unermessliche steigen würden. Bereits in ihren Anfängen zielte die Bedarfsplanung jedoch auch darauf ab, für alle Versicherten einen vergleichbaren Zugang zur medizinischen Versorgung sicherzustellen. Die Anzahl der Vertragsärzte – im internationalen Vergleich damals wie heute sehr hoch – wurde per Stichtagsregelung Ausgangspunkt einer durchschnittlichen Einwohner/Arzt-Verhältniszahl je Region. Dort, wo mehr Kollegen als per Verhältniszahl vorgegeben niedergelassen waren, wurde gesperrt. Die anderen Planungsbereiche blieben offen und

hier konnten sich weitere Kollegen niederlassen, bis die Verhältniszahl erfüllt war. Über die Jahre sind dann nahezu alle Planungsbereiche mit Ärzten besetzt worden, sodass der Zugang zur Versorgung verbessert wurde.

? Und wenn ein Planungsbereich gesperrt wird, geht dann nichts mehr mit Niederlassung?

Gibis: Zusätzliche Niederlassungen sind heute in der Regel nur über den sogenannten Sonderbedarf möglich. Die Verhältniszahlen wurden wie erwähnt damals per Stichtag ermittelt. Der Gesetzgeber hatte zwar angekündigt, evidenzbasierte Verhältniszahlen Ende der 1990er-Jahre gesetzlich festlegen zu wollen. Nach eingehender Beschäftigung mit der Materie wurde davon aber Abstand genommen. Die objektive Messung des wahren oder echten medizinischen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung gelingt bis heute nicht wirklich.

? Warum muss ich mich, wenn ich mich als Psychiater niederlassen möchte, auf einen Nervenarztsitz bewerben?

Gibis: Die Bedarfsplanung folgt an dieser Stelle noch der früheren Weiterbildungsordnung, die ein zusammengefasstes Gebiet Psychiatrie und Neurologie vorsah. Aus Versorgungsgründen ist dies auch durchaus sinnvoll. Denken Sie etwa an die Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen, wo künftig zwei Kollegen hinfahren müssen. Da der Nervenarzt als Fachgebiet jetzt aber Geschichte ist und immer mehr Nervenärzte aus der Versorgung ausscheiden, werden wir diese Trennung auch in der Bedarfsplanung in geeigneter Form abbilden müssen. Dies steht auf der Reformagenda für die Bedarfsplanung 2015/16.

? Welche Fachgruppen werden denn heute unter dem Begriff Nervenarzt im Sinne der Bedarfsplanung zusammengefasst?

Gibis: Analog der früheren Weiterbildungsordnung sind das die „früheren“ Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie beziehungsweise für Nervenheilkunde, die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, einige Fachärzte für Psychiatrie vor der Reform der Weiterbildung, also ohne den damaligen Zusatztitel Psychotherapie und die Fachärzte für Neurologie.

? Worin sehen Sie die Probleme in der aktuellen Bedarfsplanung?

Gibis: Ich habe selbst in verschiedenen Gesundheitssystemen gearbeitet. Im internationalen Vergleich verfügen wir über eine Versorgung, die sich sehen lassen kann. Daran hat sicherlich auch die Verteilung der Ärzte über das bestehende Pla-



Planung am runden Tisch: Das Hauptproblem, so Dr. Bernhard Gibis, besteht darin, dass das Instrument Planung in seiner Wirksamkeit grandios überschätzt wird.

nungssystem seinen Anteil. Hier hat es sich über die Jahrzehnte positiv ausgewirkt, dass wir als Vertragsärzte den Sicherstellungsauftrag übernommen und gewährleistet haben. Natürlich sehe ich auch die vielen Probleme. Wir beobachten eine immer weitergehende Fragmentierung der Versorgung durch einen ungebrochenen Spezialisierungstrend.

? Das heißt, es gibt immer mehr Spezialisten und immer weniger Generalisten?

Gibis: Ja, so ist es, weil es zum einen den Fortschritt in der Medizin gibt, den natürlich jeder will. Vergütungssysteme, ambulant wie stationär, verstärken diese Entwicklung noch. So sind auch das Angebot sowie die Ausrichtung von Weiterbildungsstellen eng mit den stationären Vergütungsbedingungen gekoppelt und orientieren sich nur bedingt am ambulanten Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Diese fehlende Ver-

»Die fehlende Verbindung von Aus- und Weiterbildung mit dem Versorgungsbedarf ist ein Manko.«

bindung von Aus- und Weiterbildung mit dem Versorgungsbedarf ist ein Manko. Weitere Kritikpunkte: Ambulante Versorgungsangebote der Krankenhäuser (z. B. Psychiatrische Institutsambulanzen) sind nicht wirklich mit der vertragsärztlichen Versorgung koordiniert und abgestimmt, nicht zuletzt aufgrund der fehlenden Transparenz. Dringendst anzupassen sind zudem die Verhältniszahlen.

Das Hauptproblem sehe ich aber darin, dass das Instrument Planung in seiner Wirksamkeit grandios überschätzt wird. Die bisherige Planungssystematik ist ein Korridor, der bundesweite Orientierung und Vergleichbarkeit bietet, der aber vor Ort an den jeweiligen Versorgungsbedarf anzupassen ist. An den Versorgungsgraden die Überflüssigkeit von Praxen ablesen zu wollen, wie es jetzt im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gemacht wird, geht völlig am Ziel und Zweck der Bedarfsplanung vorbei und erfordert eine schwierige Neujustierung.

? Worin sehen Sie die Chancen der geplanten Änderung der Bedarfsplanung?

Gibis: Wir werden noch einmal an die Frage gehen, wie wir Bedarf besser messbar ma-



© KBV

Dr. Bernhard Gibis

Leiter des Geschäftsbereiches „Sicherstellung und Versorgungsstruktur“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

»Die grundlegende Frage, wie viele Ärzte kann, will, muss oder soll sich eine Gesellschaft leisten, wird sich nicht mit technokratischen Mitteln lösen lassen. Am Ende steht immer die Frage der Finanzierbarkeit vorgeschlagener Maßnahmen – und dieser Rahmen ist eng.«

chen und in angepasste Verhältniszahlen übersetzen können. Dabei werden auch Sozialfaktoren eine Rolle spielen. Die gesetzlich geforderte Kleinräumigkeit zwingt die Akteure vor Ort, an der einen oder anderen Stelle genauer hinzuschauen. Im

Bereich des Jobsharing und der Anstellung mit Leistungsbeschränkung wird es zu Flexibilisierungen kommen. Zeitgleich kommen mit dem Krankenhausstrukturgesetz jetzt auch Aspekte der Krankenhausplanung in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die erstmalig ein Ineinandergreifen beider Systematiken, ambulant wie stationär, erlauben werden.

? Das wird aus Ihrer Sicht die Fragen des tatsächlichen Bedarfs besser lösen lassen?

Gibis: Die grundlegende Frage, wie viele Ärztinnen und Ärzte kann, will, muss oder soll sich eine Gesellschaft leisten, wird sich nicht mit technokratischen Mitteln lösen lassen. Am Ende steht immer die Frage der Finanzierbarkeit vorgeschlagener Maßnahmen und dieser Rahmen ist, wie Sie wissen, eng. Die KBV wird sich hier in enger Abstimmung mit den Verbänden aktiv in die Diskussion einbringen.

? Die Berufsverbände haben Sorge, dass es Nachteile für die bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen geben wird, wenn die Änderung der Be-

darfsplanung nicht der Tatsache Rechnung trägt, dass ein Nervenarztsitz meist durch „Einzel-Fachärzte“ für Neurologie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie besetzt wird. Welche Überlegungen hat Ihr Dezernat dazu?

Gibis: Die Aufteilung des Fachgebietes Nervenheilkunde geht je nach Szenario auch mit Stellsenken einher, will man für ein Gleichgewicht zwischen Psychiatrie und Neurologie in einer Region sorgen. Insofern sind zwingend die Verhältniszahlen neu zu berechnen und anzupassen. Zusätzlich müssen wir hinsichtlich der Morbiditätsentwicklung von einem steigenden Bedarf ausgehen. Auch hier werden wir unter anderem sehr darauf achten, dass dieser Zuwachs nicht zulasten der Vergütung der in der Versorgung befindlichen Ärzte geht. Dieser Faktor muss ebenfalls immer berücksichtigt werden.

? Welche Rolle spielt aus Ihrer Sicht die Nachwuchssituation?

Gibis: Die Nachwuchssituation in der Psychiatrie und Neurologie sieht einigermaßen positiv aus, andere Fachgebiete haben hier größere Sorgen. Künftig wird die Weiterbildung im vertragsärztlichen Bereich an Bedeutung gewinnen. Zu bewerten ist auch die Frage, welche Rolle und Bedeutung Ärzte mit der Weiterbildung in beiden Fachgebieten Psychiatrie und Neurologie einnehmen sollen, die es nach wie vor gibt und geben sollte. Wir werden diese Fragestellungen eng mit dem Berufsverband abstimmen und in die G-BA-Diskussionen einbringen.

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

Behandlernetzwerk München

Transsexualität: ambulante, regionale, vernetzte, interdisziplinäre Versorgung

Nach einer kursorischen Darstellung der Thematik Transsexualität/Geschlechtsdysphorie wird hier detailliert die Arbeit eines Modells vernetzter Versorgung dargestellt: Das Behandlernetzwerk München ist aus einer Initiative verschiedener Leistungserbringer aus dem ambulanten Bereich entstanden, um ein komplexes Phänomen der Gesundheitsversorgung, nämlich die Begleitung und Behandlung von „Transgender People“, zu verbessern.

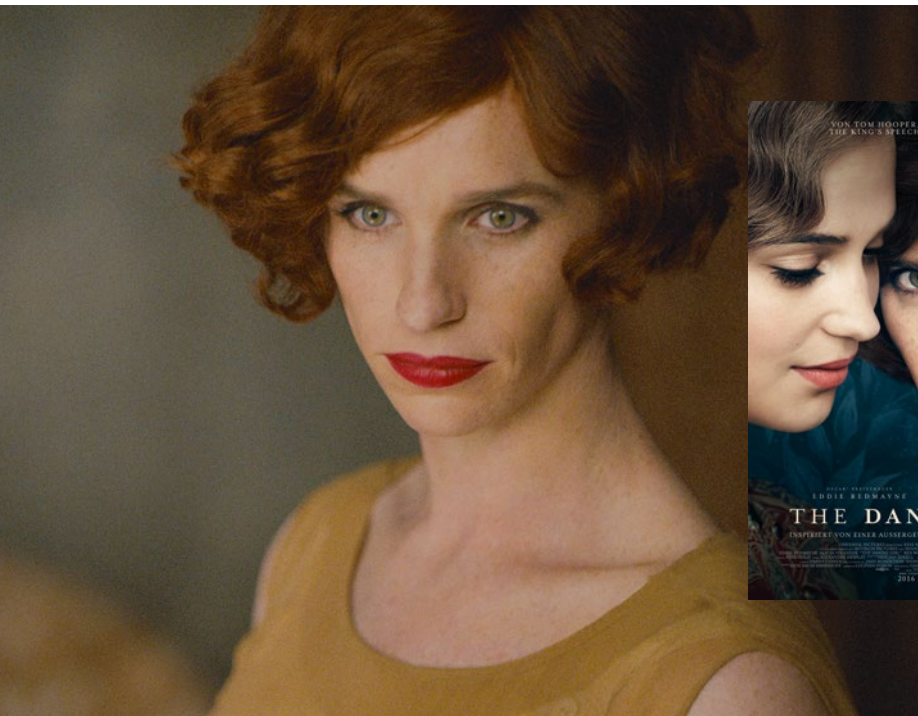
Menschen, die sich mit dem ihnen biologisch gegebenen Geschlecht nicht identifizieren können und als Angehöriger des ihnen biologisch nicht gegebenen Geschlechts oder auf einer von ihnen selbst definierten Zwischenstufe leben wollen und die im Zusammenhang damit auch somatische Behandlungen zur Geschlechtsangleichung anstreben, haben Kontakt mit verschiedenen Disziplinen der medizinischen Versorgung. Das hier dargestellte Behandlernetzwerk München für Transsexualität, Trans-

identität, Geschlechtsidentitätsstörungen, Geschlechtsdysphorie und Geschlechtsinkongruenz hat eine intensive Form der Kooperation im ambulanten Bereich installiert und damit die Versorgung von Transgender People in der Region deutlich verbessert.

Historie der Geschlechtsinkongruenz

Das Phänomen der Geschlechtsinkongruenz und des Geschlechtswechsels sowie das Leben als Angehöriger des biolo-

gisch nicht gegebenen Geschlechts, findet sich in unterschiedlichen gesellschaftlichen Strukturen und Epochen. Sexualwissenschaftlich wurde 1910 von Magnus Hirschfeld der Terminus „Transvestismus“ eingeführt, 1923 der beschreibende Begriff „transsexuell“. Harry Benjamin publizierte 1966 eine Monografie über „Das transsexuelle Phänomen“ und bewirkte damit eine breitere öffentliche Auseinandersetzung mit Personen, die sich nicht ihrem biologisch gegebenen Geschlecht und somit nicht ihrem Ein-



Im öffentlichen Diskurs und kulturell ist das Phänomen Transgender längst angekommen. So hatte aktuell bei den Filmfestspielen in Venedig am 5. September 2015 Tom Hoopers Film „The Danish Girl“ Premiere. Der Film handelt von der realen Geschichte des dänischen Landschaftsmalers Einar Wegener und seiner Wandlung in die transsexuelle Malerin Lili Elbe (im Film dargestellt von Eddie Redmayne). Einar Wegener unterzog sich Anfang der 1930er-Jahre einem damals noch experimentellen geschlechtsanpassenden Eingriff.

trag im Geburtsregister zugehörig fühlen. Diese Entwicklung hatte zur Folge, dass das Phänomen, das im Englischen als „transgender“ bezeichnet wird, zum Thema der medizinischen Versorgung wurde. 1978 wurde Transsexualität als Diagnose in das damals von der WHO herausgegebene ICD-9 aufgenommen, 1980 in das DSM-III.

Im Januar 1981 trat in Deutschland das Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz, TSG) in Kraft und ermöglichte transidenten Menschen juristisch anerkannt in dem Geschlecht zu leben, mit dem sie sich identifizieren. Sieben Jahre später entschied das Bundessozialgericht, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei definierten vorliegenden Voraussetzungen und gesicherter Diagnose einer Transsexualität verpflichtet sind, Kosten für geschlechtsanpassende somatische Therapien (insbesondere geschlechtsanpassende Operationen) zu übernehmen. Erst 14 Jahre später ergingen entsprechende höchstrichterliche Entscheidungen im Zivilrecht, die auch die Kostenübernahme im Bereich der privaten Krankenversicherung festlegten [1].

1997 wurden in der Zeitschrift für Sexualforschung Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen veröffentlicht [2], die inzwischen nach übereinstimmender Meinung vieler Sexualwissenschaftler als überarbeitungsbedürftig gelten. Derzeit wird an der Entwicklung einer S3-Leitlinie Geschlechtsdysphorie gearbeitet.

Heutige Sichtweise und Einordnung

Seit Erscheinen des DSM-5 löst der Begriff „Geschlechtsdysphorie“ den diagnostischen Begriff der „Transsexualität“ ab.

Zentrales Merkmal der Geschlechtsdysphorie ist eine ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit und der zugeschriebenen Geschlechtszugehörigkeit von mindestens sechsmonatiger Dauer, die sich in wenigstens zwei der folgenden Merkmale manifestiert.

1. Ausgeprägte Inkongruenz zwischen der erfahrenen/erlebten Geschlechts-

zugehörigkeit und den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen.

2. Starker Wunsch, die primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmale aufgrund einer ausgeprägten Inkongruenz mit der erfahrenen/erlebten Geschlechtszugehörigkeit loszuwerden.
3. Starkes Verlangen nach den primären und/oder sekundären Geschlechtsmerkmalen des anderen Geschlechts.
4. Starker Wunsch, dem anderen Geschlecht (oder einem alternativen Geschlecht, das vom zugewiesenen abweicht) anzugehören.
5. Starker Wunsch, wie ein Angehöriger des anderen Geschlechts (oder eines alternativen Geschlechts, das vom zugewiesenen abweicht) behandelt zu werden.
6. Feste Überzeugung, dass man die typischen Gefühle und Reaktionen des anderen Geschlechts habe.

Der Zustand verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder eine Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Hier wird deutlich, dass sich der diagnostische Fokus von der Störung der Identität zu dem Leiden an dem biologisch gegebenen Geschlecht verschoben hat [3, 4].

Als einziges Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Psychiatrie findet sich die Diagnose Transsexualität im Katalog zum § 116 b) SGB V. Es existieren gut etablierte Modelle im klinischen Bereich, so zum Beispiel die spezialisierte Ambulanz am Institut für Sexualforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) [3]. Es ist aber auch durchaus möglich, eine solche Versorgung mit Vernetzung bereits bestehender ambulanter Strukturen, wie in unserem Münchner Behandler Netzwerk, zu realisieren.

Die Ausgangssituation bei Inanspruchnahme ambulanter Versorgung hat sich nach unseren Erfahrungen in den letzten Jahren verändert:

- Es konsultieren uns mehr und mehr Personen, die sich mit ihrem Erleben der Geschlechtsidentität bereits intensiv auseinandergesetzt haben, sich – insbesondere über Internet oder Selbsthilfeorganisationen – eingehend über Diagnostik, Behandlung und Be-

Transsexualität/Geschlechtsdysphorie

- Steht im Katalog der Krankheitsbilder für ambulante Versorgung im Krankenhaus nach § 116 b) SGB V
- Erfordert in der Begleitung spezialisiertes Fachwissen und gute interdisziplinäre Vernetzung
- Benötigt langfristig multidisziplinäre therapeutische Begleitung
- Beinhaltet in der Therapie zahlreiche interdisziplinäre Überschneidungen
- Hat Berührung mit juristischen und gesellschaftlichen Ebenen

gutachtung informiert haben und die häufig auch bereits begonnen haben, im privaten Umfeld in der Geschlechtsrolle zu leben, mit der sie sich identifizieren.

- Seltener als früher konsultieren uns Menschen, die hinsichtlich ihres Geschlechterlebens unsicher sind, die Unsicherheit noch nicht genau definieren können und zunächst Hilfe suchen, um den Prozess der Identitätsfindung zu unterstützen.
 - Es existiert ein breites Spektrum von hinsichtlich ihrer Identität noch sehr unsicheren Personen bis hin zu denen, die bereits den Geschlechtsrollenwechsel in der Öffentlichkeit vollzogen haben und beispielsweise auch schon mit einer Hormoneinnahme außerhalb fachärztlicher Indikation begonnen haben.
 - Entsprechend ist der therapeutische Auftrag unterschiedlich und von Seiten des konsultierten Behandlers bei der Entwicklung des Behandlungsplans darauf abzustimmen.
- Essenziell ist zu Beginn immer eine eingehende Psychodiagnostik, um relevante differenzialdiagnostische Ausschlüsse zu vollziehen, gegebenenfalls Komorbidität und deren Behandlungsbedürftigkeit festzustellen. Ziel ist, das Ausmaß der Geschlechtsdysphorie zu reduzieren.

Behandler Netzwerk München

Nach Kontakten mit regionalen Selbsthilfegruppen wurde am 20. Januar 2007 in einer konstituierenden Sitzung von dem Psychiater Dr. Ettmeier und dem plastischen Chirurgen Dr. Schaff ein interdisziplinärer, ärztlich/psychothera-

peutischer „Qualitätszirkel Transsexualität München“ (Behandlernetzwerk München für Transsexualität, Transidentität, Geschlechtsidentitätsstörungen, Geschlechtsdysphorie und Geschlechtsinkongruenz) gegründet, anerkannt von der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), inzwischen analog anerkannt von der Bayerischen Psychotherapeutenkammer.

Als Ziele wurden laut Satzung definiert: „Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Region im Bereich Transsexualität, Reflexion und Weiterentwicklung der derzeitigen Versorgungssituation, gegenseitiger Austausch wissenschaftlicher Informationen aus den einzelnen Fachgebieten, indikationsbezogene Fallkonferenzen, Erörterung und gegebenenfalls Weiterentwicklung der bestehenden Behandlungsstandards, Organisation von Fortbildungsveranstaltungen“.

Teilnehmende Disziplinen waren von Beginn an Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Endokrinologie, Chirurgie, Logopädie sowie ein Vertreter des Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern.

In großer Runde mit allen Teilnehmern aller beteiligten Disziplinen trifft sich das Behandlernetzwerk derzeit dreibis viermal im Jahr. Der kollegiale Austausch wurde über das im ambulanten Kontext sonst übliche Maß hinaus telefonisch und über E-Mail-Korrespondenz intensiviert.

Das Behandlernetzwerk München führte bisher unter anderem folgende Projekte durch:

- Darstellung und eingehende Diskussion der internen bundesweit geltenden Begutachtungsleitlinie des MDK
- Mitwirkung bei wissenschaftlichen Studien des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, Abteilung Neuroendokrinologie, zur Hormontherapie bei Transsexualität
- Expertenanhörung zur Hormontherapie unter Einschluss der Kinderendokrinologie
- Seminar zur Intersexualität (Frau Prof. Richter-Appelt)
- Live-OP-Kurs (Dr. Schaff)
- Darstellung aktueller OP-Techniken
- Etablierung einer Epilationssprechstunde
- multidisziplinäre Diskussion derzeitiger Behandlungsstandards
- Stand der Diskussion und Behandlung von Geschlechtsidentitätsstörungen im Kindes- und Jugendalter
- Diskussion des DSM-V (Geschlechtsdysphorie)
- Diskussion der Arbeit der Leitlinienkommission Geschlechtsdysphorie
- Regionale Auswertung der für das Amtsgericht München erstellten Gutachten gemäß Transsexuellen-Gesetz unter besonderer Berücksichtigung der Aufträge gemäß § 6 TSG (Rücknahmebegehren)
- Kongressberichte (zuletzt EPATH-Kongress 3/2015 in Ghent)

Zwei Mitglieder des Behandlernetzwerks (Dr. Ettmeier und Dr. Vogel) sind

Mitglieder der Konsensusgruppe zur Entwicklung der S3-Leitlinie Geschlechtsdysphorie.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit haben Mitglieder des Behandlernetzwerks zum Thema Transsexualität/Geschlechtsdysphorie informative Vorträge bei regionalen psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten gehalten, um weitere Kollegen für diese Thematik zu interessieren. Außerdem nehmen Mitglieder des Behandlernetzwerks regelmäßig an von Selbsthilfeorganisationen getragenen Veranstaltungen zur Thematik teil. Die Arbeit des Behandlernetzwerks wurde auch auf dem Jahreskongress der DGPPN im November 2011 in Berlin vorgestellt.

Die Homepage des Behandlernetzwerks (www.qz-ts-muc.de, **Abb. 1**) enthält in komprimierter Form Informationen zu allen Aspekten der komplexen Thematik. Es wurde versucht, diese Informationen so zu gestalten, dass sie auch für den Laien verständlich und nachvollziehbar sind.

Die Mitglieder des Netzwerks bieten auf der Basis intensiven interkollegialen Austauschs alle Bestandteile der nach derzeitigen Standards geforderten Diagnostik und Verlaufsbeobachtung:

- Eingehende mehrschrittige psychiatrische Diagnostik (bei zwei unabhängig voneinander arbeitenden, mit der Thematik Transsexualität vertrauten Psychiatern)
- Begleitende, störungsspezifische, auf die konkrete Bedürfnislage ausgerichtete Psychotherapie bei einem mit der Thematik vertrauten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten
- Begleitung der Alltagserprobung (fakultativ mit Fremdanamnese, Beratung von Bezugspersonen und Familienangehörigen)
- Erforderliche Differenzialdiagnostik und, falls notwendig, psychiatrische Behandlung der Komorbidität
- Nach psychiatrischer Indikation spezifische Hormontherapie bei themenzentriert erfahrenen Endokrinologen, darunter auch auf Kinderendokrinologie spezialisierte Kollegen
- Indikationsstellung für geschlechtsanpassende operative Maßnahmen und deren Durchführung
- Begutachtungen gemäß TSG



Abb. 1: Die Informationen auf der Website des Qualitätszirkels Transsexualität sind so gestaltet, dass sie auch für den interessierten Laien verständlich sind.

Erfahrungen – Effekte – Ausblick

Mit dem Behandlernetzwerk München ist es gelungen, ein regionales interdisziplinäres Netz zur ambulanten Versorgung eines komplexen Phänomens mit multidimensionaler Versorgung und Verknüpfung zu installieren.

Nach eigener klinischer Erfahrung, aufgrund von Rückmeldungen Betroffener und auch regionaler, gut organisierter Selbsthilfeorganisationen ist es gelungen, eine hohe Behandlungszufriedenheit bei den Transgender People zu erreichen, die unser Behandlernetzwerk konsultiert haben.

Intern wird die Kooperation als sehr positiv und bereichernd erlebt. Das betrifft nicht nur den fachlichen Austausch zwischen so unterschiedlichen Disziplinen wie Psychotherapie und Psychiatrie auf der einen Seite und Endokrinologie und plastischer Chirurgie auf der anderen Seite, sondern es gelang auch, die aktuelle Diskussion über die fokalen Veränderungen der diagnostischen Entität Transsexualität/Geschlechtsdysphorie intensiv zu diskutieren und nachzuvollziehen. Als Grundlage für die praktische Arbeit wurden Themen wie die Auffächerung der Lebensentwürfe versus Binarität der Geschlechter eingehend diskutiert und haben auch Eingang gefunden in die im Behandlernetzwerk angewandten therapeutischen Konzepte.

Durch den intensiven Austausch konnte bei den Mitgliedern ein unserer Einschätzung nach sehr guter Informationsstand über die aktuelle Entwicklung in Diagnostik, Therapie und sexualwissenschaftlicher Diskussion des Phänomens erreicht werden. Dies gilt unter anderem auch für die Debatte über notwendige Reformen des Transsexuellengesetzes, die durch höchstgerichtliche Entscheidungen, bis hin zur Entkoppelung des sozialen vom biologischen Geschlecht, bereits vorweggenommen wurden.

Mit der Entscheidung aus dem Jahre 2011 hat das Bundesverfassungsgericht mehrere Vorschriften des TSG für verfassungswidrig erklärt, unter anderem die Vorschrift, dass dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit und ein die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernder operativer Eingriff Voraussetzung für eine Personenstandsänderung ist. Damit hat das Bundesverfassungsgericht ent-

schieden, dass ein Betroffener juristisch den Personenstand erhält, dem er sich von seiner psychischen Identität her zugehörig fühlt, ohne dass sein Körper dahingehend durch operative Eingriffe somatisch verändert sein muss [5, 6].

Eine unserer nächsten Initiativen wird die Diskussion dieser gesellschaftlich sehr bedeutungsvollen Aspekte mit den in unserer Region zuständigen Richtern sein. Ein weiteres Ziel ist die bessere Einbindung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Sehr aufmerksam verfolgt werden wir die Leitlinienentwicklung und die sich für unsere Arbeit daraus ergebenden Konsequenzen.

Wir sind sehr gespannt auf die weitere Entwicklung unseres Zusammenschlusses im Sinne eines virtuellen Genderteams und möchten Kollegen anregen, Ähnliches in anderen Regionen, gegebenenfalls auch für andere komplex zu versorgende Krankheitsbilder unseres Fachgebiets zu installieren. □

Literatur

1. Pfäfflin F. Zur Resolution der parlamentarischen Versammlung des Europarats über Maßnahmen gegen die Diskriminierung von Transgender People. *Recht und Psychiatrie*, 2015; 33: 140–4
2. Becker S. Transsexualität – Geschlechtsidentitätsstörung, in: G. Kockott/E. M. Fahrner: *Sexualstörungen*, Stuttgart 2004, Seite 153–97
3. Nieder TO, Briken P, Richter-Appelt H. Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Psychother Psych Med* 2014; 64: 232–45
4. García D et al. Von der Transsexualität zur Gender-Dysphorie, Beratungs- und Behandlungsempfehlungen bei Transpersonen, *Schweiz Med Forum* 2014; 14 (19): 382–87
5. Meyenburg B, Renter-Schmidt K, Schmidt G. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz, Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005 bis 2014. *Z Sexualforsch* 2015; 28: 107–20
6. Vogel PC. Anmerkungen zur Debatte über das TSG aus Sicht eines praktisch tätigen Psychiaters. *Z Sexualforsch* 2013; 26: 178–84

AUTOR

Dr. med. Peter-Christian Vogel
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Sexualmedizin (DGFS)
Agnesstr. 14, 80798 München
E-Mail: praxcvogel@aol.com

Buchtipp



Tim Oehler

Rechtslage und Fallstricke bei psychischen Erkrankungen

Burnout, Depressionen, akute und posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungs-

störungen, 224 S., Thieme Verlag, Stuttgart 2013, 59,99 €, ISBN 978-3-13-173611-6

Vom Juristen für den Mediziner

Der Rechtsanwalt für Medizinrecht, Tim Oehler, betrachtet Probleme, die Mediziner als Gutachter vor Gericht begegnen können. In diesem Buch wird das nötige juristische Hintergrundwissen zu ärztlichen Privat- und Sachverständigengutachten hieb- und stichfest vermittelt. Diese Vermittlung ist sehr praxisnah dargestellt und insbesondere durch Fallbeispiele deutlich gemacht. Die Darstellung der Problematik wird an den Erkrankungen beziehungsweise Störungen wie Burnout und Depression sowie posttraumatischer Belastungsstörung beschrieben. Es fehlen auch nicht vor Gericht verwendete Begriffe und Entscheidungshilfen. Auf das Klassifikationssystem ICD-10 und BSM wird Bezug genommen, insbesondere werden Arbeits-, Erb-, Familien-, Ausländer- und Beamtenrecht, Berufsordnung, Hochschulprüfungsrecht, Sozial-, Steuer-, Straf- und Versicherungsrecht beschrieben.

Damit wäre das Wesentliche dieses Buches aufgeführt, andererseits muss auch auf eine Problematik hingewiesen werden: Alle besprochenen Probleme werden an Burnout, an Depression und an posttraumatischer Belastungsstörung abgehandelt, womit man sich von der gesamten Psychiatrie etwas entfernt. Einige – im Moment immerhin strittige Probleme – wie verschiedene Formen der Depressivität, werden nicht näher beschrieben, sodass es bei der nächsten Auflage der Durchsicht des Fachmannes bedarf. Einige Aussagen sind etwas befremdlich, etwa über die Wirkung von Medikamenten, was hier und da in unterschiedlichen Zusammenhängen zur Sprache kommt.

Bei der Qualität des Buches insgesamt und bei der vernünftigen Darstellung der Problematik im Fach der Psychiatrie, können diese Probleme bei der nächsten Auflage sicher beseitigt werden. Durch Praxisnähe und gute Lesbarkeit ist das Buch eine große Hilfe, sodass Fallstricke rechtzeitig erkannt werden können.

Prof. Dr. med. F. Reimer, Weinsberg

Interdisziplinäres Versorgungskonzept in Thüringen

Projekt „Seelische Krisen rund um die Geburt“



Psychische Erkrankungen, die während und nach einer Schwangerschaft auftreten, bedeuten für die Betroffenen und deren Angehörige, aber auch für Hebammen, Hausärzte, Gynäkologen und Psychiater eine Herausforderung. In Thüringen erhalten junge Familien neben anderen flankierenden Hilfen auch durch das Projekt „Seelische Krisen rund um die Geburt“ eine professionelle interdisziplinäre Betreuung.

Die betroffenen Frauen werden neben der Lebensveränderung durch Schwangerschaft und Geburt des Kindes mit psychopathologisch einzuordnenden Symptomen konfrontiert. Meist stehen die Patientinnen und deren Angehörige dieser Entwicklung ratlos gegenüber. Oft werden beginnende psychische Erkrankungen verkannt.

In der Literatur unterscheidet man drei Störungsbilder:

- den sogenannten Baby-Blues,
- die postpartale Depression und
- die postpartale Psychose.

Bei der Diagnosezuordnung müssen Zeitpunkt des Auftretens der Störung, Ausmaß und Schweregrad der Symptome sowie der Verlauf berücksichtigt werden.

Baby-Blues: Er stellt die mildeste Form der postpartalen Störungen dar. Beschwerden, die einer Dysthymie entsprechen (z. B. Stimmungs- und Affektlabilität, übermäßige Sorge um die Gesundheit, Gereiztheit, körperliches Unwohlsein, Appetit- und Schlafstörungen), treten in der ersten Woche (meist nicht vor dem dritten Tag) auf und dauern mehrere Stunden bis wenige Tage an [1]. Eine Therapie der Beschwerden ist meist nicht erforderlich. Die Prävalenzzahlen für

den Baby-Blues weisen eine hohe Streubreite auf, was sicher an den unterschiedlichen Diagnosekriterien der Untersucher liegt [2].

Postpartale Depression: Sie entwickelt sich meist schleichend innerhalb der ersten Wochen nach der Entbindung, kann aber auch noch Monate später innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt des Kindes auftreten. Die Erkrankung kann verschieden stark ausgeprägt sein und der Krankheitsverlauf ist unterschiedlich. Die Prävalenz liegt deutlich unter der des „Baby Blues“ und wird mit 10–15 % angegeben [2]. Die Symptome entsprechen im wesentlichen denen der Depression (Antriebsschwäche, Müdigkeit, Gewichts- und Appetitverlust, Störung der Konzentration und Interessenverlust, Angst- und Panikattacken, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Ein- und Durchschlafstörungen). Auch Insuffizienz- und Schuldgefühle treten häufig auf. Diese sind im Zusammenhang mit der mangelnden emotionalen Mutter-Kind-Bindung zu sehen. Zwangsgedanken im Zusammenhang mit dem Kind kommen oft vor, ebenso ausgeprägte Scham- und Schuldgefühle. Besondere Aufmerksamkeit muss hier den möglichen suizidalen

Impulsen gewidmet werden [3]. Die postpartale Depression ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Betroffene sollten zeitnah einer fachärztlichen Versorgung zugeführt werden.

Postpartale Psychosen: Auch als Wochenbettpsychosen bezeichnet stellen sie eine seltene, aber schwere Form postpartaler psychischer Störungen dar (Inzidenzrate 1–2 auf 1.000 Entbindungen). Sie treten in den ersten Tagen bis Wochen nach der Entbindung auf. Häufig (75 %) sind Erstgebärende betroffen [4]. Alle Psychosetypen – schizophrene, schizoaffektive, affektive – können mit der entsprechenden Symptomatik vorkommen und meist nimmt diese Erkrankung einen stürmischen Verlauf. In den meisten Fällen ist dann eine stationäre Behandlung unausweichlich.

Das Projekt in Jena

In Jena, einer kleinen Universitätsstadt in Mitteldeutschland, konnte ein Arbeitskreis ins Leben gerufen werden, der nach einer engagierten Erfassung von Problemen in Familien nach der Geburt eines Kindes eine Versorgung vor allem der betroffenen Mütter anstrebt. Durch die Bundesinitiative „Frühe Hilfen“ ist

die Tätigkeit einer Netzwerkkoordinatorin im Jugendamt realisierbar, die neben anderen flankierenden Hilfen für junge Familien auch das Projekt „Seelische Krisen rund um die Geburt“ betreut. Durch diese Netzwerkkoordinatorin ist es möglich, die Versorger in der Region Jena zu erfassen und sie zum regelmäßigen Informationsaustausch sowie fallzentriert zusammenzuführen. Für betroffene Frauen kann somit ein Hilfsnetz geknüpft werden, das aus Hebammen, Sozialarbeitern, Ärzten aus dem Jugendamt, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Klinik und auch aus niedergelassenen Kollegen (Gynäkologen, Psychiater) besteht. Der Arbeitskreis trifft sich zweimal im Jahr und tauscht sich neben Fallbesprechungen über Strukturen und Versorgungsneuheiten in der Region aus.

Ziel dieses Arbeitskreises ist es, den Frauen und Familien möglichst schnelle und niedrigschwellige Kontakte anzubieten und Hilfen bedarfsgerecht zu koordinieren: Dies reicht von der sozialen über die Erziehungsberatung bis zur Diagnostik und gegebenenfalls Behandlung psychischer Erkrankungen. Frauen finden über verschiedene Wege Zugang zu den genannten Hilfen: entweder über Hebammen oder Ärzte oder aber sie erfahren vom Jugendamt-Besuchsdienst „Willkommen-Projekt“, der bei jeder Familie mit einem Neugeborenen einen Besuch anbietet, von der Existenz und den Möglichkeiten des Projektes „Seelische Krisen rund um die Geburt“.

Bericht aus dem Arbeitskreis

Die nachfolgend berichteten Daten wurden aus Gesprächen mit der Netzwerkkoordinatorin, Frau Hoyer-Bachmann, und der Projektbetreuerin, Frau Henniger-Dietzel, im Rahmen einer schriftlichen beziehungsweise mündlichen Befragung gewonnen. 2014 erfolgten demnach 49 sogenannte Erstberatungen. Danach nutzten 32 Frauen das Angebot für weitere Gespräche über einen längeren Zeitraum (22 mit weiteren ein bis zwei Gesprächen und zehn mit sieben bis 13 Gesprächen in sechs Monaten). In vielen Fällen bleibt es bei einer Beratung mit nur wenigen Besuchen. In seltenen Fällen erstreckt sich die Beratung über mehrere Monate und eine Vielzahl von Gesprä-

chen. Eine Beratung umfasst dann bei komplexen Problemlagen mehrere Stunden. Es handelt sich hier also um ein sehr individuelles und bedarfsorientiertes Angebot.

Anlässe für die betroffenen Frauen, die Beratung in Anspruch zu nehmen, stellten einerseits diagnostizierte psychische Erkrankungen im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt dar. Viele Frauen berichteten von psychischen Vorerkrankungen vor Beginn der Schwangerschaft. Bei den Erkrankungen handelte es sich um depressive Verstimmung oder Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und um eine posttraumatische Belastungsstörung (Abb. 1). Bei einigen Familien kam es zu Krisensituationen infolge einer Überforderungssituation nach der Geburt des Kindes.

Weitere Beratungsanlässe waren die Suche nach Unterstützung bei Problemen in der Verarbeitung von traumatischen Geburtserlebnissen, wie einer Notsectio und eines Schwangerschaftsabbruchs, welche mit einer Anpassungsstörung beziehungsweise einem posttraumatischen Belastungssyndrom verbunden waren.

Mütter, die das Beratungsangebot wahrnahmen, beschrieben folgende psychosoziale Probleme als Anlass, das Angebot des Projektes anzunehmen:

- große Unsicherheiten und Probleme bei dem Hineinwachsen in die Elternrolle (Zweifel, der Elternrolle gewachsen zu sein und sie angemessen auszufüllen),
- Zukunfts- und Überforderungsängste,
- Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind (kindliche Bedürfnisse richtig

erkennen, angemessene Reaktionen erlernen insbesondere wenn Babys lang andauernd und sehr häufig unruhig sind und viel schreien),

- Partnerschaftsprobleme, Trennung und Scheidung,
- Unsicherheiten und Fragen in der Versorgung und Erziehung,
- familiäre Konflikte,
- der (drohendem) Verlust des Kindes oder der eigenen Eltern,
- Begleitung eines Adoptionsverfahren,
- Beratung zur Vorbeugung einer Erschöpfung oder Depression.

Bei einigen Frauen, die im Jahr 2014 beraten wurden, zeigten sich Krankheitssymptome, die eine Behandlung erforderlich machten. So wurden sieben Frauen zu einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie weitervermittelt, um mögliche Gefährdungen für Mutter und Kind auszuschließen und eine Behandlung zu planen. Drei Frauen wurden zur Krisenintervention stationär auf der Mutter-Kind-Station der Universitätsklinik für Psychiatrie und der Psychiatrie Jena und Halle aufgenommen. Vier Frauen konnten in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Klinikums, in der Psychiatrischen Tagesklinik, aber auch beim niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie behandelt werden und zehn Frauen konnten durch die Beratungsarbeit im Alltag stabilisiert und für die Inanspruchnahme einer ambulant psychotherapeutischen Behandlung sensibilisiert werden (Abb. 2).

Aktuell bestehen keine Kooperationen mit niedergelassenen Psychotherapeuten in Jena. Die Mütter erhalten eine Liste mit Therapeuten und nehmen in der Regel selbständig Kontakt zu ihnen auf. Es zeichnet sich jedoch meist eine Warte-

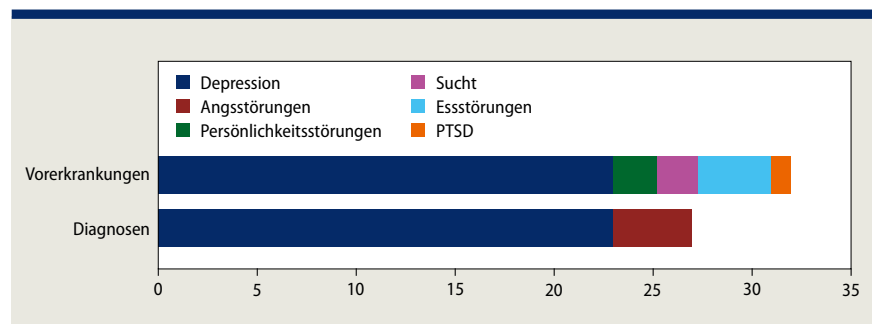


Abb. 1: Anlässe der Frauen, die Beratung in Anspruch zu nehmen.

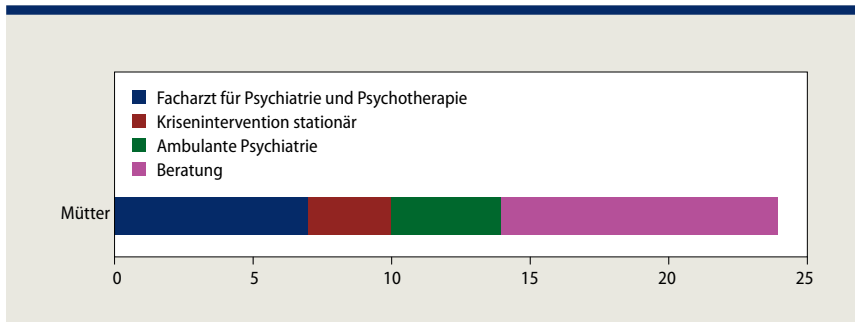


Abb. 2: Aus der Beratungssituation erwachsende weitere Versorgungswege.

zeit von mindestens drei bis sechs Monaten bis zum tatsächlichen Therapiebeginn ab.

Fazit

Die Zahlen und Verläufe des Jahres 2014 zeigen, dass durch das engagierte Arbeiten verschiedener Akteure im Versorgungssystem bereits bestehende und gut etablierte

Hilfsmöglichkeiten genutzt werden können, um die Versorgung von Familien mit Problemen nach der Geburt eines Kindes zu verbessern. Durch die Arbeit im Versorgungsnetz können Behandlungsabläufe flüssiger gestaltet werden. In vielen Fällen kann die Eskalation besonders von psychischen Krisen schnell erkannt und der Verlauf günstig beeinflusst werden. Dabei profitie-

ren nicht nur die Mütter und deren Kinder, sondern auch die betreuenden Hebammen, Sozialpädagogen und Ärzte. □

Literatur

1. Kendell RE, Rennie D, Clarke JA, Dean C. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medicine* 1981; 11: 341 – 50
2. O'Hara MW, Swain A. Rates and risks of postpartum depression - A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37 – 54
3. Rohde A. Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. *Der Gynäkologe* 2001; 34: 315 – 23
4. Rohde A, Marneros A. Psychosen im Wochenbett: Symptomatik, Verlauf und Langzeitprognose. *Geburtsheilkunde u. Frauenheilkunde* 1993; 53: 800 – 10

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 E-Mail: sab.koehler@web.de

Hier steht eine Anzeige.

Budgetbasiertes versus pauschalierendes Entgeltsystem

Es gibt eine Alternative zum PEPP!

Seit einigen Jahren kämpfen die psychiatrischen, psychosomatischen, kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland mit der Umsetzung des PEPP-Systems (Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik). Es gibt eine Alternative zum PEPP. Aber es bedarf einer hohen Solidarität, um auch den ausreichenden politischen Druck aufzubauen, um den mehr als kritischen Weg des PEPP zu verlassen und ein zukunftsfähiges Konzept für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland zu etablieren.



Nachdem es schien, als ob sich alle mit dem neuen PEPP-System arrangieren müssten, die Kritik aber gleichzeitig weiter anhielt, deutet sich nun an, dass sich durch den Wechsel im Bundesministerium für Gesundheit zu Hermann Gröhe möglicherweise ein Fenster für eine substanzielle Änderung öffnet. Alle für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik relevanten Fachgesellschaften und Verbände waren gefordert, innerhalb von drei Monaten eine Alternative zu entwickeln, die nicht nur in einer kritischen Positionierung gegenüber dem Alten stecken bleibt, sondern eine tragbare Alternative formuliert.

PEPP bedeutet viele fallbezogene Leistungen (z. B. therapeutischer Kontakt ab 25 Minuten, Zeiten für die Entlassungsvorbereitung und eine kriseninterventive Behandlung, differenzierte Erfassung einer 1:1-Betreuung). Diese Leistungen müssen sich nach der Abrechnung detailgenau in der Dokumentation

wiederfinden (Beispiel: Am 17.10. war der Patient suizidal. Wo findet sich der Eintrag vom 18.10., dass dieses Patientenmerkmal noch immer vorliegt? Beispiel intensive Einzelbetreuung: Weisen Sie nach, dass die dokumentierte Zeit tatsächlich zwei Stunden am Stück – ohne Toilettengänge – erfolgte.). Die Informationen werden durch eine Rechenmaschine geschickt und führen zu einer taggenauen Erlösermittlung, die degressiv, diagnosenbasiert und kompliziert ist.

Der Vorschlag der Fachgesellschaften und Verbände

Die Fachgesellschaften und Verbände, die das neue Konzeptpapier zum budgetgestützten Entgeltsystem formuliert haben, schreiben zur Zielsetzung: „Grundlegendes Prinzip des hier vorgelegten Entgeltsystems ist deshalb die Trennung von krankenhausindividueller Budgetfindung auf der Basis von evidenzbasierten merkmalsbezogenen Modulen und

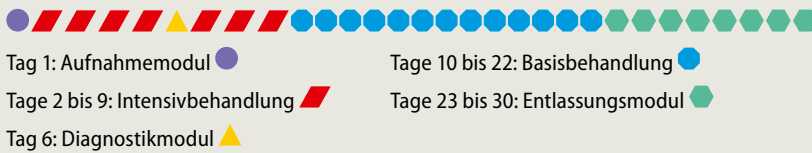
der Abrechnung in Form von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget. Das hier beschriebene budgetbasierte Entgeltsystem ist geeignet, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend deren besonderer Bedürfnisse zu gewährleisten und die sachgerechte Weiterentwicklung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung zu fördern.“

Im Vergleich: PEPP und die Alternative

Folgende Gegenüberstellung zwischen PEPP (P) und dem neuen Konzept soll deutlich machen, warum die Alternative, das sogenannte budgetbasierte Entgeltsystem (B), die bessere Variante ist.

1. P: PEPP ist ein Preissystem. Es sollen Leistungen gemessen werden, die dann unmittelbar in eine patientenbezogene Bezahlung münden. Auch im DRG-System fand diese Logik Ein-

Modulares System im Verlauf



Ein Beispiel aus dem Konzeptpapier „Modul „Intensivbehandlung“

Eine Intensivbehandlung ist gekennzeichnet durch Patientenmerkmale, die den allgemeinen Betreuungsaufwand bei einer Behandlung wesentlich erhöhen. Dazu zählen:

- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten
Beschreibung Merkmale (Beispiele):
 - Patient nach Suizidversuch, es besteht die Gefahr, dass ein weiterer Suizidversuch auf Station geschieht.
 - Patient hat intensiv drängende Suizidgedanken.
 - Im Rahmen einer schweren psychischen Erkrankung besteht ein präsuizidales Syndrom.
 - Patient mit Borderline-Störung mit wiederholtem selbstverletzendem Verhalten muss chirurgisch versorgt werden.
 - Patienten, die sich durch eine akute oder chronische kognitive Einschränkung und die daraus resultierenden Handlungen massiv selbst gefährden (z. B. durch Verlaufen oder die Gefahr, bei Teilnahme am Straßenverkehr überfahren zu werden).
 - Patient mit einer schwer ausgeprägten psychogenen Essstörung mit lebensbedrohlichen Komplikationen (schwerstes Untergewicht; Elektrolytstörungen)
- Akute Fremdgefährdung
- Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
- Keine eigenständige Flüssigkeits- beziehungsweise Nahrungsaufnahme
- Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung
- Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen
- oder im Aufwand vergleichbare Merkmale

gang. In der Psychiatrie und Psychosomatik trägt dieser Ansatz nicht. Selbstverständlich werden dort Leistungen auf dem höchstmöglichen Niveau erbracht, aber sie lassen sich nicht als Einzelleistungen vollständig darstellen, da unter anderem das Milieu und andere nicht messbare – zumindest nicht mit einem vertretbaren Aufwand messbare – Faktoren eine wesentliche therapeutische Komponente sind.

B: Daher ist die bessere Alternative, die unterschiedlichen Leistungsmerkmale der Behandlung, aber auch des Settings, teils patienten-, teils strukturbedingten zu einem stabilen und verlässlichen Budget zusammenzuführen, das zuverlässig die stationäre (insbesondere die Pflicht-)Versorgung sicherstellt.

2. P: Die Erlöse der psychiatrischen Kliniken werden derzeit zu einem sehr

hohen Anteil durch die sogenannte PsychPV (Psychiatriepersonalverordnung) bestimmt. Dies ist grundsätzlich der richtige Ansatz, da die Personalkosten der wesentliche Faktor in der stationären Versorgung sind und ein mögliches Absenken der Personaldichte einen unmittelbar negativen Einfluss auf die Qualität der Behandlung hätte. Das PEPP-System friert ab 2009 den Personalbestand auf niedrigem Niveau ein. Nur 90 % der zugesagten, gleichzeitig aber auch schon 30 Jahre alten Personalverordnung, werden unter PEPP refinanziert.

B: Im budgetbasierten Entgeltsystem bleibt der Personalbedarf ein zentraler Bestandteil der Finanzierung. Er bleibt gewissermaßen im Blick und es besteht nicht die Erwartung, dass durch ein Preissystem schon indirekt eine (auf Dauer) ausreichende Personalausstattung finanziert wird.

3. P: Der Aufbau des Leistungskataloges im PEPP-System basiert entscheidend auf diagnostischen Kategorien. Dies ist vielfältig kritisiert worden, da die einzelnen Diagnosegruppen sehr inhomogen sind. Zwar findet eine Ausdifferenzierung in den einzelnen Diagnosegruppen statt, diese sind in ihrer Betrachtungsweise aber sehr statisch und spiegeln den variantenreichen Behandlungsverlauf psychiatrischer und psychosomatischer Patienten nicht wider.

B: Im Alternativkonzept wird der vielfältige Behandlungsverlauf mittels eines modularen Systems (siehe links) dargestellt. Bei einem fiktiven Patienten wird zum Beispiel die diagnostische Behandlungsphase von einer Zeit der Intensivbehandlung abgelöst. Zu einem späteren Zeitpunkt steht die psychotherapeutische Behandlung im Mittelpunkt, um dann in eine intensive Entlassungsplanung zu münden. Hinter diesen Modulen sollte ein variabler Personalbedarf stehen. Dieser soll als Patienten- und Qualitätsorientierter Personalbedarf (PQP) beschrieben werden. Die einzelnen Module könnten dann (beispielhafte Auswahl) als Aufnahmemodul, Basismodul, Basismodul mit schweren somatischen Komorbiditäten oder psychotherapeutisches Modul beschrieben werden.

4. P: Das PEPP-System fixiert die finanzielle Ausstattung der Kliniken bei einer 90%igen Umsetzung der PsychPV. Dies entspricht nicht den Fortschritten in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung in Deutschland. Dies war ein Strickfehler der PsychPV und kann historisch nicht dem PEPP-System angelastet werden. Die PsychPV beschrieb keinen Weg, in welcher Form die intermittierende Modernisierung des Finanzierungssystems erfolgen könnte.

B: Das Alternativkonzept behebt diese Schwäche. Das Konzept des Patienten- und qualitätsorientierten Personalbedarfs versteht sich nicht als statische Beschreibung, sondern als ein lernendes System auf der Basis von evidenzbasierten in den Leitlinien der Fachgesellschaften formulierten Da-

ten, und auf der Erfahrung von Experten in der stationären Behandlung und zukünftigen detaillierten Untersuchungen des Personalbedarfs (z. B. Messung des Zeitaufwandes für die gesetzlich geforderten Dokumentationen). An dieser Stelle könnte eine Expertenkommission in regelmäßigen Zyklen den Personalbedarf analysieren und gegebenenfalls adaptieren. Dabei sollte es auch Möglichkeiten geben, die unterschiedlichen Kosten des Personals (z. B. Kostendifferenz nach Stadt/Land) zu berücksichtigen, so dass unter anderem an dieser Stelle die Notwendigkeit von individuellen Verhandlungen zur Budgetfindung für jedes Krankenhaus deutlich wird.

- 5. P:** Das PEPP-System geht davon aus, dass jedes Krankenhaus mittelfristig für die gleiche Leistung das gleiche Geld bekommt. Dabei ist der zentrale Mechanismus, dass beispielsweise bei einer Leistung bewertet mit dem Faktor 1 pro Tag, dieser mit einem Geldbetrag multipliziert wird, der auf Landesebene gleich ist (z. B. Bewertungsfaktor $1/\text{Tag} \times 10 \text{ Tage Aufenthalt} \times 250 \text{ €} = 2.500 \text{ €}$). Dies scheint auf den ersten Blick gerecht zu sein, ignoriert aber, dass die lokalen Gegebenheiten und Strukturen zum Beispiel im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung sehr unterschiedlich sein können. Es macht einen Unterschied, ob eine psychiatrische Klinik im ländlichen Raum dezentral organisiert ist oder eine Konzentration auf einen Standort umgesetzt ist.

B: Es muss folglich ein Kompromiss gefunden werden, der sowohl diese regionalen Besonderheiten (z. B. auch die unterschiedliche Beteiligung an der Notfallversorgung) berücksichtigt, und gleichzeitig einen Ansatz bietet, auch die zum Teil historisch gewachsenen unterschiedlichen Tagessätze in gerechter Form anzugleichen. Das budgetgestützte Entgeltsystem beschreibt einen Ansatz, um diese beiden Ziele zu erreichen.

- 6. P:** Das PEPP-System bewirkt eine massive Steigerung der Dokumentation, gleichzeitig verstärkt es das Misstrauen zwischen den Krankenkassen

und den Leistungserbringern. Dies ist eng mit dem einzelfallbasierten Preissystem verknüpft.

B: Es lässt sich nicht sicher abschätzen, ob ein budgetgestütztes Entgeltsystem in der Lage ist, diese negativen Begleiterscheinungen einer Neustrukturierung der Finanzierung entscheidend zu begrenzen. Dies liegt sicherlich an der Ausgestaltung im Detail. Aber es ist zu erkennen, dass die Zuordnung einzelner Tage zu unterschiedlichen Modulen im Rahmen des PQP (bei gleichzeitiger Streichung des jetzigen Katalogs der Leistungserfassung) bürokratieärmer ist als das derzeitige System.

Fazit

Es gibt eine Alternative zum PEPP. Es ist eine große Leistung der Verbände und Fachgesellschaften, diese innerhalb von drei Monaten einvernehmlich zu Papier gebracht zu haben. Der Diskussionsprozess und die Einigung bewirkten einen Schulterchluss der psychiatrischen und psychosomatischen Experten. Diese hohe Solidarität wird notwendig sein, um auch den ausreichenden politischen Druck aufzubauen, um den mehr als kritischen Weg des PEPP zu verlassen. Wenn sich die Politik darauf einlässt, wird es sicherlich notwendig sein, der Neuausrichtung ausreichend Zeit zu geben. Der bisherige Zeitplan müsste geändert werden. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Frank Godemann
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und verhaltenstherapeutische Medizin,
Alexianer St. Joseph Krankenhaus
Berlin Weißensee
Gartenstr. 1, 13088 Berlin
E-Mail: f.bodemann@alexianer.de

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin der DGPPN,
Ärztliche Direktorin des
Alexianer St. Joseph Krankenhauses
Berlin Weißensee,
Gartenstr. 1, 13088 Berlin
E-Mail: i.hauth@alexianer.de

Hier steht eine Anzeige.



DSM-5 entwickelt neue Konzepte

Autismus-Spektrum-Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind sie bereits seit ein bis zwei Dekaden als zentraler thematischer Schwerpunkt fest etabliert: Autismus und die sogenannten Autismus-Spektrum-Störungen. Ihre Bedeutung für die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie werden erst in den letzten Jahren langsam erkannt. In diesem Beitrag geben wir zunächst einen kurzen Überblick über das Themenfeld Autismus und gehen dann auf jüngste konzeptuelle und systematische Entwicklungen im Kontext des DSM-5 ein.

Die Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind mit einer gut dokumentierten Prävalenz von über 1 % wahrscheinlich sogar etwas häufiger als die schizophrenieformen Störungen. Die Erfahrung aus der eigenen Praxis zeigt, dass bei Unkenntnis des Konzepts das klinische Bild vor allem bei Betroffenen mit normalen oder überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten oft schlicht übersehen oder falsch eingeordnet wird. Häufige Fehldiagnosen sind

– meist als „atypisch“ gekennzeichnete – Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenien. Bei Männern findet sich besonders häufig die „kombinierte“ oder „narzisstische“ Persönlichkeitsstörung und bei Frauen die Borderline-Persönlichkeitsstörung unter den meist zahlreichen Vordiagnosen von Menschen mit ASS. Eine korrekte Diagnosestellung hat fast immer weitreichende und meist positive Implikationen, weil

sie ein adäquates Verständnis der autistischen Eigenschaften und der sich daraus entwickelnden psychiatrischen Symptomatik sowie einen angemessenen und verständnisvollen Umgang damit erlaubt. Dies fördert die Akzeptanz des Behandlers und die Selbstakzeptanz des Patienten und ist die Basis für ein an den Autismus angepasstes Therapiekonzept.

Das Thema Autismus erhält in der medialen Öffentlichkeit der letzten Dekaden eine ganz außergewöhnliche Auf-



Das Bild eines Autisten in der Öffentlichkeit ist stark von der Rolle des Raymond (Dustin Hoffman), hier mit Filmbruder Charlie (Tom Cruise), geprägt, der in dem Film „Rain Man“ einen an Savant-Syndrom leidenden Autisten spielt.

merksamkeit. Dies ist insbesondere dem Medium Film geschuldet, wo Beiträge wie „Adam“, „Ben-X“ oder „Mozart and the Whale“ das Verständnis auch hochfunktionaler Varianten autistischer Störungen einer breiten Öffentlichkeit nahe brachte. Vormalig hatte der cineastische Kassenschlager „Rain Man“ wahrscheinlich eher dazu geführt, dass in vielen Fällen autistische Diagnosen übersehen wurden. Grund war, dass durch ihn das Autismuskonzept in den Köpfen vieler Menschen auf sehr schwer betroffene Menschen, die auf den ersten Blick klar als psychisch krank erkannt werden können, eingeengt wurde. Dies gilt insbesondere für die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie, wo ein spezifisches diagnostisches und therapeutisches Angebot für Menschen mit hochfunktionalen ASS in Deutschland nach wie vor kaum entwickelt ist. Zahlreiche Betroffene werden unter Diagnosen wie (meist atypischer) Depression, Angsterkrankung, sozialer Phobie, Zwangsstörung, Schizophrenie oder aber unter Persönlichkeitsstörungsdiagnosen wie narzisstische oder kombinierte Persönlichkeitsstörung (PS, vor allem bei Männern) oder Borderline-PS (vor allem bei Frauen) therapiert. Dabei wird die Bedeutung einer ASS als Basisstörung für die meist sekundären psychischen Probleme verkannt und nicht in therapeutische Überlegungen mit einbezogen [1]. Somit liegt aktuell eine eigentümliche Doppelung vor: Während ASS einerseits als „Modediagnosen“ gekennzeichnet, ja, sogar angefeindet werden [2], zeigt sich in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie ein fast vollständiges Fehlen eines angemessenen Hilfesystems für die Betroffenen bei gleichzeitig hohem psychosozialen Leidensdruck [3]. Nachfolgend soll das Thema hochfunktionaler Autismus einleitend kurz dargestellt und die neueren konzeptuellen Entwicklungen im DSM-V erklärt und diskutiert werden.

Aktuelle Autismusdiagnostik und -therapie in Deutschland

Die medizinische Versorgung für erwachsene Menschen mit Autismus in Deutschland ist schlecht. Bei einer kulturunabhängigen Prävalenz von über 1 % [4] gibt es geschätzt über 600.000 er-

wachsene Patienten, für die es ein nur sehr spärlich ausgebildetes diagnostisches und noch spärlicheres therapeutisches Angebot gibt. Nur an wenigen Zentren wird spezifische Kompetenz vorgehalten. Meist werden betroffene Patienten unter den genannten inadäquaten Diagnosen suboptimal behandelt.

Klinik des Autismus

Das autistische Kernsyndrom in seiner aktuellen Definition nach ICD-10 und DSM-IV kann durch die drei Symptombereiche charakterisiert werden:

- qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion,
- qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation und
- repetitive, stereotype und zwangsartige Verhaltensweisen sowie eingeengte Interessen [5].

Eine etwas plastischere Beschreibung dessen, was mit diesen eher abstrakt anmutenden Begriffen inhaltlich gemeint ist, ist in **Tab. 1** zusammengefasst, wobei nach ICD-10 beziehungsweise DSM-IV nur die drei erstgenannten Kriterien zum autistischen Kernsyndrom gehören.

Tab. 1: Klinische Charakteristika des autistischen Syndroms

Syndromales Kriterium	Klinische Konkretion des Gemeinten
Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion	Beeinträchtigte basale soziale Wahrnehmung: Gesichter erkennen, Emotionen erkennen, Prosodie erkennen, Sprecher im reizreichen Kontexten identifizieren (filtern) Beeinträchtigte soziale Kognition: Beeinträchtigte Fähigkeit mentale Zustände anderer zu erkennen (Mentalisierung, kognitive Empathie, Theory of Mind)
Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation	Expressive Kommunikationsprobleme: nonverbale Kommunikation durch Mimik, Gestik, Prosodie, Verhalten ist beeinträchtigt Schwierigkeiten in wechselseitigen Miteinander in kommunikativen Situationen, Organisation des Sprecherwechsels ist beeinträchtigt Schwierigkeiten beim Telefonieren Sprachliche Schwierigkeiten: Konkretismus, das heißt metaphorische Sprache wird primär wörtlich verarbeitet, Sprachpragmatik, das heißt kontexteingebundenes Sprachverständnis und -verhalten sind beeinträchtigt
Repetitive und stereotype Verhaltensweisen und eingeengte Interessen	Bedürftigkeit nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen: rigide Aufsteh-, Zu-Bett-geh- oder Ablaufroutinen in alltäglichen Dingen Variierende Tagesabläufe (vor allem im sozialen Bereich) werden detailliert geplant und vorbereitet Exzessives Interesse an speziellen Themen (Sonderinteressen) Systematische und enzyklopädische Sonderinteressen
Sensorische Besonderheiten	Sensorische Überempfindlichkeit: Anfälligkeit für Reizüberflutung vor allem im akustischen, aber auch im visuellen und olfaktorischen Erleben Detailorientiertheit vor allem der visuellen Wahrnehmung Empfindlichkeit vor allem für leichte und unerwartete Berührungen
Motorische Besonderheiten	Blickmotorik: fehlender spontaner Blickkontakt oder auffällige Blickdynamik bei bewusst antrainiertem Blickverhalten, oft Blick zwischen die Augen des Gegenübers Wenig expressive mimisch-gestische, prosodische und behaviorale Ausdrucksmotorik Motorische Koordination: Schwierigkeiten bei der Feinmotorik oder Gruppensportarten wie Fußball, Volleyball, Handball etc.
Die autistische Stressreaktion	Reizüberflutung, Erwartungsfrustration, Missverständnisse, Berührungen können hervorrufen: 1. Wutattacken mit überschießender Aggression 2. dissoziativen Rückzug, Mutismus, Anspannungszuständen und Selbstverletzungen 3. motorische Stereotypen zur Anspannungsregulation: Schaukeln, Flattern, im Kreis laufen etc.

Eine detaillierte und ausführliche Liste anamnestisch klar zu eruiender Besonderheiten (11-Punkte-Liste) findet sich bei [20].



Der Film „Rain Man“ von 1988 (vier Oscars) hat lange Zeit die Vorstellung von autistischen Störungen wesentlich geprägt und damit wahrscheinlich eine Identifikation von leichter betroffenen Formen erschwert. Das Verständnis und die Akzeptanz dieser Störung haben seitdem zugenommen, wie auch die Liste von Filmen mit Hauptdarstellern in der Rolle von Autisten seitdem stark gewachsen ist (z. B. Mozart und der Wal, Ben X, Snow Cake, My name is Khan, Im Weltraum gibt es keine Gefühle, Ihr Name ist Sabine, Extrem laut und unglaublich nah sowie der Film „Adam“ aus dem Jahr 2009).

Autismus als Basisstörung für Psychiatrie und Psychotherapie

Vor allem Menschen mit hochfunktionalem Autismus mit normaler bis überdurchschnittlicher Intelligenz und guten Kompensationsfähigkeiten, die in unterstützenden und von Akzeptanz geprägten psychosozialen Rahmenbedingungen aufwachsen, können gelegentlich in frühen Jahren und während der Schulzeit durch ihre autistischen Eigenschaften nur wenig beeinträchtigt sein. Gerade die Schule, mit ihren sehr geregelten Tagesabläufen und dem Fokus auf wissensorientiertem Lernen, kommt nicht selten den Stärken dieser Menschen durchaus entgegen. Allerdings muss auch festgestellt werden, dass die pädagogische Neuorientierung der letzten Dekaden mit einem stärkeren Fokus auf Gruppenarbeit und sozialer Interaktion dieser Entwicklung entgegenwirkt. Spätestens nach Verlassen der Schule und des Elternhauses steigt dann aber an den Hochschulen oder in der Arbeitswelt die Anforderung an soziale Kompetenz, Kommunikation und Organisationsfähigkeit deutlich an. Dies führt bei Menschen mit ASS nicht selten zu chronischen und wiederholten Erfahrungen des Scheiterns, zu heftigen Erschöpfungszuständen und damit verbunden zu sekundären psychischen Störungen (Angst, Depression, psychotische Dekompensationen, Zunahme einer zwangsartigen Symptomatik). Die redu-

zierten sprachpragmatischen Fähigkeiten autistischer Menschen führen ferner häufig zu gravierenden Missverständnissen in der Kommunikation mit nicht-autistischen Menschen.

Die typischen autistischen sensorischen Empfindlichkeiten und Stressreaktionen (**Tab. 2**) verschärfen die chronischen interpersonellen Probleme am Arbeitsplatz und in den Familien weiter, sodass es oft zu dramatischen – oft depressiven, gelegentlich auch psychotischen – Dekompensationen kommt. Diese sind für Menschen mit ASS der häufigste Grund für das Aufsuchen des Psychiaters oder Psychotherapeuten im jungen Erwachsenenalter. In dieser geradezu klassischen Konstellation ist es von höchster Bedeutung, die ASS als Basisstörung für die sekundär sich daraus entwickelnden psychischen Störungen rasch zu erkennen, um ein adäquates Symptomverständnis und ein angemessenes Therapiekonzept zu entwickeln [6, 7].

Entwicklungsstörungen und Autismus in DSM-IV und ICD-10

Das Asperger-Syndrom wurde erst 1992 in die ICD-10 und 1994 in das DSM-IV aufgenommen und wird von beiden Klassifikationssystemen unter der Kategorie der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen geführt [8]. Entwicklungsstörungen sind dabei nach ICD-10 durch folgende Kriterien definiert: 1. Der Be-

ginn einer charakteristischen Klinik ist klar in der ersten Dekade der Betroffenen identifizierbar, 2. es kommt zu einer Einschränkung oder Verzögerung der Entwicklung von Funktionen, die mit der biologischen Reifung des Gehirns verbunden sind und 3. im Hinblick auf diese charakteristische Symptomatik kann ein stetiger Verlauf beobachtet werden, das heißt, es kommt nicht zu den für viele andere psychische Störungen typischen Fluktuationen [9]. Die ICD-10 unterscheidet zwischen umschriebenen Entwicklungsstörungen wie zum Beispiel der Artikulationsstörung, der expressiven Sprachstörung oder der Lese-Rechtschreib-Störung und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu denen der frühkindliche (F84.0 entsprechend DSM-IV 299.00), atypische (F84.1 entsprechend DSM-IV 299.80) und Asperger-Autismus gehören (F84.5 entsprechend DSM-IV 299.80). Das Auftreten gravierender Symptome vor dem dritten Lebensjahr wie eine fehlende Sprachentwicklung unterscheidet den frühkindlichen Autismus vom Asperger-Syndrom. Der atypische Autismus (ICD-10 F 84.1 entsprechend „pervasive developmental disorder not otherwise specified“, DSM-IV 299. 80) ist dabei eine Restkategorie für Fälle mit unvollständiger Symptomausprägung.

Neue Entwicklungen im DSM-5

In dem seit Mai 2013 gültigen DSM-5 ergeben sich – teilweise in Weiterentwicklung und teilweise in Abkehr vom bisherigen Autismus-Verständnis – folgende Entwicklungen:

1. Das Konzept der neuronalen Entwicklungsstörungen wird konsequent weiterentwickelt und neu geordnet

Ganz im Sinne der oben beschriebenen Definition von Entwicklungsstörungen (im DSM-5: „neuronalen Entwicklungsstörungen“), die man auch „neuropsychiatrische Entwicklungsstörungen“ nennen könnte, werden im DSM-5 nun folgende Störungsbilder unter dieser Kategorie zusammengefasst: 1. Intelligenzminderung, 2. Kommunikationsstörungen inklusive Sprachstörungen und Störung der sozialen (pragmatischen) Kommunikation, 3. ASS, 4. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, 5.

spezifische Lernstörungen, 6. Störungen der Motorik inklusive Tic-Störungen und Tourette-Syndrom. Hier wird also der frühe Beginn eines klar identifizierbaren symptomatischen Musters in der ersten Dekade als gemeinsames Merkmal der genannten Störungsbilder konsequent zur Definition der Störungsgruppe herangezogen.

2. Das Konzept kategorialer autistischer Subtypen wird zugunsten eines Spektrum-Konzepts aufgegeben

Da sich die beiden autistischen Hauptkategorien „Frühkindlicher Autismus“ und „Asperger-Syndrom“ aufgrund von wissenschaftlichen Untersuchungen nicht valide voneinander trennen ließen [10], wurde im DSM-5 der seit langem erkennbare Trend aufgegriffen, diese kategoriale Unterscheidung zugunsten eines dimensional Ansatzes fallen zu lassen. Dieses Vorgehen wurde unterstützt durch die klinische Beobachtung fließender Übergänge zwischen den bisherigen Unterkategorien des Autismus, zwischen den verschiedenen neuronalen Entwicklungsstörungen, zwischen typischer und atypischer Entwicklung und schlussendlich auch zwischen (sogenannter) psychischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankung [11].

So konnte, was Kanner schon in den 1940er-Jahren beobachtet hatte, empirisch nachgewiesen werden, dass nicht erkrankte Verwandte autistischer Patienten ähnliche, aber weniger stark ausgeprägte autistische Persönlichkeitsmerkmale aufwiesen [12]. Dies ist wahrscheinlich einer gemeinsamen, komplexen genetischen Prägung für „autistische Persönlichkeitsmerkmale“ von Gesunden ebenso wie von Erkrankten geschuldet [13]. Zur Abgrenzung von nicht krankheitswertigen Zuständen dienen im DSM-5 die Kriterien C (Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein – aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten) – und D (Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren; Tab. 2).

3. Die autistische Kernsymptomatik der sozialen Interaktions- und Kom-

Tab. 2 : Kriterien der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 (zitiert nach [1])

- | |
|---|
| <p>A. Andauernde Defizite der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion in allen Kontexten, die nicht durch generelle Entwicklungsverzögerungen erklärt werden und sich in allen folgenden Bereichen manifestieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defizite der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit 2. Defizite im nonverbalen kommunikativen Verhalten in der sozialen Interaktion 3. Defizite beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen, entsprechend dem Entwicklungsstand (ausgenommen solcher zu Bezugspersonen) |
| <p>B. Restriktive, repetitive Verhaltensmuster, Interessenmuster, oder Aktivitätsmuster, die sich in wenigstens zwei der folgenden Bereiche manifestieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stereotype/s/r oder repetitive/s/r Sprechen, Bewegungen oder Gebrauch von Objekten (z. B. einfache motorische Stereotypen, Echolalie, repetitiver Gebrauch von Objekten oder idiosynkratische Phrasen) 2. Exzessives Festhalten an Routinen, ritualisierte Muster verbalen oder nonverbalen Verhaltens oder exzessiver Widerstand gegen Veränderung (z. B. behaviorale Rituale, Bestehen auf gleicher Wegstrecke, gleiches Essen, repetitive Fragen oder extremer Stress durch kleine Änderungen) 3. Hochgradig eingegrenzte, fixierte Interessen, die unnormal in Hinblick auf Intensität oder Thema sind (z. B. starke Bindung an oder Beschäftigung mit ungewöhnlichen Objekten, exzessive eingegrenzte oder perseverierende Interessen) 4. Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorischen Input oder ungewöhnliches Interesse an sensorischen Aspekten der Umgebung (z. B. offensichtliche Unempfindlichkeit gegenüber Schmerz/Hitze/Kälte, starke überempfindliche Reaktion auf spezifische Geräusche oder Texturen, exzessives Riechen oder Berühren von Objekten, Faszination von Lichtern oder sich bewegendenden Objekten) |
| <p>C. Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können erst dann offensichtlich werden, wenn soziale Anforderungen die Kompensationsmöglichkeiten überschreiten)</p> |
| <p>D. Symptome begrenzen und beeinträchtigen insgesamt das alltägliche Funktionieren</p> |

munikationsstörungen wird in einem Kriterium („A-Kriterium“) zusammengefasst

Da sich die beiden Hauptkriterien der ICD-10, soziale Interaktion und Kommunikation, nicht valide voneinander trennen ließen, wurden beide zu einem Kriterium „fusioniert“. Dieses wird wie folgt definiert: „Andauernde Defizite der Kommunikation und sozialen Interaktion in mehreren Kontexten, die aktuell oder anamnestisch vorhanden sind und nicht durch eine generelle Entwicklungsverzögerung besser erklärt werden können“ (nach [1]).

4. Das Kriterium der begrenzten, repetitiven und stereotypen Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten wird als „B-Kriterium“ aufgewertet und ausgeweitet

Unter dem neuen B-Kriterium werden nicht nur die klassischen repetitiven und stereotypen Verhaltensweisen und Interessenmuster geführt, sondern auch sensorische Besonderheiten wie etwa eine Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutung (Tab. 2), welche im alten Autismus-Konzept gemäß DSM-IV noch unbe-

rücksichtigt blieben. Im Sinne einer Verschärfung der Diagnosekriterien werden nun allerdings mindestens zwei Symptome (und nicht nur ein einziges Symptom) aus diesem Bereich gefordert, um die Diagnose stellen zu können.

5. Eine Diversifizierung der Diagnose wird über Komorbiditäten möglich

Der Unterschiedlichkeit der individuellen Fälle im klinischen Alltag [1] kann nach DSM-5 dadurch besser Rechnung getragen werden, dass eine größere Breite von Zusatzdiagnosen zugelassen wird. Dies trifft insbesondere für eine ADHS-Diagnose zu, die nach DSM-IV und ICD-10 bei Autismus bislang ausgeschlossen war [14]. Insbesondere für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist dies sehr zu begrüßen, da der wechselseitige Ausschluss beider Diagnosen in der Vergangenheit bei Kindern mit Autismus und ADHD häufig zu Problemen führte.

6. Der Schweregrad wird operationalisiert

Dem Konzept eines dimensional Krankheitsmodells folgend wurde die

Tab. 3: Operationalisierung des Schweregrads der Autismus-Spektrum-Störung nach DSM-5 (zitiert nach [14])

Schweregrad	Soziale Kommunikation	Restriktive, repetitive Verhaltensmuster
Stufe 1 „Benötigt Unterstützung“	Defizite der sozialen Kommunikation, die zu sichtbaren Beeinträchtigungen führen können, wenn keine Unterstützung vorhanden ist; Schwierigkeiten bei der Initiierung sozialer Interaktionen; einige Beispiele für atypische oder erfolglose Reaktionen auf soziale Angebote sind vorhanden; es wirkt als sei wenig Interesse an sozialen Interaktionen vorhanden	Mangel an Flexibilität im Verhalten verursacht relevante Einschränkungen in einem oder mehreren Bereichen des Alltags; es bestehen Schwierigkeiten zwischen unterschiedlichen Aktivitäten zu wechseln; Probleme, sich zu organisieren und zu planen, erschweren die Selbstständigkeit
Stufe 2 „Benötigt deutliche Unterstützung“	Deutliche Defizite der verbalen und nonverbalen kommunikativen Fertigkeiten; Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion bleiben offensichtlich, auch wenn Unterstützung vorhanden ist; begrenzte Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen und eingeschränkte oder ungewöhnliche Reaktionen auf soziale Angebote im Umfeld	Rituale und repetitive Verhaltensmuster, intensive Interessen sind deutlich zu beobachten und schränken das Funktionsniveau in einigen Bereichen des Alltags ein; deutlicher Leidensdruck wenn Rituale oder Routinen abgebrochen werden müssen; Schwierigkeiten, sich umzustellen
Stufe 3 „Benötigt Unterstützung in beträchtlichem Ausmaß“	Schwerwiegende Defizite der verbalen und nonverbalen kommunikativen Fertigkeiten verursachen beträchtliche Beeinträchtigungen im Funktionsniveau; minimale Fähigkeit zur Initiierung sozialer Interaktionen und minimale Reaktion auf soziale Angebote im Umfeld	Hochgradige eingegrenzte, fixierte Interessen, Rituale und repetitive Verhaltensmuster, die das Funktionsniveau in allen Alltagsaktivitäten erheblich einschränkt; ausgeprägter Leidensdruck, wenn Rituale oder Routinen abgebrochen werden müssen; Umstellungsfähigkeit extrem reduziert

Tab. 4: Kriterien der „social communication disorder“ nach DSM-5 (zitiert nach [1])

- A. Andauernde Schwierigkeiten im pragmatischen oder sozialen Gebrauch verbaler und nonverbaler Kommunikation in naturalistischen Kontexten, welche die Entwicklung sozialer Gegenseitigkeit und sozialer Beziehungen beeinträchtigen und welche nicht erklärt werden können durch beeinträchtigte Fähigkeiten in den Domänen der Wortstruktur und Grammatik oder allgemeinen beeinträchtigten kognitiven Fähigkeiten.
- B. Persistierende Schwierigkeiten bei der Akquisition und beim Gebrauch gesprochener Sprache, schriftlicher Sprache und anderer Modalitäten von Sprache (z. B. Zeichensprache) in Hinblick auf erzählerische, darlegende und dialogorientierte Diskurse. Die Symptome können das Verständnis, die Produktion und das Bewusstsein (von Sprache) auf diskursiver Ebene einzeln oder in beliebiger Kombination betreffen und bestehen mit Wahrscheinlichkeit bis in die Adoleszenz oder das Erwachsenenalter fort, wenngleich sich die Symptome, Domänen und Modalitäten mit dem Alter verschieben können.
- C. Ausschluss von Autismus-Spektrum-Störungen. ASS beinhalten definitionsgemäß pragmatische Kommunikationsprobleme, aber auch eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten als Teil des autistischen Spektrums. Daher muss eine ASS ausgeschlossen werden, um eine soziale Kommunikationsstörung zu diagnostizieren. Eine soziale Kommunikationsstörung kann als primäre Beeinträchtigung oder koexistierend mit anderen Störungen (z. B. Sprachstörung, Lernbehinderung, Intelligenzminderung) außer einer ASS auftreten.
- D. Die Symptome müssen seit früher Kindheit vorhanden sein (aber können sich erst klar manifestieren nachdem Sprech-, Sprach- oder Kommunikationsanforderungen die beeinträchtigte Kapazität überschreiten).
- E. Die niedrige soziale Kommunikationsfähigkeit führt zu funktionellen Beeinträchtigungen der effektiven Kommunikation, sozialen Partizipation, akademischer Leistungen oder des beruflichen Erfolgs separat oder in beliebiger Kombination.

diagnostische Einordnung um eine Einteilung in Schweregrade erweitert (Tab. 3), was in den kategorialen Konzepten weitgehend fehlte [15].

7. Das Konzept einer von den ASS separierten sozialen Kommunikations-

störung (social communication disorder) wird eingeführt

Die Diagnose einer sozialen Kommunikationsstörung (social communication disorder) wurde als neue Kategorie eingeführt (Tab. 4). Sie ist weitgehend in Analogie zum A-, C- und D-Kriterium

der ASS konzipiert, wobei Symptome im Sinne des B-Kriteriums nicht gefordert werden und eine ASS ausgeschlossen sein soll. Diese Kategorie soll möglicherweise die Option eröffnen, auch Menschen mit subsyndromalen autistischen Zügen eine Diagnose zu eröffnen, sofern diese zu psychosozialen Beeinträchtigungen führen.

Zusammenfassung und kritische Reflexion

Aus Sicht der Autoren dieses Beitrags ist die Weiterentwicklung des Begriffs der neuronalen (oder neuropsychiatrischen) Entwicklungsstörungen auf den Bereich von ADHS, Lernstörungen und motorischen Störungen sinnvoll und plausibel. Nicht zuletzt deswegen, weil diese Störungen das Charakteristikum des frühen Beginns einer qualitativ auffälligen Entwicklung gemeinsam haben und es individuell zahlreiche Überlappungen und Grenzfälle gibt, die das Zusammenfassen dieser verschiedenen Störungen unter einer übergeordneten Kategorie nahelegen. Ferner ist zu begrüßen, dass auch Doppeldiagnosen von ASS und ADHS möglich geworden sind, da dies der klinischen Erfahrung entspricht und konsekutive Behandlungsversuche erleichtert. Auch die Vereinheitlichung der bislang kategorial gefassten autistischen Störungen zum dimensional gefassten Konzept eines „Autismus-Spek-

trums“ ist durchaus nachvollziehbar und sinnvoll, da aus klinischer Perspektive die bisherigen Subkategorien in der Tat absolut fließend ineinander übergehen, prognostisch weitgehend bedeutungslos sind und auch therapeutisch deutlich weniger Implikationen haben als zum Beispiel die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Betroffenen [16, 17]. Die von vielen Autoren für relevant erachtete Unterscheidung von (meist monogenetischen) sekundären Varianten von ASS, die etwa im Rahmen von Syndromen wie dem Fragilen-X-Syndrom auftreten können, von (wahrscheinlich komplex-polygenetisch vererbten) „primären“ ASS-Varianten [1, 7, 18, 19] fand keinen Eingang in das DSM-5. Auch die in der Literatur verbreitete (dimensionale) Unterscheidung von niederfunktionalen (ohne differenzierte Sprache und mit beeinträchtigter Intelligenz) und hochfunktionalen Formen wurde nicht aufgegriffen. Allerdings kann mithilfe der neu eingeführten Einteilung des Schweregrads das Funktionsniveau im oben gemeinten Sinne bedingt abgebildet werden.

Vor allem dann, wenn die soziale Kommunikationsstörung als Option zur Kodierung leichterer autistischer Varianten gedacht war, bleibt weitgehend unklar, warum gerade diese Spielart autistischer Auffälligkeiten aus dem „Spektrum“ als separate Kategorie ausgegliedert wurde. Denn es gibt klinisch keine erkennbare Evidenz dafür, dass der Übergang von den schwereren, dann syndromalen ASS, zur leichteren sozialen Kommunikationsstörung kategorial, also nicht fließend sein sollte. Vielmehr zeigen auch die subsyndromalen, leichteren Varianten des Autismus klassische Symptome im Sinne des B-Kriteriums mit Rigidität, Bedürftigkeit nach erwartungsgemäßen Tagesabläufen, einer Empfindlichkeit gegenüber Reizüberflutung und typischen autistischen Stressreaktionsweisen, nur eben in weniger starker Ausprägung. Die psychosozialen Beeinträchtigungen und sekundären psychiatrischen Symptome und Probleme haben auch dann oft in diesem Bereich ihre Wurzeln, wenn sie nicht ausgeprägt genug sind, um das B-Kriterium nach DSM-5 zu erfüllen. Somit ist es aus Sicht der Autoren wenig überzeugend,

leichtere Varianten einer ASS unter Ausschluss der Symptome im Sinne des B-Kriteriums definieren zu wollen.

Unabhängig von diesen Überlegungen bleibt abschließend darauf hinzuweisen, das momentan in Deutschland vor allem daran gearbeitet werden muss, dass gerade auch leichtere Varianten des Autismus überhaupt erkannt und in ihrer Bedeutung für sich daraus entwickelnde sekundäre psychiatrische Störungsbilder richtig eingeordnet werden [1, 7]. Denn dies ist Voraussetzung für ein adäquates, Akzeptanz-förderndes Krankheitsverständnis durch die Patienten und ihre Angehörigen und für eine angemessene Therapieplanung. Spezifische Therapieprogramme dafür wurden zum Beispiel vom Universitären Zentrum Autismus Spektrum in Freiburg sowohl für den Bereich der Kinder- und Jugend- als auch den der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie entwickelt (z. B. www.ffap.eu/).

Literatur

1. Tebartz van Elst (Hrsg.). Das Asperger-Syndrom und andere hochfunktionale Autismus-Spektrum-Störungen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2013
2. Rothhaas J. 2014, www.nido.de/artikel/das-neue-adhs/
3. Lehnhardt FG, Gawronski A, Pfeiffer K, Kockler H, Schilbach L, Vogetley K. The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults. *Dtsch Arztebl Int.* 2013; 110 (45): 755–63
4. Center for Disease Control (CDC). Epidemiology, Autism Spectrum Disorder. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. 4-7-2013
5. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT. Autism. *Lancet* 2009; 374: 1627–38
6. Biscaldi M, Rauh R, Tebartz van Elst L, Riedel A: Autismus-Spektrum-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 2012; 31: 498–507
7. Tebartz van Elst L et al. High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013; 263 (2): 189–96

8. Tebartz van Elst L. Asperger-Syndrom und Autismusbegriff: historische Entwicklung und moderne Nosologie. In [1]
9. Bishop & Rutter 2008: Chapter 3. Neurodevelopmental Disorders: Conceptual Issues in Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Fifth Edition
10. Lord C et al. A multisite study of the clinical diagnosis of different autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 306–313
11. Rutter M. Research review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *J Child Psychol Psychiatry* 2011; 52 (6): 647–60
12. Constantino JN. The quantitative nature of autistic social impairment. *Pediatr Res.* 2011; 69 (5 Part 2): 55R–62R
13. Robinson EB, et al. Evidence that autistic traits show the same etiology in the general population and at the quantitative extremes (5%, 2.5%, and 1%). *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68 (11):1113–21
14. Biscaldi M. Symptomatik und Klassifikation von Autismus-spektrum-Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In [1]
15. Rommelse NN et al. A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011; 35 (6): 1363–96. doi: 10.1016/j.neubio-rev.2011.02.015. Epub 2011 Mar 4. Review
16. Cederlund M et al. Asperger syndrome and autism: a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis. *J Autism Dev Disord* 2008; 38 (1): 72–85
17. Howlin P, et al. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45 (2): 212–29
18. Aitken KJ. A–Z of Genetic Factors in Autism. Jessica Kingsley Publishers. London 2010
19. Tebartz van Elst L. Autismus und ADHS. Zwischen Normvariante, Persönlichkeitsstörung und neuropsychiatrischer Krankheit. Kohlhammer Verlag. Stuttgart 2016
20. Riedel A. Klinische Diagnostik des Asperger-Syndroms. In [1]

AUTOREN

Prof. Dr. med. Ludger Tebartz van Elst¹
Dr. med. Dr. phil. Andreas Riedel²
Dr. med. Monica Biscaldi³

¹ Universitäres Zentrum Autismus Spektrum, Freiburg (UZAS-Freiburg)

² Sektion Experimentelle Neuropsychiatrie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Freiburg

Dies ist eine aktualisierte Version eines Artikels der bereits in *InfFoNeurologie & Psychiatrie* 2014; 16 (4) veröffentlicht wurde.

Die Junge Akademie der DGPPN

Junge Impulse aus den eigenen Reihen



Schon heute gibt es Engpässe bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Die DGPPN setzt sich deshalb dafür ein, qualifizierten Nachwuchs für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zu gewinnen. Dazu hat sie umfangreiche Angebote für alle Phasen der beruflichen Laufbahn entwickelt.

Die heutige Generation von Studierenden und jungen Ärzten hat eine klare Erwartungshaltung gegenüber der Arbeitswelt. Sie verlangt individuelle Bildungsförderung, bessere Aufstiegschancen und fordert mehr selbstbestimmte Flexibilität. Work-Life-Balance gehört zum Lebenskonzept: Es ist für sie genauso selbstverständlich, sich im Beruf entfalten und verwirklichen zu können, wie Zeit für Familie und Freunde zu haben. Dieser Einstellung sind sich Arbeitgeber längst bewusst, sie reagieren mit entsprechenden Angeboten darauf. Denn um freie Stellen besetzen zu können, muss man dem fachärztlichen Nachwuchs echte Perspektiven, spannende Herausforderungen und stimmige Rahmenbedingungen bieten. In dieser Hinsicht kommt auch den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine besondere Rolle zu: Sie müssen den Nachwuchs vom je-

weiligen Berufsbild überzeugen. Dabei sind sie gut beraten, wenn sie die junge Generation entsprechend fördern und mit frischen Ideen auf ihren Bildungshunger eingehen.

Maßgeschneiderte Formate

Die DGPPN stellt als moderne Fachgesellschaft hohe Ansprüche an die eigene Arbeit. Sie engagiert sich tatkräftig im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung und entwickelt auch ihr Erscheinungsbild ständig weiter. Zu ihrem Auftrag gehört auch, junge Zielgruppen anzusprechen und für sie maßgeschneiderte Formate zu entwickeln.

Um möglichst viele junge Menschen für die Welt der Psychiatrie und Psychotherapie zu begeistern und Nachwuchskräfte für das Fach zu gewinnen, hat die DGPPN eine Junge Akademie gegründet, die dem psychiatrischen Nachwuchs eine „Bühne“ bietet und von der Basis bis zur Spitze arbeitet. Diese entwickelt nicht nur Angebote für alle Phasen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Laufbahn, sie ist auch eine Plattform des Austausches und der Zusammenarbeit zwischen den Generationen und Berufsgruppen. Damit greift die DGPPN auf ein bewährtes Konzept zurück, nämlich die Akademie als Lehrstätte, deren Strukturen sie flexibel definiert und nachfrageorientiert ausbaut. Dadurch spannt die Fachgesellschaft den Schirm breiter auf und stellt ein themenüber-

greifendes Gefüge auf, in dem sowohl versorgungsrelevante als auch wissenschaftliche Aspekte Platz finden. Die Junge Akademie spricht neben Fachärzten und Weiterbildungsassistenten, auch Medizinstudierende sowie Schüler an. Die ganz Jungen können in der Jungen Akademie frische Impulse für die eigene Berufsfindung gewinnen, die am Fach Interessierten lernen weiterführende Details des Berufes kennen und den Fachärzten wird ein kontinuierliches Fort- und Weiterbildungsprogramm geboten.

Breit aufgestellt

Die Junge Akademie wird von einem jungen Expertenteam getragen, das sich schwerpunktbezogen engagiert, aber auch bei neuen, unkonventionellen Fragen beratende Unterstützung leistet. Zehn Tätigkeitsbereiche bilden die Grundstruktur der Akademie: Versorgung, Weiterbildung, Psychosomatik, Mentoring, Forschung und Wissenschaft, Familie und Beruf, Internationales, Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Ethik in der Psychiatrie sowie Vertreter Medizinstudierende. Die ehrenamtlichen Ansprechpartner vertreten das Fach Psychiatrie und Psychotherapie aus Überzeugung und laden den Nachwuchs dazu ein, in ihre Fußstapfen zu treten. Insgesamt zählt die Junge Akademie 19 engagierte Mitglieder in unterschiedlichen Stadien der beruflichen Entwicklung. Seit diesem Jahr sind

Das bietet die Junge Akademie

- Angebote für den Nachwuchs
- Starterpaket für Medizinstudierende
- 500 Kongressstipendien für Medizinstudierende
- DGPPN-Mentoringprogramm
- Summer Schools
- Facharztintensivkurse

Weitere Informationen auf
www.dgppn.de -> Junge Akademie

auch Medizinstudierende mit einer eigenen Sektion vertreten. Aus dem DGPPN-Vorstand arbeitet ebenfalls ein Mitglied aktiv mit, wodurch die klassischen Grenzen zwischen renommierten Spezialisten und angehenden Fachärzten oder aber Studierenden verschmelzen und die Kommunikationswege kürzer werden.

Nachwuchs früh ansprechen

Mit dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie kommen Medizinstudierende zumeist erst gegen Ende des Studiums in Berührung. Zu diesem Zeitpunkt können sich viele noch nicht vorstellen, wie vielseitig und herausfordernd der Berufsalltag eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie tatsächlich ist. Hier setzt das Mentoring-Programm der DGPPN an, das mit einem breiten Netzwerk den Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch fördert. Es bringt interessierte Studierende und Assistenzärzte mit erfahrenen Fachärzten zusammen. Die Mentees bekommen qualifizierte Ansprechpartner als persönliche Betreuer. Die Junge Akademie ebnet dabei den Weg bis zur ersten Kommunikation, danach legen Mentoren und Mentee gemeinsam die Akzente fest.

Seit drei Jahren lädt die DGPPN den Nachwuchs jährlich zu einer Summer School ein. Im Fokus der Fortbildung steht das Thema Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Die Teilnehmer werden dabei zur aktiven Mitarbeit angeregt und von Experten begleitet. So bietet die Summer School eine ideale Gelegenheit, um zu erfahren, wie sich der Arbeitsalltag von forensischen Psychiatern gestaltet. 2015 fand die Summer School zum ersten Mal in einer hochgesicherten forensischen Klinik statt. Der Einblick in den Maßregelvollzug vor Ort hat viel Begeisterung bei den jungen Medizinerinnen ausgelöst. Auch bei den kommenden Summer Schools wird hinter die Kulissen geschaut und mit forensisch-psychiatrischen Patienten gearbeitet.

Die Junge Akademie beteiligt sich an weiteren Projekten der DGPPN, etwa an der Zertifizierung als Weiterbildungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie gemäß den Richtlinien der Europäischen Facharztgesellschaft (UEMS). Ein Mitglied der Akademie begleitet den Hauptgutachter bei der Klinikvisitation

und beurteilt die Einrichtung mit. Im nächsten Jahr will die Junge Akademie ihren Internetauftritt überarbeiten und ihre Zielgruppen über neue Kommunikationskanäle ansprechen. Eine Reihe von weiteren spannenden Projekten befindet sich in der Pipeline.

DGPPN-Kongress – der Treffpunkt

Über 1.500 Studierende und Weiterbildungsassistenten nehmen jedes Jahr am DGPPN-Kongress in Berlin teil. Sie profitieren nicht nur von Kongressstipendien und ermäßigten Kongressgebühren. Ein speziell für sie konzipiertes Nachwuchsprogramm erwartet sie mit vielen Highlights. Über alle vier Kongresstage hinweg erhalten die jungen Kongressteilnehmer einen spannenden Rundumblick in das Fachgebiet. Sie erfahren zum

Beispiel, wie interdisziplinär die Psychiatrie ist oder welche Karrieremöglichkeiten ihnen nach der Facharztprüfung offen stehen. Renommierte Experten beleuchten zukunftsweisende Therapien und zeigen Wege in die Wissenschaft auf. Spezifische Workshops bereiten auf den ersten psychiatrischen Dienst, auf die wissenschaftliche Laufbahn oder das Neurologie-Jahr vor. Das Nachwuchsprogramm besteht aus Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures sowie Veranstaltungen zu aktuellen Entwicklungen rund um das Fach. □

AUTOREN

Dr. med. Berend Malchow, München
Jürg Beutler, Berlin
Slava Platikanova, Berlin

DGPPN-Kongress 2015: Highlights aus dem Nachwuchsprogramm

Mittwoch, 25.11.2015

- Besondere Veranstaltung: Studierende treffen Psychiater: Einführung in den Kongress
- 1-Tages-Workshop: Crash-Kurs zur Vorbereitung der Rotation in der Neurologie
- Besondere Veranstaltung: Early Career Section – Psychiatry in Europe
- Diskussionsforum: Psychiatrie in Teilzeit – Innovative Arbeitszeitmodelle stationär und ambulant
- Symposium: Frischer Facharzt – was nun? Optionen der Niederlassung und der klinischen Laufbahn

Donnerstag, 26.11.2015

- Lecture: Ärztliche Psychotherapie
- Symposium: Verschiedene Wege in der psychiatrischen Wissenschaft
- Meet-the-Expert: Narzissmus: Ist Eigenliebe eine Krankheit?
- Diskussionsforum: Der niedergelassene Psychiater als Hausarzt für psychisch Kranke und Lotse im Psychodschungel
- Diskussionsforum: Offene Türen in der Psychiatrie
- Symposium: Typische Krankheitsbilder in Psychiatrie und Psychotherapie

Freitag, 27.11.2015

- Lecture: Psychiatrische Genetik
- Symposium: Ethik in der Psychiatrie?! Grundlagen und klinische Fälle
- Meet-the-Expert: Intimidid: die Tötung des Intimparters
- Symposium: Im Dschungel der Psychotherapiemethoden
- Symposium: Einblick in die Tätigkeit eines forensischen Psychiaters – Begutachtung und Behandlung
- 1-Tages-Workshop: Mein erster Dienst: psychiatrische Notfälle für Berufsanfänger
- Symposium: Wie viel Somatik braucht die Psychiatrie?

Samstag, 28.11.2015

- 1-Tages-Workshop: Forschungs- und Projektförderung in der Psychiatrie und Psychotherapie
- 1-Tages-Workshop: Das psychiatrische Gutachten: praxisnahe Einführung in die Begutachtung von Patienten mit psychischen Störungen
- Lecture: Translationale Forschung in der Psychiatrie
- Meet-the-Expert: ADHS im Erwachsenenalter
- Diskussionsforum: Innovative Psychiatriebildung: Wie kann man Forschung, Klinik und Praxis miteinander verbinden?

www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

Neuer Besucherrekord auf der Patienteninformationsseite

Das Patienteninformationsportal der psychiatrischen und neurologischen Berufsverbände und Fachgesellschaften „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPiN) www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org ist beliebter denn je: Im ersten Halbjahr 2015 verzeichnete es einen neuen Rekord bei den Besucherzahlen.

Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sprang die Zahl der Besucher um etwa 50 % auf rund 1,6 Millionen. In den letzten Wochen setzte sich diese positive Entwicklung weiter fort. Schon jetzt lässt sich absehen, dass im Gesamtjahr 2015

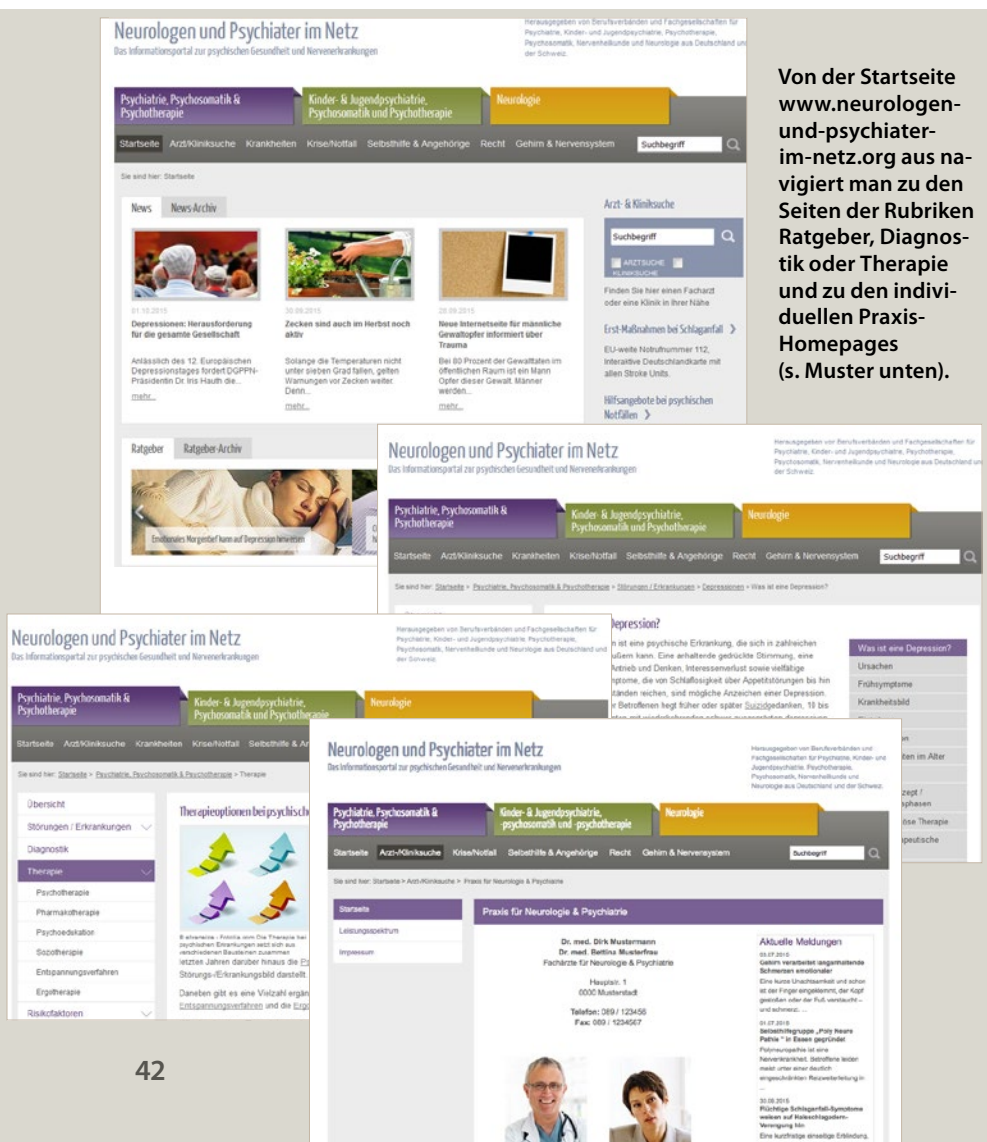
deutlich mehr als 3 Millionen Patienten und Interessierte die Internetseite nutzen werden. Damit konnten die für 2014 erwarteten Rückgänge – eine Folge der Neubewertung und -einstufung durch die Suchmaschinen – bereits 18 Monate

nach dem Relaunch der Seite im Dezember 2013 mehr als ausgeglichen und das dynamische Wachstum vor dem Relaunch wieder aufgenommen werden.

Suchmaschinenoptimierung erhöht Bekanntheitsgrad

Ein Grund dafür ist die Suchmaschinenoptimierung, durch die das Ranking der Internetseite insbesondere bei der Eingabe von Krankheiten als Suchbegriffe deutlich verbessert werden konnte. Das modern gestaltete Design der Seite, ihre klare und übersichtliche Struktur sowie die umfangreichen, in wesentlichen Teilen überarbeiteten, leicht verständlichen Informationen zu psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen mit zahlreichen Serviceangeboten kommen bei den Nutzern ganz offensichtlich gut an. Mit diesem Auftritt werden die „Neurologen und Psychiater im Netz“ ihre Position als die am meisten besuchte und bekannteste deutschsprachige Internetseite zu psychiatrisch-psychotherapeutischen und neurologischen Themen weiter ausbauen.

Von der Startseite www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org aus navigiert man zu den Seiten der Rubriken Ratgeber, Diagnostik oder Therapie und zu den individuellen Praxis-Homepages (s. Muster unten).



Rundfunk- und Fernsehredaktionen verteilt wurden. Mit mindestens 25 Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften wurden rund 11 Millionen Leser erreicht. Diese Daten beruhen auf Erhebungen eines Clipping-Dienstes. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass hier nur Artikel erfasst sind, die als Quelle die „Neurologen und Psychiater im Netz“ angeben. Viele Zeitungen und Zeitschriften sind in den vergangenen Jahren aber dazu übergegangen, in ihren Artikeln die Quelle nicht mehr zu nennen, sodass diese Artikel in den Daten des Clipping-Dienst nicht berücksichtigt werden. In regelmäßigen Abständen vorgenommene Stichproben der NPiN-Redaktion zeigen, dass die tatsächliche Zahl der veröffentlichten Artikel und damit auch der

erreichten Leser etwa um das Dreifache höher liegt, als die erfassten Daten.

Praxis-Homepage für Psychiater

Das größte psychiatrisch-neurologische Informationsportal im deutschsprachigen Raum ist auch die ideale Plattform für Psychiater, 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 Praxisteam 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 Auffindbarkeit der bereits bestehenden Homepage über Suchmaschinen erheblich verbessert. Die monatlichen Abonnementkosten für eine Praxis-Homepage bei „Neurologen und Psychiater im Netz“ liegen zwischen 8 und 12 €. Bei einer Anmeldung (Anmeldeformular siehe unten) bis zum 30. November 2015 ist die Homepage-Erstellung im Rahmen der diesjährigen Herbstaktion wieder kostenfrei. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

Neurologen und Psychiater im Netz

Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenkrankheiten

Herausgegeben von Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz: BDN, BKJPP, BVDN, BVDP, DGGPP, DGPPN, SGPP, SGKJPP.

Anmeldung für eine Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

**Sonderaktion bis
31.12.2015**
Kostenfreie Erstellung
Ihrer Praxis-Homepage!

Titel, Vorname, Name
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon, Fax
E-Mail, Internetadresse
(Landes)Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung
Sprechzeiten

- ☐ Ich/Wir bestätige/n, Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.
- ☐ Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unserer bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligte Fachorganisation sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791
Ich ermächtige die Monks Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Geldinstitut (Name und BIC)
IBAN
Datum, Ort, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agb). Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:

- ☐ **Einzelpraxis**
8,- € monatlich zzgl. MwSt.
- ☐ **Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft***
12,- € monatlich zzgl. MwSt.

*Preis für MVZs mit mehreren Standorten auf Anfrage

Schicken Sie uns Ihre Anmeldung per Fax oder Post:



Fax: 089 / 64 20 95 29



Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Neurologen und Psychiater im Netz"
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München



Sie haben Fragen?
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 - 12
E-Mail: support@neurologen-und-psychiater-im-netz.org



Mehr Infos zur Praxis-Homepage finden Sie unter:
www.monks-aerzte-im-netz.de

Mensch – Psychiater – Lyriker

Das zu dem Oeuvre des herausragend wissenschaftlich tätigen Psychiaters Emil Kraepelin auch Lyrik gehörte, ist nicht wirklich unbekannt. Einer „Wiederentdeckung“ bedurfte es nicht. Einige Male wurde bereits auf die 1928 bei Lehmann in München postum erschienene Gedichtsammlung hingewiesen. Ferner wurden 2000 erstmals elf Versdichtungen Kraepelins abgedruckt und von Wolfgang Burgmair eingeführt sowie kommentiert. Um sich aber selbst umfassend ein Bild von Kraepelins Kunstfertigkeit zu verschaffen, musste man bisher findig sein und mit Mühen ein antiquarisches Exemplar der Sammlung ergattern. Dank des Rostocker Lehrstuhlinhabers für Psychiatrie und Psychotherapie Johannes Thome, der zwar neben psychiatrischen auch durch neurobiologisch-philosophische Publikationen bekannt ist, jedoch bisher nicht Kunst editierte und interpretierte, hat sich das jetzt geändert. Thome hat nämlich einen Neuabdruck der Kollektion Lehmanns besorgen lassen und leitet in das durchaus gediegen gestaltete, taschenformatige Büchlein thematisch ein.

Kraepelins 65 Gedichte erscheinen nach der originalen Absichtlichkeit in Reihenfolge und Themengruppen sortiert, in die nun aber jeweils der Herausgeber nochmals einführt. Alle seine Ausführungen zeugen von Behutsamkeit und Empathie. Interpretieren will er

eigentlich nicht, er überlässt das – leider – vermeintlich Berufenen. Hier und da lassen sie aber den Psychiater erkennen, der seinerseits nicht ins Pathografieren gerät. Wenngleich eine poetische Anthologie freilich nicht der rechte Ort dafür ist, macht er den Leser dennoch neugierig auf seine Argumentation, warum das „fast erdrückende Erbe“ Kraepelins eher ein Hindernis für gegenwärtige Fortschritte der Psychiatrie darstelle. Ja, warum eine „Befreiung“ von einem, dessen „Bedeutung (...) für die klinische Psychiatrie der Gegenwart (...) kaum überschätzt werden kann (...), letztlich die höchste Form der Ehrerweisung“ für diesen sei. Sollte da nicht eher eine „Befreiung“ von einer überzogenen Interpretation Kraepelins und seiner Entitätenlehre durch seine Schüler oder die Neo-Kraepelianer notwendig sein? Thome lobt doch selbst das strikt heuristische Vorgehen Kraepelins!

Dessen lyrische Ausdruckskraft gehört literaturwissenschaftlich unzweifelhaft nicht zur höchsten Kunst – und Thome will sie auch nicht dazu erheben. Mehrere Topoi und Verse mögen sogar platt, abgegriffen, heute unfreiwillig komisch wirken, weisen stilästhetisch historisch rückwärts so etwa in die italienische Klassik oder deutsche Romantik. Ihr Wert besteht jedoch darin, dass sie authentisch von der Gesamtpersönlichkeit eines Akademikers, Arztes und Forschers, Ehemannes, Naturliebha-



J. Thome (Hrsg.)

**Emil Kraepelin
Werden, Sein,
Vergehen. Gedichte.**

Med. Wiss. Verlagsgesellschaft, Berlin 2015,
131 S., 19,95 €,
ISBN 978-3-95466-127-5

bers, Reisenden, über Existenzfragen tief Sinnenden, gesellschaftlich und politisch Denkenden und Engagierten in seiner Epoche des Wilhelminismus, des Weltkrieges und seinen folgenden Verheerungen sowie der Weimarer Republik Zeugnis ablegen.

Genau wie seine persönlichsten Briefe decken die Gedichte Kraepelin in seiner Zeit über die sonstigen Quellen hinaus auf. Der oft als bar von Regungen geltende, weil nur die Symptome seiner Patienten sammelnde und klassifizierende Kraepelin zeigt sich uns voller Gefühl. Ängste vor Kleinheit, Vergeblichkeit und Vergänglichkeit, denen wiederum Momente von Hoffnung und Sehnsucht abgetrotzt werden, prägen oft den Inhalt. Mitunter wird so ein selbsttherapeutischer Schreibprozess ahnbar. Etwas, das dem Kraepelin-Klischee, das sich ausgebreitet hat, so nicht entspricht. Besonders also dem Kraepelin-Laien sei der Band empfohlen, er wird darin nun leicht zugänglich Korrektur finden, weil er Facetten des Menschen Emil Kraepelin entdeckt.

H. Steinberg, Leipzig

„Dann sprang er über Bord“

Schon in jüngeren Jahren hatte Karl-Heinz Reger bei der Lektüre von Melvilles „Moby Dick“ erkannt, dass ein Schiff „als Metapher für die Welt“ gesehen werden kann. Ausgehend von dieser Erkenntnis fand er als Psychiater und Historiker, dass psychische Störungen von Seefahrern bisher in der Literatur noch nicht bearbeitet worden waren. Bei der Quellensuche zu solchen Störungen im 19. Jahrhundert gelang es ihm im Britischen Nationalarchiv in London eine

Fülle von Material zu finden, das sich vor allem auf die Royal Navy bezog. So sichtete er 70 Tagebücher von Schiffsärzten des Zeitraums von 1830 bis 1880 mit insgesamt 10.000 handschriftlichen Manuskriptseiten. Um für die Seefahrt typische Erkrankungen zu beschreiben, wurden zunächst Großsegler mit weiten Routen nach Indien und China ausgewählt, die je nach Windverhältnissen bis zu sechs Monate zum Ziel brauchten. So dauerten die Dienstverpflichtungen der Seeleute drei



K.-H. Reger

**„Dann sprang er
über Bord“**

Alltagspsychologie
und psychische Erkrankung
an Bord
britischer Schiffe im
19. Jahrhundert

Vandenhoeck & Ruprecht, 2014, 525 S., 7 Abb., geb. 59,99 €;
ISBN 978-3-525-30066-4

Jahre lang bis zur Rückkehr in die Heimat. Erst zum Ende der Untersuchungs-

periode wurden immer mehr dampfbetriebene, schnellere Schiffe eingesetzt.

Regers umfangreiches Werk von über 500 Seiten umfasst zwei etwa gleich große Teile. Im ersten Teil macht er den Leser auf spannende Weise mit der Entwicklung der Seefahrt, dem Leben auf den Schiffen, der Ernährung, der Körperhygiene, der dienstlichen Tätigkeit und der strengen Hierarchie mit ihren harten körperlichen Strafen bei Versagen vertraut. Ausführlich wird über Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Schiffsärzte auf den Schiffen der Marine – mit bis zu 800 Personen – berichtet. Durch die Schilderung der beträchtlichen körperlichen und seelischen Belastungen dieser Seereisen ist der Leser gut auf den zweiten, den fachlich medizinischen Teil vorbereitet, in dem die eigentlichen psychischen Krankheiten und Störungen behandelt werden. Wertvolle Ergänzungen bieten auch englische Originaltexte der von den Schiffsärzten verfassten Krankengeschichten.

Der Autor beginnt mit neurologischen Krankheitsbildern, zum Beispiel posttraumatischen Blutungen, Hirn- atrophie, ferner Vergiftungen und In-

fektionen. Typisch sind Durchgangssyndrome bei Schädel-Hirn-Traumata nach Stürzen bei der Tätigkeit in den hohen Masten. Später kam es dann durch die Arbeit im überhitzten Maschinenraum der Dampfschiffe häufig zu Hitzschlag. Oft ging es auch um epileptische Anfälle oder längere Anfallsleiden, die zur Invalidität führten. Die Psychopathologie im engeren Sinne betrifft akute vielgestaltige Ausnahmezustände, damals als Mania, Insanity oder Lunacy diagnostiziert, gegenwärtig als schizophrene oder paranoide Psychosen. Die Depressionen variierten zwischen leichten und schweren Episoden. Der häufig heimliche Alkoholmissbrauch führte in schweren Fällen nicht selten zum Delirium tremens, oft mit letalem Ausgang. Ein längeres Kapitel folgt über die Geschlechtskrankheiten, vor allem die unterschiedlichen psychischen Folgen der Lues. Ein wichtiges Kapitel betrifft das Phänomen des Ertrinkens von Seeleuten, die häufig Nichtschwimmer waren. In fast jedem Fall war dabei auch der im Buchtitel zitierte Suizid zu erwägen, der allerdings nur selten zu diagnostizieren war. Nach

den Fallberichten werden die therapeutischen Möglichkeiten an Bord dargestellt, mit Erwähnung aller damals üblichen Medikamente und weiterer Therapiemaßnahmen. Gelang keine erfolgreiche Behandlung, also keine Wiederaufnahme der Tätigkeit an Bord, so wurde der Kranke in ein koloniales britisches Militärhospital eingewiesen. Bei dort schlechter Prognose wurden die Männer meist mit dem nächsten Schiff nach England geschickt.

In seiner Schlussbetrachtung stellt Reger ein durchgängig hohes Engagement der Schiffsärzte für jeden einzelnen ihrer Patienten heraus, und dies bei deutlich wertfreier Haltung gegenüber den psychischen Störungsbildern.

Das Buch von Reger fasziniert durch seine originelle Fragestellung, durch detaillierte und gründliche Quellen- und Literaturangaben und leidet dabei keineswegs unter akademischer Abgehobenheit, sondern bietet eine so spannende und auch stilistisch ansprechende und informationsreiche Lektüre – ein Lesevergnügen, wie man es zunächst nicht von einem Fachbuch erwartet.

H. Dilling, Lübeck

EKT für Zuweiser und Anwender

Es ist sehr erfreulich, dass nunmehr ein aktuelles deutschsprachiges Buch über die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) vorliegt, das einen exzellenten Überblick über die Thematik gibt und sich an Leser im gesamten deutschsprachigen Raum wendet. So werden die verschiedenen geschichtlichen Entwicklungen und auch die unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen für die Anwendung in Deutschland, Österreich, Schweiz und Italien dargestellt. Das Buch ist für Zuweiser und Anwender verfasst. Im ersten Teil wird ausführlich auf die Informationen für Patienten und Angehörige eingegangen, was besonders hilfreich für die Zuweiser ist, um unberechtigten Vorurteilen gegenüber der EKT entgegenzutreten zu können. Es werden auch die Entwicklungen dargestellt, die in der Vergangenheit zu einer Diskreditierung der EKT beigetragen haben.

Im speziellen Teil werden Indikationen, Nebenwirkungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedächtnisstörungen, die technischen Grundlagen und die praktische Durchführung ausführlich besprochen. Auch über die anästhesiologischen Aspekte wird informiert, womit sich auch der behandelnde Psychiater auseinandersetzen muss, da im Verlauf einer Behandlung häufig Modifikationen erforderlich sind. Besonders hilfreich für den Anwender sind die Kapitel über die Einflüsse einer internistischen Komedikation, die zu selten beachtet werden, aber auch über die geeignete und sinnvolle psychiatrische Zusatzbehandlung. Schließlich wird auch die Weiterbehandlung nach einer EKT umfassend diskutiert.

Der Text ist klar gegliedert, in kompakter Form verfasst, wesentliche Schlussfolgerungen sind hervorgehoben. Das



M. Grözing, A. Conca, T. Nickl-Jockschat, J. Di Pauli (Hrsg.)

Elektrokonvulsions-therapie kompakt
Für Zuweiser und Anwender

Springer-Verlag
Berlin, Heidelberg,

2013, 240 S., 22 Abb., Softcover, 49,99 €, ISBN 978-3-642-25628-8

Buch, das für Anwender unverzichtbar und für einweisende niedergelassene Kollegen gut geeignet ist, sollte in jeder Bibliothek einer psychiatrischen Einrichtung zu finden sein, damit sich auch Weiterbildungskandidaten mit dem Verfahren auseinandersetzen können. Dem Buch, in dem ein kontroverses Therapieverfahren sachlich und umfassend dargestellt wird, ist eine weite Verbreitung zu wünschen.

H. Sauer, Jena

Optionen bei therapieresistenter Depression

Nach den ersten Schritten der Therapie einer depressiven Episode mit Antidepressiva der ersten und zweiten Wahl ist bei unbefriedigendem therapeutischem Effekt – etwa 15 – 30 % der Patienten sind nicht ausreichend behandelbar, gelten somit als therapieresistent – eine Überprüfung der bisherigen Strategie notwendig. Unter den erweiterten Therapieansätzen nimmt der irreversible MAO-Hemmer Tranylcypromin (Jatrosom®) eine besondere Stellung ein. Seine Wirksamkeit bei therapieresistenten Depressionen hat sich bereits seit über 50 Jahren bewährt und wurde in etwa 20 kontrollierten Studien bestätigt. Tranylcypromin vermindert durch irreversible und nichtselektive MAO-Hemmung den Abbau der Botenstoffe Serotonin, Noradrenalin und Dopamin im Zentralnervensystem und ist der einzige in Deutschland zugelassene Wirkstoff seiner Klasse.

Nach Informationen von Aristo Pharma

Preiswürdige Spitzenforschung

Die Gewinner des von Novartis mit insgesamt 100.000 € dotierten Oppenheim-Förderpreises für Multiple Sklerose wurden anlässlich des 88. DGN-Kongresses gekürt. Dr. Helena Radbruch, Berlin, erhielt den Preis in der Kategorie „Klinik“ für ihre Charakterisierung von inflammatorischen JCV-Infektionen des ZNS. In der Kategorie „Prälinik“ überzeugte Dr. Klaus Lehmann-Horn, München, die Jury mit einem aktuellen Ansatz zur Untersuchung der Rolle von B-Zell-Agglomerationen bei sekundär progredienter MS.

Nach Informationen von Novartis

Johanniskraut leitlinienkonform

Die S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression bestätigt in ihrem 5. Update vom Juni 2015 erneut die Empfehlung, Johanniskrautpräparate für die Neueinstellung von Patienten mit leichter oder mittelschwerer Depression zu verwenden. Voraussetzung ist allerdings, dass Extrakte eingesetzt werden, „für die eine klinische Wirksamkeit durch eigene Studien belegt ist“. Dieser Nachweis liegt für das pflanzliche Antidepressivum Laif® 900 vor.

Nach Informationen von Steigerwald

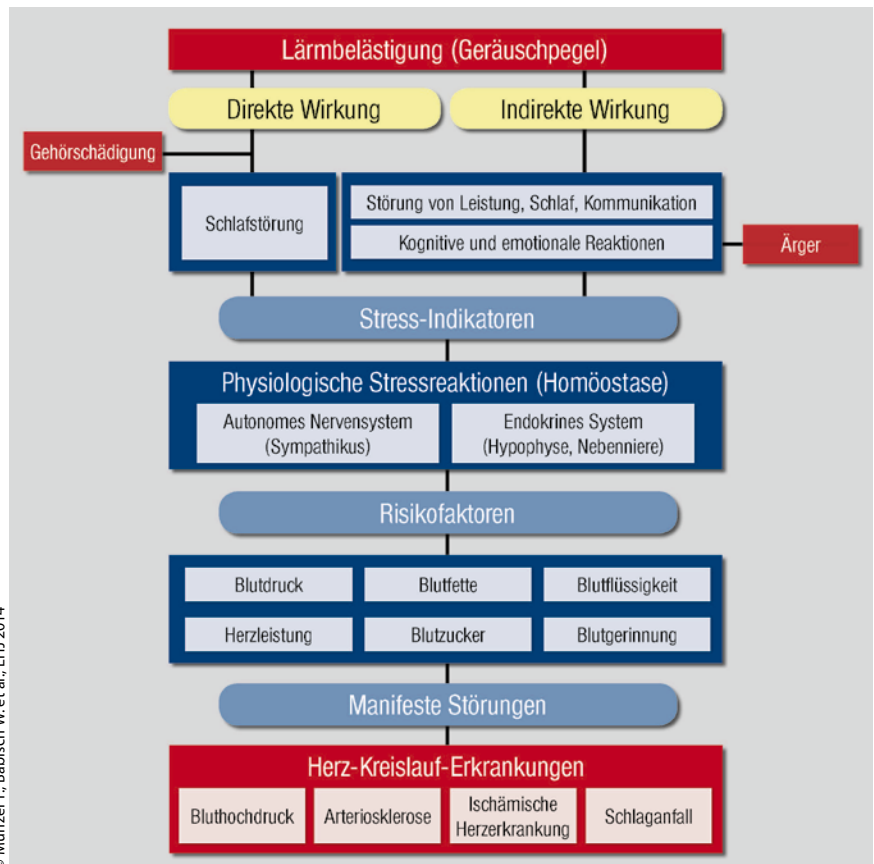
„Tag der inneren Balance 2015“

Ein gewisser Lärmpegel ist im Alltag nahezu immer vorhanden – und die Mehrheit der Menschen fühlt sich davon gestört. Allerdings ist Lärm mehr als nur reine Belästigung, er hat auch beträchtliche gesundheitliche Auswirkungen. Der vierte bundesweite „Tag der inneren Balance“ am 10. Oktober 2015 wollte unter dem Motto „Stressfaktor Lärm – wenn Stille Luxus ist“ auf diese Zusammenhänge aufmerksam machen.

Verkehrslärm geht den Deutschen besonders auf die Nerven: Rund 83 % der Bundesbürger, so vermeldete das Umweltbundesamt im Jahr 2014, fühlen sich davon gestört, Fluglärm nervt jeden fünften, Schienenverkehr jeden sechsten. 54 % der Befragten stört vor allem der Straßenverkehrslärm in ihrem Wohnumfeld, zudem ärgern sich rund 40 % der Bundesbürger dem Umweltbundesamt zufolge über nachbarschaft-

lichen Lärm. Dass Lärm nicht nur lästig ist, sondern krank machen kann, belegen mittlerweile eine Reihe von Studien. So hat beispielsweise eine dänische Studie jüngst gezeigt, dass ein Anstieg des Straßenlärmpegels um zehn Dezibel bei Menschen über 65 Jahren das Risiko eines Schlaganfalls um mehr als 25 % erhöht.

„Lärm ist also nicht nur etwas, das uns nervt, sondern auch Krankheiten verursacht. Vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis hin zum Infarkt, aber auch Schlaganfälle, Bluthochdruck und Diabetes mellitus“, so der Kardiologe und Angiologe Professor Thomas Münzel, Ärztlicher Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz auf einer Presseveranstaltung im Vorfeld des vierten bundesweiten Tags der inneren Balance (Abb. 1). Welche Auswirkungen alltägliche Lärmpegel auf die Herzfunktion haben,



© Münzel T., Babisch W. et al., EHJ 2014

Abb. 1: Das Lärmwirkungsmodell von Dr. Wolfgang Babisch illustriert den negativen Effekt von Lärm auf das Herz-Kreislauf-System.

analysierte die Epidemiologin Ute Kraus in einer Studie am Helmholtz-Zentrum München (HMGU). Die Analyseergebnisse zeigen, dass nicht nur starker Lärm über 65 Dezibel die Herzratenvariabilität akut verringert und damit eine Gefahr für Herz und Kreislauf birgt, sondern bereits der Anstieg des Lärms im Bereich unter 65 Dezibel.

Ist es nicht möglich, Lärm zu vermeiden, wäre zumindest ein entspannter – und gesünder – Umgang damit erstrebenswert, so die Freiburger Diplom-Psychologin und Stress-Expertin Bettina C. Engemann. Sie empfiehlt neben der Umdeutung von Lärm – dem „Reframen“ – Strategien, die bereits kurzfristig wirksam sind beziehungsweise langfristige, die innerlich stabilisieren und auf lange Sicht den Umgang mit Lärm verändern.

Den „Tag der inneren Balance“ hat im Jahr 2012 das Unternehmen Heel aus Baden-Baden ins Leben gerufen, und zugleich eine kostenlose „Stress-Helpline“ eingerichtet. Der Thementag will das öffentliche Bewusstsein für die gesundheitlichen Risiken von Anspannung und dauerhaftem Stress schärfen. An der Stress-Helpline stehen den Anrufern an jedem Donnerstag zwischen 17.00 und 19.00 Uhr medizinische und psychologische Experten für ein persönliches Gespräch zur Verfügung (kostenfrei unter der Telefonnummer 08000 142842).

Gabi Kannamüller

Quelle: Pressekonferenz zum Tag der inneren Balance 2015, „Stressfaktor Lärm. Wenn Stille Luxus ist“, München, 2.9.2015
Veranstalter: Heel, Baden-Baden

Dopaminerge Therapie ist erste Wahl bei RLS

➔ Wie quälend die Symptome eines Restless-Legs-Syndroms (RLS) sind und wie stark sie den Schlaf und die Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen, wird oft unterschätzt. Medikamentös behandelt werden sollten vor allem die Patienten, die über einen längeren Zeitraum fast täglich unter den typischen Beschwerden leiden. Medikamente der ersten Wahl sind Dopaminagonisten.

Professor Claudia Trenkwalder, Chefarztin der Paracelsus-Elena-Klinik Kassel, ließ zu Beginn ihres Vortrags einen Patienten zu Wort kommen. Er äußerte: „Ich habe ein Gefühl, als ob es mir die Beine zerreiße, wenn ich im Bett liege. Ich kann unmöglich einschlafen, sondern muss aufstehen und im Zimmer herumgehen, um mir wenigstens etwas Linderung zu verschaffen“. Eine dopaminerge Therapie, bevorzugt mit Dopaminagonisten, kann diesen Patienten gut helfen. Das klappt aber langfristig nur, wenn man ein paar Regeln beachtet. Zunächst sei es wichtig, die Uhrzeit, zu denen die Beschwerden auftreten, in der Therapie zu berücksichtigen. Viele Patienten haben auch tagsüber Probleme, die Therapie richte sich aber nur gegen die abendlichen Beschwerden.

Besonders eindringlich warnte Trenkwalder davor, höhere Dosen einzusetzen, als zugelassen sind. Denn dies würde eine dopaminerge Überstimulation bedeuten, die unweigerlich zur Augmentation führt, das heißt, einer paradoxen Verschlechterung. Anders als beim Morbus Parkinson handelt es sich bei RLS um Patienten mit intaktem dopaminergem System ohne Dopamindefizit. Die Patienten sollten auch darüber informiert werden, dass sie keinesfalls eigenmächtig die Dosis steigern sollten, wenn die Wirkung der Medikation nachlässt. Vielmehr soll er sich in diesem Fall bei seinem Arzt vorstellen, da die Therapie geändert werden muss.

Zu den drei für die RLS-Therapie zugelassenen Dopaminagonisten gehört auch transdermales Rotigotin (Neupro®). Mit einer Dosis von 2 mg Rotigotin wird in der Regel der optimale Effekt erreicht. Zugelassen sind maximal 3 mg. Das Pflaster ermöglicht eine kontinuierliche dopaminerge Stimulation, die mit einem vergleichsweise geringen Augmentationsrisiko assoziiert ist. Rotigotin weist als einzige dopaminerge Therapie auch Langzeitdaten auf. Bei Patienten mit mittelschwerem bis schweren idiopathischen RLS hat Rotigotin eine konstante Wirksamkeit über fünf Jahre gezeigt.

Angelika Bischoff

Symposium „Epilepsie und Bewegungsstörungen – Therapie und Patientenbedürfnisse“, 88. DGN-Kongress, Düsseldorf, 24.9.2015; Veranstalter: UCB Pharma

ADHS-Portfolio erweitert

Im September wurde Intuniv® (Wirkstoff Guanfacin) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 17 Jahren zugelassen. Es wird voraussichtlich ab Januar 2016 verfügbar sein und fällt nicht unter das Betäubungsmittelgesetz. In den USA wird es seit 2009 und in Kanada seit 2013 angeboten. Mit der Markteinführung von Intuniv® baut Shire seine ADHS-Kompetenz weiter aus und bietet nun mit Lisdexamfetamin (Elvanse®) und Methylphenidat (Equasym® retard) drei Wirkstoffe für eine patientenindividuelle ADHS-Therapie an.

Guanfacin ist ein Nichtstimulanz, das im Rahmen einer therapeutischen ADHS-Gesamtstrategie bei Patienten zum Einsatz kommen kann, für die eine Behandlung mit Stimulanzien nicht infrage kommt oder bei denen sich diese als unverträglich oder unwirksam erwiesen hat. In der europäischen Zulassungsstudie führte Guanfacin zu einer signifikanten Verbesserung der ADHS-Kernsymptome [Hervas H et al. European Neuropsychopharmacology 2014; 24 (12): 1861 – 72]. Die Wirkung setzt innerhalb von drei Wochen ein [Biedermann J et al. Pediatrics 2008; 121 (1): 73 – 84]. Das Präparat wird in den Dosisstärken 1, 2, 3 und 4 mg angeboten und wird einmal täglich – wahlweise morgens oder abends – eingenommen. „ADHS ist eine individuell ausgeprägte Störung mit individuellem, multimodalem Behandlungsbedarf. Es ist sehr zu begrüßen, dass mit Guanfacin als einem weiteren Nichtstimulanz das Therapiespektrum in Deutschland erweitert wird“, so Professor Michael Huss, Mainz, deutscher Studienleiter im Rahmen der europäischen Zulassungsstudie.

Nach Informationen von Shire

Zulassungsempfehlung

Das erste und einzige spezifische Antidot (Idarucizumab) für ein direktes orales Antikoagulans hat eine positive Zulassungsempfehlung erhalten. Der Ausschuss für Humanarzneimittel der EMA – CHMP – stützt sich auf die Ergebnisse von klinischen Daten, die die Aufhebung der Dabigatran (Pradaxa®)-induzierten Gerinnungshemmung innerhalb weniger Minuten zeigen.

Nach Informationen von Boehringer Ingelheim

Schizophrenie – patientenrelevante Therapieziele verfolgen

Der frühzeitige Einsatz von lang wirkenden injizierbaren Antipsychotika der zweiten Generation kann sich günstig auf die Symptomkontrolle, Rezidivrate und Lebensqualität von Patienten mit Schizophrenie auswirken.

Patientenrelevante Aspekte wie die Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus und der Lebensqualität zählen heute neben der Symptomkontrolle und Vermeidung von Rezidiven zu den langfristigen Zielen in der Behandlung der Schizophrenie [Hasan et al. World J Biol Psychiatry 2013; 14: 2–44].

Für die betroffenen Patienten sei die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit in Alltag und Beruf sowie die Verbesserung der Lebensqualität noch wichtiger als die alleinige Reduktion der Symptome, berichtete Professor John Kane vom Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, New York/USA. Eine wesentliche Voraussetzung, um diese Therapieziele im klinischen Alltag zu erreichen, sei die Sicherstellung der Therapiekontinuität durch die Gabe atypischen Depot-Antipsychotika. Dass es in Bezug auf eine Veränderung der Lebensqualität

durchaus Unterschiede zwischen den atypischen Depot-Antipsychotika gibt, zeigen die Ergebnisse der QUALIFY (Quality of life with Abilify Maintena)-Studie, einer prospektiven randomisierten Phase-IIIb-Studie über 28 Wochen zum Vergleich von Aripiprazol-Depot (Abilify Maintena®) und Paliperidonpalmitat. Die Lebensqualität der 295 Patienten wurde mithilfe der Heinrichs-Carpenter Quality of Life (QLS)-Skala erfasst. Durch Aripiprazol-Depot verbesserte sich der QLS-Score um 7,47 Punkte gegenüber Baseline, in der Vergleichsgruppe um 2,80 Punkte ($p = 0,036$) [Naber D et al. Schizophr Res 2015; 168 (1–2): 498–504]. Eine Subgruppenanalyse ergab, dass die Überlegenheit von Aripiprazol-Depot bei den ≤ 35 -jährigen Patienten besonders deutlich ausgeprägt ist. Dies unterstreicht die Bedeutung eines frühzeitigen Beginns mit einer Depot-Therapie (Abb. 1).

Nach den Worten von Professor Dieter Naber, Universitätsklinikum Hamburg, ist der überlegene Effekt von Aripiprazol-Depot auf die Lebensqualität durch die geringere D2-Rezeptorblockade zurückzuführen.

Abdol A. Ameri

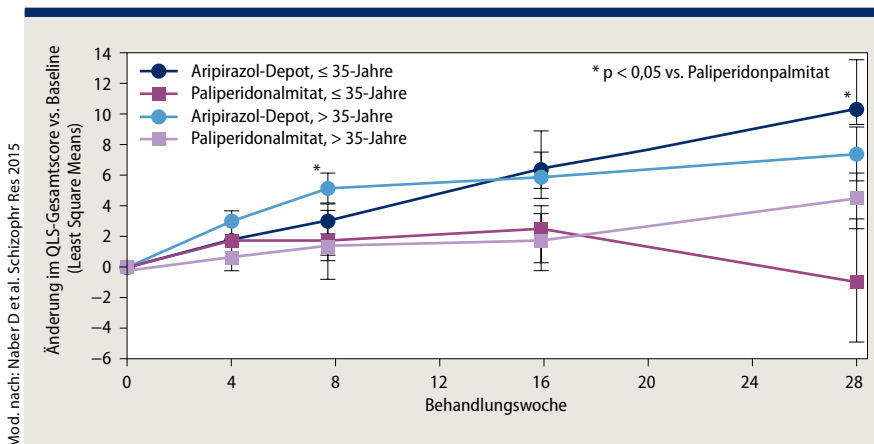


Abb. 1: QUALIFY-Studie: Veränderung des QLS (Heinrichs-Carpenter Quality of Life-Skala)-Gesamtscores unter Aripiprazol-Depot und Paliperidonpalmitat bei Patienten ≤ 35 -Jahre versus > 35 -Jahre

Satellitensymposium „Functioning and quality of life as a long-term treatment goal in schizophrenia“, ECNP Kongress, Amsterdam, 29.8.2015; Veranstalter: Otsuka Pharma und Lundbeck

MS-Therapie – Lebensqualität im Fokus

Beim ersten MS Special(ists)-Workshop in Köln diskutierten Experten Optionen der MS-Therapie unter dem Aspekt Adhärenz und Lebensqualität. „Medikamente können nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn sie tatsächlich – wie verordnet – angewendet werden“, erläuterte Dr. Michael Lang, niedergelassener Neurologe in Ulm. Nach seinen Worten ist es ein Trugschluss anzunehmen, Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie der Multiplen Sklerose seien zwangsläufig therapietreu. Passt man die Behandlung individuell an die Krankheitsaktivität und die Patientenbedürfnisse an, fördert man die Adhärenz und vergrößert

die Lebensqualität, verdeutlichte Dr. Thorsten Rosenkranz, Facharzt für Neurologie, Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg am Beispiel zweier Patienten, die sich nach ausführlicher Beratung nach einer Interferontherapie für die Infusion von Alemtuzumab (Lemtrada®) beziehungsweise nach Beginn der Behandlung mit Kortison für das einmal täglich orale Teriflunomid (Aubagio®) entschieden. Beide Patienten geben an, durch die Therapien unbeeinträchtigt mit der Erkrankung zu leben und seit Therapiebeginn schubfrei zu sein.

Professor Peter Rieckmann, Chefarzt der Neurologischen Klinik, Klinikum Bamberg,

der die Moderation des Workshops übernommen hatte, stellte fest: „Unser Hauptziel sollte es sein, die Patienten die MS vergessen zu lassen, dazu gehört auch die Verfolgung von Lebensplänen inklusive der Familienplanung. Wir sollten unseren Patientinnen eine Schwangerschaft nicht ausreden, in diesem Fall aber ist eine noch genauere Aufklärung über die möglichen Therapieoptionen nötig.“

Die Möglichkeiten, eine individualisierte, an den Bedürfnissen des Patienten und seiner Lebensqualität orientierte Therapie zu realisieren, könnte sich laut Professor Sven Meuth, Münster, dabei künftig sogar

noch verbessern. Denn es wird an der Entwicklung weiterer neuer Therapieformen gearbeitet. Als Beispiel nannte er den Wirkstoff GZ402668, einen neuen Anti-CD52-Antikörper, der sich derzeit in Phase I befindet und das Potenzial einer vielver-

sprechenden Wirksamkeit und Verträglichkeit besitzt.

Dr. Carin Szostecki

Erster MS Special(ists)-Workshop, Köln, 20.8.2015; Veranstalter: Genzyme

Depression – mehr eine Stimmungsstörung

Parameter wie die Linderung der Anhedonie stellen heute neben der Verbesserung der depressiven Kernsymptome und des psychosozialen Funktionsniveaus eines der wichtigsten Ziele der antidepressiven Therapie dar.

Wenn es darum geht, Patienten mit Depression in Remission zu bringen, scheint Agomelatin (Valdoxan®) die effektivste Therapieoption zu sein, berichtete Professor David Taylor, Pharmacy Department am Maudsley Hospital in London. Darauf deuten die Ergebnisse einer aktuellen Netzwerk-Metaanalyse hin [Khoo AL et al. CNS Drugs 2015 Aug 21. Epub ahead of print]. In die Analyse flossen die Daten von 76 klinischen Studien zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von insgesamt zehn verschiedenen Antidepressiva ein. In Bezug auf die Remissionsrate erwies sich Agomelatin von allen untersuchten Antidepressiva als die Substanz mit der höchsten Wirksamkeit und besten Verträglichkeit (Abb. 1).

Agomelatin hat sich auch unter den Bedingungen des klinischen Alltags bewährt und bei Patienten mit Komorbiditäten als effektiv und verträglich erwiesen, berichtete

Professor Kai Kahl, Klinik für Psychiatrie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Erste, noch nicht veröffentlichte Ergebnisse einer Untersuchung, in der 30 Patienten mit Depression und kardialen/neurologischen Komorbiditäten Agomelatin erhielten, seien positiv. Sechs Wochen nach Therapiebeginn betrug die Responderrate 53,3 % und die Remissionsrate 43,3 %. Es sei keine Dosisanpassung der Grundmedikation erforderlich gewesen, so Kahl.

Die Ergebnisse einer nicht interventionellen Studie bei 1.513 Patienten zeigen, dass Agomelatin auch die depressionsbedingte Anhedonie (erfasst mit der Snaith Hamilton Pleasure Scale; SHAPS) und das psychosoziale Funktionsniveau (erfasst mit der Sheehan-Disability-Scale; SDS) verbessert. Dabei ergab sich eine starke Korrelation zwischen den SHAPS- und SDS-Scores ($r = 0,642$; $p < 0,0001$) [Llorca PR, Gourion D. Eur Neuropsychopharmacol 2014; 24 (Suppl): S468].

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Interest in and enthusiasm for meta-analyses“, 28. ECNP-Kongress, Amsterdam, 30. 8. 2015; Veranstalter: Servier Deutschland

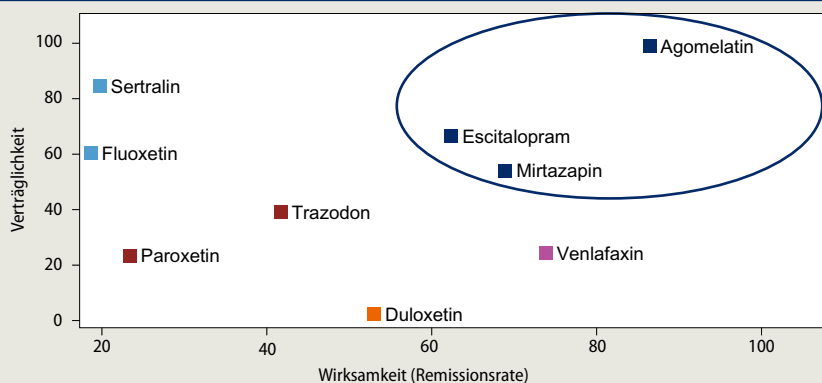


Abb. 1: In Bezug auf die Remissionsrate erwies sich Agomelatin von allen untersuchten Antidepressiva als die Substanz mit der höchsten Wirksamkeit und besten Verträglichkeit

Individuelle Suchttherapie

Hexal verfügt nach eigenen Angaben über das tiefste und breiteste Sortiment im Bereich der Suchtmedizin. Es umfasst Methaddict®, die einzige in Deutschland verfügbare Methadontablette, die teilbare Buprenorphin-Sublingualtablette Buprenaddict®, die 1 %ige Methadonfertiglösung Methaliq® und seit Oktober 2015 die patentfreie 0,5 %ige Levomethadonfertiglösung L-Polaflux®.

Die Fertigarzneimittel Methaddict® und Methaliq® stellen einen wichtigen Baustein in der sicheren und adäquaten Patientenversorgung im Bereich Suchtmedizin dar. Pharmazeutisch äquivalente Fertigarzneimittel mit entsprechender Zulassung sind heute den Apothekenzubereitungen vorzuziehen. Methaddict® ist das einzige auf dem deutschen Markt verfügbare Methadonpräparat in Tablettenform. Die Tablette ist durch die Snap-Tab-Technik einfach zu teilen und ermöglicht so eine individuelle, exakte Dosierung in 2,5-mg-Schritten. Die Tablette kann aber, neben der zugelassenen Darreichungsform zum Einnehmen, auch in Wasser aufgelöst und getrunken werden.

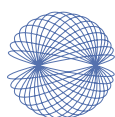
Methaliq® ist seit Juni 2014 verfügbar. Die Fertiglösung ist sofort gebrauchsfähig und über Dosierautomat oder Pipette stufenlos dosierbar. Die Lösung zum Einnehmen ist in den Größen 100, 500 und 1.000 ml erhältlich.

Buprenaddict®, eine teilbare Sublingualtablette mit dem Wirkstoff Buprenorphin, ist in den Wirkstärken 0,4, 2 und 8 mg erhältlich und in zwei beziehungsweise drei Packungsgrößen mit je 7, 28 oder 49 Tabletten verfügbar. Die Packung mit 49 Tabletten ist wirtschaftlich effizient, da sie den BtM-Rezeptaufwand reduziert und die Patientenzuzahlungen verringert.

L-Polaflux® steht seit Oktober in den Packungsgrößen 100 ml (N1), 3 x 100 ml (N2) und 500 ml (N3) zur Verfügung. Gemäß Fachinformation werden am ersten Tag 3–4 ml Lösung morgens eingenommen; gegebenenfalls können am Abend weitere 2–5 ml eingenommen werden.

Zu den Serviceleistungen von Hexal gehört ein breites Fortbildungsprogramm, darunter auch Webinare. Mit dem „sub-Letter“ steht ein kostenloser News-Service für Ärzte zur Verfügung. Er kann per Post oder E-Mail bezogen werden. Weitere Informationen unter www.hexal.de oder <http://www.subletter.de/>.

Nach Informationen von Hexal



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de**Vorstand/Beirat**

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach;
 Uwe Meier, Grevenbroich; Sabine Köhler, Jena;
 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 Biedenkapp
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: Klaus Gehring
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:
 P. Christian Vogel, Gunther Carl
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**Vorstand des BDN**

1. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch,
 Moers; Peter Berlit, Essen; Wolfgang Freund, Biberach

Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg;
 Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kalten-
 kirchen; 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**Vorstand des BVDP**

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim,
 Andernach
Stellvertretender Vorsitzender:
 Christian Vogel, München
Schriftführer: Sabine Köhler, Jena
Schatzmeister: Oliver Biniash, 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: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
 IBAN DE 043505000020029227,
 BIC DUISDE 33 XXX
BVDN Homepage: <http://www.bvdn.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 Delf
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel
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
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
Migrationssensible psych. Versorgung:
 Greif Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniash, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl,
 Thomas Hug
Berlin: Michael Krebs
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: N. N.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Egbert Wienforth
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.

Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

- Ich bin ☐ niedergelassen ☐ in der Klinik tätig ☐ Chefarzt ☐ Facharzt
- ☐ Weiterbildungsassistent ☐ Neurologe ☐ Nervenarzt ☐ Psychiater
- ☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ ☐ in MVZ tätig mit: _____

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

- ☐ Fortschritte Neurologie / Psychiatrie ☐ Aktuelle Neurologie
- ☐ Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG ☐ Psychiatrische Praxis
- ☐ Die Rehabilitation ☐ Psychotherapie im Dialog
- ☐ PPM – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie ☐ 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.)