

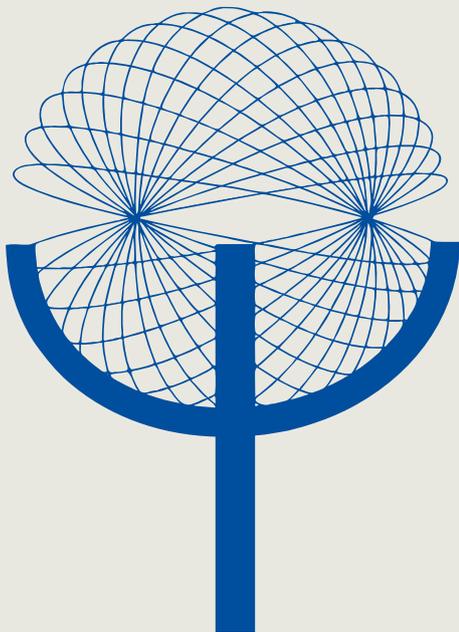
S2

November 2016 _ 27. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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

BVDP-Sonderheft
zum Kongress
der DGPPN 2016



Forschung • Versorgung • Teilhabe

Transition bei ADHS

Es gehören immer drei dazu

Ausbildungsreform Psychotherapeuten

Die Einheit bewahren

Psychisch-Kranken-Gesetz

Zuwenden statt zusperren

Hier steht eine Anzeige.





»Das Thema der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wird immer brisanter.«

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

Wir müssen uns als Fachärzte und als Bürger einsetzen

Auch in diesem Jahr präsentiert Ihnen der Vorstand des BVDP wieder eine Sonderausgabe des NeuroTransmitter zum DGPPN-Kongress.

„Mensch – Psyche – Gesellschaft“ ist das Motto des diesjährigen Kongresses, das durch die aktuellen politischen Ereignisse brisanter geworden ist, als man es vor über einem Jahr bei der Konzeption der Veranstaltung hätte wissen können.

Die zwar derzeit eher wieder abebbende Flüchtlingswelle, die mediale Allgegenwärtigkeit der Bilder von Kriegshandlungen in der Welt und die konkrete Erfahrung der ständigen Gefahr von möglichen Terroranschlägen sind die eine Dimension, mit der wir alle uns neu auseinandersetzen müssen, sowohl als Bürger dieses Landes als auch als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Die andere neue Dimension ist eine zunehmend um sich greifende politische „Sprachvernebelung“, um nicht zu sagen ein „Sprachsarkasmus“. In der Gesundheitspolitik wird ein „Stärkungsgesetz“ nach dem anderen verabschiedet, das meistens eine Schwächung durch Einschnitte im entsprechenden Sektor bedeutet. Was uns somit zum immer brisanter werdenden Thema der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung bringt: Auf dem DGPPN-Kongress wird das Thema innovativer Versorgungsformen hierzu erneut intensiv diskutiert werden. Auch das gemeinsame Symposium des BVDP und BVDN am Freitag Morgen des Kongresses wird dieses Thema sehr nachdrücklich aufgreifen. Einige Modelle zur neuro-psychiatrischen Versorgung unserer Verbände und

der Fachgesellschaft, die sich um Förderung im Rahmen des Innovationsfonds beworben haben, erhielten einen Zuschlag. Dies wird einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslandschaft leisten. Die Projekte haben insofern überzeugt, da die Aufgabenverteilung der einzelnen Berufsgruppen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen hier erstmals festgelegt wird. Das war seit langer Zeit ein immer wiederholtes „Mantra“ unserer Verbände, um den Spagat des einerseits zunehmenden Versorgungsdruckes bei nicht zeitgleich zunehmenden Ressourcen und schon gar nicht zunehmenden Psychiaterzahlen vollziehen zu können.

Das Thema Bedarfsplanung wird in Zukunft eine weitere zentrale Rolle spielen. Inwieweit sektorenübergreifende Aspekte hier künftig hineinspielen werden, bleibt eine spannende Frage.

Liebe Kollegen und Kolleginnen, bitte kommen Sie zahlreich nach Berlin zum diesjährigen Kongress, zu interessanten wissenschaftlichen Neuigkeiten, intensiven berufspolitischen Diskussionen und belebenden persönlichen Begegnungen.

Der BVDP-Vorstand freut sich 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 (fb), Kapuzinergraben 19,
52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: -404972,
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

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

Schriftleiter: Dr. med. Gunther Carl (gc) (v. i. S. d. P.), Friedenstr. 7,
97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: -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: -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
Szostek (-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, 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 26 €, Jahresabonnement 216,58 € (für Studenten/
AIP: 129,95 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 32 €, Ausland 51 €, inkl.
MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im
Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder:
Jahresabonnement 52,88 € 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 Gebührensatzung 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 be-
trachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für
Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und
Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im
Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine
Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen
Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit
überprüft werden.

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

© Springer Medizin Verlag GmbH

ISSN 1436-123X



3 Editorial

Wir müssen uns als Fachärzte und als Bürger einsetzen

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Kongresslotse

6 Psyche – Mensch – Gesellschaft

Vorschau und Highlights des diesjährigen DGPPN-Kongresses

36 Kongresstipps der Generation PSY

Aktuell

8 Transition bei ADHS – es gehören immer drei dazu

Kritische Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung

Bernd Ströhlein, Vivien Groß, Alexandra Philipsen, Bad Zwischenahn/Oldenburg

10 Awareness für ADHS und Transition

Die „ADHD Europe Declaration 2016“

13 Arbeit im multiprofessionellen Team ist mehr als Delegation von Leistungen

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Gundolf Berg, Mainz

14 BÄK für weltweite Ächtung von Atomwaffen

Resolutionsentwurf vor der UN-Generalversammlung

15 Zuwenden statt Zusperrern

Offene Unterbringung psychisch kranker Patienten auf Akutstationen

Andreas Heinz, Sabine Müller, Carolin Wackerhagen, Berlin

19 Psychische Störungen und Vigilanz

Ein neu entwickelter EEG-Algorithmus unterstützt Diagnose und Therapieentscheidung

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Die Verbände informieren

20 **Bereitschaft zur Kooperation plus professionelles Management**

Das Versorgungskonzept der Verbände

Frank Bergmann, Aachen

21 **Große Allianz zur psychischen Versorgung**

Pressemitteilung SPIZ

22 **„Ich erwarte eine offenere Form der Diskussion“**

Interview mit Dr. Bernhard Gibis (KBV) zur
Bedarfsplanung

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

24 **Immer wieder kontrovers diskutiert: Muster-WBO**

Brief der Verbände an die
Weiterbildungsverantwortliche der BÄK

25 **„Update“ psychotherapeutische Sprechstunde**

Anpassung der Richtlinien-Psychotherapie

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

26 **„Wir wollen die Einheit der Psychotherapie bewahren“**

Interview mit Dr. Dietrich Munz (BPtK) zur
Ausbildungsreform

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

27 **Regionale ZNS-Thementage**

Pressestelle der Berufsverbände

28 **GOÄ und EBM – was hat sich geändert?**

Interview mit Dr. Bernhard Rochell, KBV

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Rund um den Beruf

30 **Sozialpsychiatrie aus der Sicht eines Nutzers**

Aus der Arbeit des LVPE RLP e. V.

Franz-Josef Wagner, Trier

32 **Traumatisierung nach sexuellen Übergriffen**

Offener Brief nach Übergriffen in der Deutschen Bahn

Bernd Krüger, München

Nachwuchs- und Öffentlichkeitsarbeit

35 **Gesucht: Generation PSY**

Die DGPPN-Nachwuchsinitiative

37 **Psychiater im Netz**

Dauerhaft erfolgreich mit der
Patienteninformationsseite

4 **Impressum**

33 **und 34 Buchtipps**

39 **Pharmaforum**

42 **Verbandsservice**



Psyche – Mensch – Gesellschaft

Unter dem Motto „Psyche – Mensch – Gesellschaft.“

Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe“ wird auch in 2016 der DGPPN-Kongress zu einer aktuellen umfassenden Standortbestimmung des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie beitragen. Diese NeuroTransmitter-Sonderausgabe zum Kongress begleitet Sie durch einzelne Themen und zeigt immer wieder, wo wir uns als Fachärzte (und Bürger) für den Menschen und die Gesellschaft einbringen können.

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 9640968930

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

Titelbild: © momanuma / Fotolia; Bearbeitung Edda Führer

DGPPN-Kongress 2016

Psyche – Mensch – Gesellschaft



Das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich permanent im Wandel. Wie keine andere medizinische Disziplin muss es auf gesellschaftliche, soziale und politische Entwicklungen reagieren. Die sich verändernden Lebensumstände schaffen neue Risikofaktoren und wirken sich auf die Verlaufsformen psychischer Erkrankungen aus.

© Holger Groß / DGPPN

Unter dem Motto „Psyche – Mensch – Gesellschaft“ greift der DGPPN-Kongress 2016 die vielfältigen Wechselwirkungen auf, die sich ganz konkret auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen übertragen. Sich verändernde Lebensumstände schaffen nicht nur neue Risikofaktoren und wirken sich auf die Verlaufsformen psychischer Erkrankungen aus, sie haben auch einen direkten Einfluss auf die Wahrnehmung und Akzeptanz psychisch erkrankter Menschen in der Bevölkerung. Ganz aktuell ist zum Beispiel die Diskussion über geeignete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote im Hinblick auf die wachsende Zahl an Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland. Gleichzeitig greifen in der Gesellschaft Stereotype, Vorurteile und Feindbilder um sich und führen zu Verunsicherung und Ängsten in der Bevölkerung. Auf der politischen Ebene hat die Bundesregierung eine Reihe von Gesetzen mit weitreichenden Implikationen

auf den Weg gebracht, zum Beispiel das neue Präventions-, das Bundesteilhabegesetz, das Versorgungsstärkungsgesetz oder auch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung (Psych-VVG). Neue Perspektiven in der Diagnostik und Behandlung psychischer Krankheiten ergeben sich auch durch aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung – diese gilt es nun in die klinische Praxis umzusetzen. Der gestiegene Versorgungsbedarf im ambulanten und stationären Sektor erfordert bei ökonomisch begrenzten Ressourcen neue innovative Konzepte, um die Qualität der Versorgung auch in Zukunft sichern zu können.

Fachübergreifender Austausch

Nationale und internationale Experten werden sich auf dem DGPPN-Kongress 2016 intensiv mit diesen komplexen Themen auseinandersetzen und sie aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Insgesamt werden wieder mehr als 9.000

Ärzte, Therapeuten und Wissenschaftler erwartet. Dabei ist der DGPPN als medizinischer Fachgesellschaft der aktive Austausch zwischen den Fachexperten und mit Betroffenen und Angehörigen sehr wichtig. Neben zahlreichen interaktiven Diskussionsforen ist deshalb auch das Dialog-Forum fester Bestandteil des Programms. Darüber hinaus wartet der Kongress in diesem Jahr erneut mit speziellen Angeboten für Hausärzte, psychiatrische Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe auf.

Über 30 CME-Punkte möglich

Wichtig für die persönliche Kongressplanung ist das DGPPN-Akademie-Programm, das mit über 80 Workshops fundiertes Wissen und praxisrelevante Fertigkeiten auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse vermittelt. Die Plätze sind begrenzt, da die 1- und 2-Tages-Workshops in kleinen Gruppen mit maximal 30 Teilnehmern stattfinden, um die Vermittlung von Fortbildungsinhal-

Highlights aus dem Programm

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

Mittwoch, 23. November 2016

- Plenarsitzung: Pre-dementia biomarker patterns (Ronald C. Petersen)
- Präidentensymposium: Flüchtlingskrise: Herausforderung für die medizinische Versorgung
- Lecture: Rhythmen der Furcht in Netzwerken der Amygdala (Hans-Christian Pape)
- Hauptsymposium: Psychotropic drug treatment – is the cure worse than the disease?

Donnerstag, 24. November 2016

- Plenarsitzung: Humor Hilft Heilen: Warum Psychiater und Psychologen zur Diagnostik, Therapie und Prophylaxe Humor ernst nehmen sollten (Eckart von Hirschhausen)
- Hauptsymposium: Global aspects of mental healthcare – challenges and solutions
- Symposium: Jugendwahn und Silver Sex – Schönheit und Sexualität in der Lebensspanne
- Diskussionsforum: Mediale Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen

Freitag, 25. November 2016

- Plenarsitzung: Internet-delivered psychotherapy: As effective as regular therapy? (Gerhard Andersson)
- Präidentensymposium: Gewalt im Kontext psychischer Erkrankungen
- Hauptsymposium: Internetpsychotherapie – Rechtliche Entwicklung, Stand der Evidenz und Erfahrungen in Deutschland
- Diskussionsforum: Existenzielle Trauer – säkulare und religiöse Hoffnungen

Samstag, 26. November 2016

- Präidentensymposium: Positive Psychiatrie – Ausweitung in die psychische Gesundheit
- Lecture: Ruth Lanius – Posttraumatische Dissoziation: Neurobiologie und Behandlung
- Lecture: Essstörungen: Krankheiten des 20. Jahrhunderts (Ulrich Voderholzer)
- Diskussionsforum: Forschung ist unverzichtbar! Dürfen wir tatsächlich nicht mit untergebrachten Patienten der forensischen Psychiatrie forschen?

ten zu Ursachen, Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen so effektiv wie möglich zu gestalten. Hinzu kommen rund 30 State-of-the-Art-Symposien, in denen renommierte Experten den neuesten Stand der Entwicklungen in Forschung und Praxis beleuchten. Insgesamt sind die Veranstaltungen des DGPPN-Kongresses voraussichtlich mit über 30 CME-Punkten zertifiziert. Hier einige Beispiele aus dem Programm:

1-Tages-Workshops

- Chancen und Zukunftsperspektiven von Psychotherapie-Online-Programmen
- Einführung in die Begutachtung von Sexualstraftätern
- Psychosoziale Versorgung
- Dankbarkeit als Herausforderung und Ressource

2-Tages-Workshops

- Nebenwirkungsmanagement von Psychopharmakotherapie

- Das Asperger-Syndrom und andere Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter
- Betreuung psychisch kranker Frauen in der Schwangerschaft und Stillzeit
- ACT-Therapeutentraining

Filme und eine Ausstellung

Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen bieten viel Stoff für filmische und literarische Werke. Sie erhalten auf dem DGPPN-Kongress eine eigene Plattform. In diesem Jahr wird zum Beispiel der Film „Zum Glück gescheitert“ in Anwesenheit des Protagonisten Viktor Staudt vorgeführt. Der WDR-Dokumentarfilm zeigt seine Lebensgeschichte bis hin zum gescheiterten Selbstmord. Im Anschluss steht Staudt dem Publikum für Fragen zur Verfügung. Auch an den Film „Wo bist du?“, der von Kindern psychisch erkrankter Eltern handelt, schließt sich eine Diskussion mit den Hauptdarstellern an. Ein weiteres Highlight ist die Ausstellung „Kettenmen-



© Holger Groß / DGPPN

Viel Platz für Begegnungen – im festen Veranstaltungsort CityCube Berlin.

schen“. Im Zentrum stehen psychisch erkrankte Menschen, die in den Dörfern der Elfenbeinküste und des Benin leben. Sie werden an einen Baum gekettet oder in dunklen Verschlagen weggeschlossen. In den vor allem auf dem Land nach wie vor naturreligiösen Vorstellungen Westafrikas sind psychisch Kranke von Dämonen befallen. Die Ausstellung schildert in persönlichen Berichten und großformatigen Porträts bewegende Einzelschicksale, die stellvertretend für Zehntausende stehen. □

Jetzt noch für den DGPPN-Kongress 2016 anmelden!

Das gesamte Kongressprogramm ist auf der Website www.dgppnkongress.de abrufbar. Dort können Sie sich auch online für den Kongress registrieren. Kurzentschlossene können sich auch noch direkt vor Ort im CityCube Berlin anmelden.

Transition bei ADHS

Kritische Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung

Dieser Artikel will eine Übersicht über die Transition bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) geben und für die spezifische Transitionsproblematik bei ADHS im jungen Erwachsenenalter sensibilisieren.

Die Transitionsmedizin (lateinisch: transitio = Übergang) beschäftigt sich mit der Überleitung der Behandlung erkrankter Kinder und Jugendli-

cher von der Pädiatrie beziehungsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenmedizin/Psychiatrie. Der Begriff „Transition“ geht auf den Ansatz

des amerikanischen Psychologen Philip Cowan zurück [1], der Übergänge in der Entwicklung von Familien („family transitions“) analysierte.



Zur erfolgreichen Transition bei ADHS gehören immer drei: Patient, Kinder- und Jugendpsychiater sowie der Erwachsenenpsychiater.

© rogerphoto / Fotolia

Nach den Kriterien des DSM-5 [2] bestehen bei der ADHS im Wesentlichen die drei Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Voraussetzung für die Diagnose einer ADHS ist nach der International Statistical Classification of Diseases (ICD-10, Version 2016) [3], dass alle Kernsymptome bereits vor dem siebten Lebensjahr bestanden haben (nach DSM-5 vor dem zwölften Lebensjahr). Neben strukturierten Interviews (wie dem Wender-Reimherr-Interview [4]) und standardisierten Fragebögen (z. B. dem ADHS-Selbstbeobachtungsbogen [5]) sind fremdanamnestic Angaben hierbei von besonderer Bedeutung. Dennoch gilt grundsätzlich, dass es sich bei der ADHS im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter um eine klinische Diagnose handelt. Bei 60 % der Patienten besteht ein kombinierter Subtyp (ADHS), 30 % leiden unter dem unaufmerksamen Subtyp (ADS) und etwa 10 % zeigen primär hyperaktiv-impulsive Symptome. Prävalenzuntersuchungen zeigen, dass nach den DSM-5 Kriterien zirka 2–4 % der Erwachsenen von ADHS betroffen sind, wobei die Prävalenzrate mit zunehmendem Alter abnimmt. Die Persistenzrate beträgt etwa 60 %, das Geschlechterverhältnis im Erwachsenenalter ist im Gegensatz zum Kindesalter ausgewogener und liegt im Vergleich Männer zu Frauen bei 1,5:1 [6].

Verschiebung der Symptomatik

Bei Persistenz der jugendlichen ADHS in das Erwachsenenalter kommt es zu einer deutlichen Veränderung der Symptomatik: Während bei über 50 % der Patienten die Hyperaktivität und bei 40 % die Impulsivität deutlich abnimmt, bleibt die Aufmerksamkeitsstörung bei 80 % der Betroffenen bis in das Erwachsenenalter bestehen [7]. Desorganisation und emotionale Dysregulation, die als akzessorische Symptome auftreten können, nehmen im frühen Erwachsenenalter oftmals zu [8].

Bei 80 % der ADHS-Patienten im Jugend- und Erwachsenenalter liegt zumindest eine komorbide psychische Störung vor. Vorwiegend treten Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und Angststörungen, aber auch Essstörungen und Suchterkrankungen auf. ADHS-

Patienten haben ein 4,8-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Komorbidität im Vergleich zu Gesunden [9]. Neben den genannten komorbid auftretenden psychischen Erkrankungen besteht bei ADHS-Patienten zudem ein deutlich erhöhtes Risiko für somatische Erkrankungen wie Adipositas, metabolisches Syndrom, Unfallfolgen und andere [10, 11]. Darüber hinaus bestehen gehäuft negative psychosoziale Konsequenzen wie Arbeitslosigkeit, ungewollte Schwangerschaften, Scheidungen oder Gesetzeskonflikte [10, 11].

Sehr heterogenes, multikausales Entstehungsmodell

Ätiopathologisch ist von einem sehr heterogenen, multikausalen Entstehungsmodell der ADHS auszugehen. Wesentlich hierbei sind genetische sowie Umwelt- und soziale Faktoren [12]. Prä- und perinatale Risikofaktoren wie Alkohol- und vermutlich auch Nikotinkonsum in der Schwangerschaft sowie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen spielen ebenfalls eine große Rolle [13, 14]. Vitamine, Fettsäuren und Mineralien in der Ernährung werden derzeit als weitere mögliche ätiopathogenetische Faktoren diskutiert. Ein höherer pränataler Vitamin-D-Spiegel der Mutter scheint ein protektiver Faktor zu sein [15]. Mittels bildgebender Verfahren konnten inzwischen auch neurologische, funktionale und neurochemische Auffälligkeiten in verschiedenen zerebralen Schleifensystemen nachgewiesen werden [16].

Erwachsene mit der Diagnose ADHS haben eine höhere Mortalitätsrate als diejenigen, bei denen diese Diagnose bereits im Kindes- und Jugendalter gestellt wurde: In einer Längsschnittstudie aus Dänemark mit einem Beobachtungszeitraum von 32 Jahren wurde eine zweifach erhöhte Mortalitätsrate für Menschen mit einer ADHS-Diagnose festgestellt. Es ergab sich ein achtfach erhöhtes Mortalitätsrisiko, wenn zusätzlich zur ADHS antisoziales Verhalten sowie Substanzabusus bestanden. Das Mortalitätsrisiko war umso höher, je später die Diagnose gestellt wurde (1,8- bis 4-fach) [17]. Aus den dargestellten Faktoren lässt sich die Relevanz der Diagnostik und Therapie von ADHS über das Kindes- und Jugendalter hinaus ableiten.

Multimodaler Therapieansatz bleibt bestehen

Entsprechend den Empfehlungen der bislang vorliegenden Leitlinien [18] sollte in der Therapie von Erwachsenen – wie im Kindes- und Jugendalter – ein multimodaler Therapieansatz verfolgt werden. In Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung, Patientenwunsch, Komorbiditäten und Kontraindikationen stehen psychopharmakologische und nicht pharmakologische Methoden wie Psychoedukation und Psychotherapie zur Verfügung.

Psychostimulanzien wie Methylphenidat (MPH), das in Deutschland seit 2011 zugelassen ist, sind Medikamente erster Wahl, und der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin, seit 2013 für Erwachsene mit ADHS zugelassen, ist Medikament der zweiten Wahl [19]. Amphetamine sind in Deutschland zwar für die Behandlung von ADHS-Patienten im Kindes- und Jugendalter, bislang jedoch nicht im Erwachsenenalter zugelassen [20]. Allerdings kann die Behandlung mit Lisdexamfetamin auch nach dem 18. Lebensjahr fortgesetzt werden, wenn die Jugendlichen von der Medikation profitiert haben und weiterhin ADHS-Symptome bestehen. Während im Kindesalter zahlreiche MPH-Präparate zur Verfügung stehen, sind im Erwachsenenalter nur zwei Retardformulierungen zugelassen (Medikinet adult®, Ritalin Adult®). Das ebenfalls retardierte MPH Concerta® kann weiter verordnet werden, wenn es bereits vor dem 18. Lebensjahr verordnet wurde und es sich damit um eine Fortführung der Therapie handelt.

Die erfolgreiche Transition von der kinder- und jugendpsychiatrischen in die erwachsenenpsychiatrische Behandlung kann durch einen Wechsel der Medikation oder Hindernisse bei der Weiterverordnung erschwert werden. Daten aus Großbritannien zeigen, dass dort kaum ein Patient mit ADHS im Alter von 21 Jahren eine spezifische Medikation erhielt [21]. Diesbezügliche Daten aus Deutschland sind bislang nicht veröffentlicht.

Psychotherapeutisch werden hauptsächlich die kognitive Verhaltenstherapie und störungsorientierte Fertigkeitengruppen, basierend auf der dialekt-

tisch-behavioralen Therapie, eingesetzt [22]. Als weitere Behandlungsmöglichkeit wird Neurofeedback diskutiert, dessen Wirksamkeit aber zurzeit noch nicht sicher beurteilt werden kann [23]. Darüber hinaus gibt es zunehmend Hinweise auf den positiven Effekt von sportlicher Aktivität bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS [24]. Einzelne Nahrungsergänzungsmittel wie Omega-3-Fettsäuren wurden immer wieder diskutiert, konnten aber bislang hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nicht überzeugen [25, 26].

Spezielle Herausforderungen

Transition kann sich prinzipiell auf verschiedene Übergänge beziehen. Der in Bezug auf das Störungsbild ADHS wichtigste Übergang ist vermutlich der vom Jugend- in das Erwachsenenalter [27]. In dieser Phase sind die Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben konfrontiert, die insbesondere vor dem

Hintergrund der ADHS-Erkrankung als Risikofaktor für das Misslingen der Transition in das Erwachsenenalter bezeichnet werden können. Merkt und Petermann [28] beschreiben Unabhängigkeit von den Eltern – unter anderem durch den Auszug des Jugendlichen aus einem strukturgebenden Elternhaus –, Erfordernis der Entwicklung eines eigenen Konsumverhaltens, Gesetzestreue sowie den Berufseinstieg als risikobehaftete Entwicklungsaufgaben. Störungsspezifische ADHS-Symptome wie Impulsivität und Desorganisation können die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben beeinträchtigen. Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, Bildungsdefizite und schlechtere Berufschancen können die Folge sein [27, 29].

Schutz- beziehungsweise Kompensationsfaktoren für die Bewältigung kritischer Entwicklungsaufgaben können etwa psychoedukative Programme sein: Jugendliche werden über mögliche Ver-

läufe der ADHS und deren Behandlungsmöglichkeiten informiert, womit unter anderem die Vermeidung von Selbstmedikation in Form von Substanzmissbrauch beziehungsweise -abhängigkeit angestrebt wird [28]. Als positive Prädiktoren für ein stabiles psychosoziales Funktionsniveau beim Übertritt in das Erwachsenenalter haben sich ein positives elterliches Erziehungsverhalten und Resilienzfaktoren des Jugendlichen wie Selbstwert, soziale Kompetenzen und eine gut entwickelte Organisationsfähigkeit erwiesen. Auch ein regelmäßiger Besuch der fortführenden (Hoch-)Schule wirkt sich erwartungsgemäß positiv aus [30, 31].

Die möglichen Auswirkungen des Scheiterns bei der Bewältigung von erforderlichen Entwicklungsaufgaben sowie die genannten Schutzfaktoren betonen die Wichtigkeit der professionellen Begleitung Jugendlicher mit ADHS in der kritischen Phase des Übergangs in das junge Erwachsenenalter. In der

Awareness für das Thema ADHS und Transition

Im Dachverband ADHD-Europe sind die ADHS-Fach- und Selbsthilfeverbände der einzelnen europäischen Staaten zusammengefasst (www.adhd-europe.eu).

Das Ziel von ADHD-Europe ist, die Rechte von ADHS-Betroffenen zu stärken, den Zugang zu evidenzbasierter Behandlung zu verbessern und über das Krankheitsbild aufzuklären. Betroffenen soll jegliche Unterstützung zuteil werden, um auch Komorbiditäten zu erkennen und zu behandeln. Um das zu erreichen, will ADHD-Europe die Aktivitäten der einzelnen nationalen Gesellschaften bündeln und diese in der Aufklärungsarbeit unterstützen, um in allen Ländern den gleichen Zugang zu Behandlung zu gewährleisten. Ebenso sollen Angehörige unterstützt werden, mit ihren betroffenen Familienmitgliedern gut und adäquat umzugehen.

ADHD-Europe verhandelt für seine Mitglieder mit der Europäischen Gemeinschaft, den Europäischen Gesundheitsbehörden sowie mit Nicht-Regierungsinstitutionen. Die Awareness für das Thema ADHS im Kinder- und im Erwachsenenalter sowie das Thema Transition soll gestärkt werden, es soll Ein-

fluss auf die Gesetzgebung und Gesundheitsthemen genommen werden.

Speziell zum Thema Transition hat der BVDP die nachstehende Deklaration unterstützt.

ADHD Europe Declaration 2016

Das Gesundheitssystem sollte in der Lage sein, ADHS-Übergangsdienste für junge Erwachsene anzubieten, in denen sie weiterhin die Pflege und multimodale Interventionen erhalten können, die ihnen als Kinder und Jugendliche zur Verfügung standen, und auch für neu diagnostizierte junge Erwachsene geeignete Maßnahmen anzubieten.

- Die Dienste, die für andere psychiatrische Störungen zur Verfügung stehen, sollten auch speziell für junge Erwachsene (18 plus) mit ADHS zur Verfügung stehen.
- Psychiater sollten sich mit den Symptomen der ADHS bei jungen Erwachsenen und den spezifischen Bedürfnissen der jungen Erwachsenen mit ADHS vertraut machen, sowie mit den neuen Komorbiditäten, die sie in diesem Alter entwickeln können.

— ADHS-Medikamente sollten verfügbar und europaweit für junge Menschen mit ADHS erstattungsfähig sein.

— Psychosoziale Interventionen, die speziell auf die Bedürfnisse junger Erwachsener mit ADHS ausgerichtet sind, sollten europaweit öffentlich zugänglich sein.

— Edukative Einrichtungen und Interventionen, die junge Erwachsene mit ADHS in Weiterbildung und Hochschulbildung unterstützen, sollten für Bildungseinrichtungen in ganz Europa obligatorisch sein.

— Der Übergang von den Leistungen für Kinder- und Jugendliche zu denen für Erwachsene sollte nahtlos ohne Unterbrechung der Behandlung erfolgen.

— Ein fehlendes Angebot an Leistungen für Erwachsene sollte nicht zum Abbruch der Behandlung führen.

Diese Erklärung können Sie online unterzeichnen:

www.adhdeurope.eu/adhd-europe/adhd-declaration-2016.html

Hier steht eine Anzeige.



Versorgung bestehen bei der Transition von der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in die Erwachsenenpsychiatrie /-psychotherapie aktuell jedoch noch Defizite. Im Vergleich zur Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie immer noch geringere Kenntnisse über das Störungsbild ADHS und dessen Behandlung vor. Übergaben der kinder- und jugendpsychiatrischen an die erwachsenenpsychiatrischen Behandler sind oft noch unzureichend [30]. Es resultieren gehäuft Therapieabbrüche. Auf Basis der NICE-Leitlinien (www.nice.org.uk) wurde daher 2012 durch einen Expertenrat eine Definition für eine optimale Transition für Patienten mit ADHS erstellt: Neben dem Informationstransfer zwischen den Behandlungseinrichtungen und einer Phase gemeinsamer Arbeit von Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie sollte die Planung der Transition durch die Behandler aus beiden Einrichtungen sowie durch die Patienten und/oder deren Eltern oder Betreuer erfolgen [27]. Interessanterweise beurteilen Jugendliche den Wechsel in der Behandlung durchaus auch als hilfreich. Einige bevorzugen es, ihre Eltern oder Betreuer nicht mehr in ihre Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie/-psychotherapie zu involvieren, da dies mehr Autonomie bedeute [27]. Der Wunsch nach Autonomie bezüglich der eigenen Behandlung der jungen Patienten sollte bei der Erstellung von Transitionskonzepten berücksichtigt werden.

Ausblick

Zukünftige Transitionskonzepte sollten neben dem weiteren Auf- und Ausbau von Netzwerken zwischen kinder- und jugend- sowie erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen und Praxen gemeinsame Fort- und Weiterbildungen aus beiden Fachrichtungen beinhalten. Gemeinsam geführte Ambulanzen, Tageskliniken und/oder Stationen für Adoleszente mit ADHS, wie sie an einigen Standorten bereits vorgehalten werden, bieten ideale Bedingungen, fachgebietsübergreifend und interdisziplinär Jugendliche und junge Erwachsene in dieser sensiblen Lebensphase qualitativ hochwertig zu behandeln. □

AUTOREN

**Bernd Ströhlein, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Dipl.-Psych. Vivien Groß
Prof. Dr. med. Alexandra Philippen**
Medizinischer Campus Universität Oldenburg, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Karl-Jaspers-Klinik
26160 Bad Zwischenahn
E-Mail: alexandra.philippen@uni-oldenburg.de

Literatur:

- Cowan P, Hetherington M. Family transitions (Vol. 2). Psychology Press 1991
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), American Psychiatric Publishing 2013
- International Statistical Classification of Diseases (ICD-10). WHO 2016
- Rösler M et al. HASE. Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene. Hogrefe-Verlag 2008
- Christiansen H et al. Conners Skalen zu Aufmerksamkeit und Verhalten für Erwachsene. Huber-Verlag 2014
- De Zwaan M et al. The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262 (1): 79–86
- Biederman J et al. Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (5): 816–8
- Paslakis G et al. Adult attention deficit/hyperactivity disorder, associated symptoms and comorbid psychiatric disorders: diagnosis and pharmacological treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013; 81 (8): 444–51
- Philippen A, Heßlinger B, Tebartz-van Elst L. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter. *Dtsch Arztebl* 2008; 105 (17): 311–7
- Matthies S et al. Severity of childhood attention-deficit hyperactivity disorder - a risk factor for personality disorders in adult life? *J Pers Disord* 2011; 25 (1): 101–14
- Philippen A et al. A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample. *Atten Defic Hyperact Disord* 2014; 6 (1): 35–47
- Faraone SV et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57 (11): 1313–23
- Krause J, Krause KH. ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer-Verlag 2014
- Langley K et al. Maternal and parental smoking during pregnancy and risk of ADHD symptoms in offspring: testing for intrauterine effects. *Am J Epidemiol* 2012; 176 (3): 261–8
- Morales E et al. Vitamin D in pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder-like symptoms in childhood. *Epidemiology* 2015; 26 (4): 458–65
- Durston S et al. Differentiating frontostriatal and fronto-cerebellar circuits in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2011; 69 (12): 1178–84
- Dalsgaard S. Mortality in children, adolescents and adults with attention deficit hyperactivity disorder: A nationwide cohort study. *Lancet* 2015; 385: 2190–6
- Ebert D et al. ADHS im Erwachsenenalter - Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Nervenarzt* 2003; 74 (10): 939–46
- Seixas M et al. Systematic review of international guidelines on ADHD. *J Psychopharmacology* 2012; 26 (6): 753–65
- Maneeton N et al. Exploratory meta-analysis on lisdexamfetamine versus placebo in adult ADHD. *Drug Des Devel Ther* 2014; 8: 1685–93
- McCarthy S et al. Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults. *Br J Psychiatry* 2009; 194 (3): 2737
- Heßlinger B et al. Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Ein Arbeitsbuch. Hogrefe-Verlag 2004
- Sonuga-Barke EJ et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013; 170 (3): 275–89
- Abramovitch A et al. Correlates of physical activity with intrusive thoughts, worry and impulsivity in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: a cross sectional pilot study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2013; 50 (1): 47–54
- Rucklidge JJ et al. Vitamin-mineral treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: double-blind randomized placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 306–15
- Bloch MH, Qawasmi A. Omega-3-fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50 (10): 991–1000
- Young S et al. Recommendations for the transition of patients with ADHD from child to adult healthcare services: a consensus statement from the UK adult ADHD network. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 301
- Merkel J, Petermann F. ADHS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *ZPPP* 2015; 63 (3): 187–96
- Adamou M et al. Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 59
- Howard AL et al. Progression of impairment in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder through the transition out of high school: contributions of parent involvement and college attendance. *J Abnorm Psychol* 2016; 125 (2): 233–47
- Schei J et al. Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 108

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Arbeit im multiprofessionellen Team ist mehr als Delegation von Leistungen

Die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat Besonderheiten, die im medizinischen Bereich außergewöhnlich sind. Gemeinsam mit vielen Berufsgruppen und verschiedenen Maßnahmen kommt man konzertiert zum Ziel.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gilt es wichtige Entwicklungsaspekte der jungen Patienten im Auge zu behalten und zwar nicht nur solche, die im engeren Sinne mit der Erkrankung zu tun haben, sondern eben auch die ganz normalen Entwicklungen, die durch die Erkrankung möglicherweise eingeschränkt werden, oder aber die genutzt werden können, um die Gesundheit der Kinder zu unterstützen. Der Krankheitsbegriff in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie muss immer mit dem Entwicklungsbegriff gemeinsam betrachtet werden. Diagnostik und Behandlung findet also in einem komplexen Umfeld statt: Bio-psycho-soziale Erkrankungsphänomene werden in einem Kontext stetig fortschreitender und in dieser Lebensphase oftmals rasant verlaufender Entwicklungen betrachtet. Intervenierte werden kann dementsprechend an vielen Stellen, was durch Multiprofessionalität und Multimodalität in besonderem Maße möglich wird. Neben den klassischen ärztlichen und psychotherapeutischen Herangehensweisen sind deshalb pädagogische und soziologische Ansätze zentral in der Diagnostik und Behandlung der Kinder, Jugendlichen und ihrer Familien.

Multiaxial handeln

Diagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind multiaxial: Die Internationale Klassifikation der Erkrankungen der WHO (ICD) wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie differenziert angewendet und auf sechs Achsen dargestellt. Die

eigentliche psychiatrische Diagnose befindet sich auf der ersten Achse, welcher die fünf folgenden nachgeordnet sind. So werden umschriebene Entwicklungsstörungen (z. B. Lese-Rechtschreibstörungen, motorische Koordinationsstörungen) auf der zweiten Achse, das Intelligenzniveau auf der dritten, eine körperliche Symptomatik auf der vierten, assoziierte, abnorme psychosoziale Umstände auf der fünften und eine Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus auf der sechsten Achse dargestellt [1]. Dadurch soll sichergestellt werden, dass nicht einfach nur eine Aufmerksamkeitsstörung eines Kindes medikamentös behandelt wird, sondern die besonderen Schwierigkeiten der Familie, die sich beispielsweise durch Streitbeziehungen und dysfunktionale Erziehungsbedingungen innerhalb der Familie oder die Sündenbockrolle des Kindes in der Schule ergeben, genauso mit beachtet werden, wie die Tatsache, dass das Kind wegen eines allergischen Asthma bron-

chiale zusätzlich belastet ist. Und es macht natürlich für die Therapieplanung einen Unterschied, ob ein Kind über eine unter- oder überdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit verfügt, oder ob eine komorbide Lese-Rechtschreibstörung vorliegt.

Dieses Beispiel macht rasch klar, dass es – auch wenn dadurch die Kernsymptomatik der Aufmerksamkeitsstörung nicht verschwinden wird – dennoch sehr hilfreich sein kann, mit familientherapeutischen Maßnahmen die Streitbeziehungen zu fokussieren, mit gezielter Beratung und Psychoedukation im Umfeld die Erziehungsbedingungen zu verändern, oder das Kind mit einem sozialen Kompetenztraining und sozialpädagogischen Interventionen in der Schule zu unterstützen. Es wird auch zu überlegen sein, ob ein spezifisches Lese-Rechtschreibtraining indiziert ist, das dann gegebenenfalls als Jugendhilfemaßnahme angeboten werden kann, beziehungsweise wie in der Schule überhaupt mit

Neben psychotherapeutischen Herangehensweisen sind pädagogische und soziologische Ansätze zentral für Diagnostik und Behandlung.



BÄK für weltweite Ächtung von Atomwaffen

Am 27. Oktober stimmte in New York die überwältigende Mehrheit der Staatengemeinschaft im Ersten Ausschuss der UN-Generalversammlung für die Aufnahme von Verhandlungen über ein Atomwaffenverbot noch im Jahr 2017. 123 Staaten votierten für den Resolutionsentwurf L.41 und somit für das Mandat, 2017 eine entsprechende UN-Konferenz einzuberufen. 38 Staaten, angeführt von Russland, den USA und den meisten NATO-Staaten – darunter auch Deutschland – stimmten dagegen, 16 Staaten enthielten sich der Stimme.

„Es ist eine Schande für Deutschland, dass sich die Bundesregierung der Gruppe der Hardliner angeschlossen hat und gegen ein Verbot der letzten noch nicht geächteten Massenvernichtungswaffen gestimmt hat“, kommentiert Sascha Hach von ICAN Deutschland (International campaign to abolish nuclear weapons).

ICAN und IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges – Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.) hatten im Vorfeld einen Appell (<http://www.gesundheitsappell-atomwaffenverbot.de>) mit der Möglichkeit der Online-Unterzeichnung im Internet veröffentlicht, der an die Bundesregierung gerichtet war. Auch die Bundesärztekammer (BÄK) hatte die Bundesregierung dazu aufgefordert, sich ab sofort aktiv für die Verhandlung eines weltweiten Verbots von Atomwaffen einzusetzen. Der Vorstand der BÄK hatte sich auf seiner August-Sitzung dafür ausgesprochen, den Appell der IPPNW zu unterstützen. Darüber hinaus wurde in dem Appell auch ein umgehendes Verbot der Stationierung von Atomwaffen in Deutschland gefordert. Auch der Weltärztebund hat anlässlich des internationalen Tages für die vollständige Beseitigung der Kernwaffen am 26. September ein weltweites Verbot von Atomwaffen gefordert.

„In einer unsicheren Welt schaffen Atomwaffen keine Sicherheit, sondern bergen untragbare Risiken“, hieß es in dem Appell. Die Arbeit der Beschäftigten im Gesundheitswesen stehe im Dienste der Menschen und der Humanität. Daher könnten sie nicht zur drohenden Vernichtung der Menschheit durch einen gewollten oder versehentlichen Einsatz von Atomwaffen schweigen.

Pressemeldungen von ican germany und ippnw, Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges – Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.

dem Störungsbild am besten umzugehen ist.

Negativspirale verhindern

Nicht jedes Kind benötigt eine komplexe multimodale Behandlung, es ist aber zu fordern, dass diese Frage sachgerecht geklärt wird. Es gilt im Blick zu halten, dass Kinder und Jugendliche durch Erkrankungen aller Art nicht nur phasenweise oder dauerhaft durch die Erkrankung eingeschränkt sind, sondern dass sich aus diesen Einschränkungen Folgestörungen entwickeln, so lange die Kinder durch die aktuelle Erkrankung in der Bewältigung ihrer für sie unabdingbaren Entwicklungsaufgaben gehindert werden. Es entsteht rasch eine Spirale zunehmender negativer Entwicklungen mit oft lebenslangen Folgen für die Betroffenen. Um diese Komplexität bewältigen zu können, arbeiten viele Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten in multiprofessionellen Teams gemeinsam mit Heilpädagogen, Sozialarbeitern Diplom-Pädagogen, Diplompsychologen und anderen vergleichbaren Berufsgruppen. Dies nicht nur im stationären Bereich, sondern regelhaft auch in den kassenärztlichen Praxen. Grundlage dafür ist die sogenannte Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, die erstmals 1994 von den Ersatzkassen festgesetzt wurde. Peu à peu schlossen sich verschiedene Primärkassen der Vereinbarung an, eine flächendeckende Vereinbarung mit Verankerung des Angebots im Bundesmantelvertrag gibt es seit 2009. Seitdem ist eine sehr deutliche Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu verzeichnen: Von 2009 bis 2014 stieg die Zahl der Praxen, die an dieser Versorgung mit ihren sozialpsychiatrischen Teams teilnehmen um 42 % auf über 700, bei insgesamt 1.018 Praxen deutschlandweit. 2014 wurden in den kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen nach KBV-Abrechnungsdaten rund 430.000 Kinder und Jugendliche behandelt [2].

Versorgung im Team

In den sozialpsychiatrischen Praxen können innerhalb der Teamstruktur sehr viel mehr Patienten versorgt werden, als dies einem Arzt allein möglich wäre. Die Behandlung im Team ist dabei aber viel mehr als eine einfache Delega-

tion von Leistungen an hochqualifizierte Mitarbeiter: Von sehr hohem Wert für die Qualität der Behandlung ist das gemeinsame Erarbeiten von Behandlungsplänen mit den verschiedenen Professionen, wodurch sichergestellt werden kann, dass viele Entwicklungsaspekte im Erkrankungsverlauf immer wieder gewichtet und über den Zeitverlauf sehr differenzierte Therapieverläufe mit störungsspezifischen sowie allgemein entwicklungsfördernden Angeboten etabliert werden können, in denen auch viele Interventionen im Umfeld der Kinder und Jugendlichen möglich werden. Und so kann das therapeutische Team im Lebensumfeld des Kindes viele Helfer aktivieren. Für den Patienten bedeutet es, dass er in einer Praxis ein Behandlungsstandem, das sich sehr eng und regelmäßig untereinander austauscht, als Ansprechpartner hat.

Die Arbeit in den sozialpsychiatrischen Praxen ist 2013 und 2014 flächendeckend mit sehr erfreulichen Ergebnissen in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität in den Praxen evaluiert worden. Auch bezüglich der Ergebnisqualität gab es sehr positive Einschätzungen der Betroffenen über die Behandlungen. Die Ergebnisse der Evaluation sind von der Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abrufbar [3]. □

AUTOR

Dr. med. Gundolf Berg, Mainz
Vorsitzender des BKJPP

Literatur:

1. Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6. Auflage, Verlag Huber, 2012
2. KBV 2016: KBV-Daten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Abrechnungsdaten aus 2014: Kurch-Bek D, Tenckhoff B: Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Vortrag im Rahmen eines Datenworkshops am 4.2.2016 im Projekt der Aktion Psychisch Kranke zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland.
3. Hagen B. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2015: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht 2014. Konsentierter Fassung. Abgerufen am 03.10.2016 von: http://www.kbv.de/html/1150_15665.php

Zuwenden statt zusperren

Offene Unterbringung psychisch kranker Patienten auf Akutstationen

Mit der Novellierung des Psychisch-Kranken-Gesetzes der Bundesländer wird eine möglichst offene Unterbringung auch von Patienten gefordert, die gegen ihren aktuellen Willen eingewiesen werden. Wir stellen aktuelle Studien vor, die zeigen, dass diese Form der Unterbringung nicht mit einer Erhöhung der Entweichungen, Suizidversuche oder Suizide verbunden ist und im Einzelnen zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen beitragen kann, und besprechen die Voraussetzungen hierfür.

Das Bundesverfassungsgericht hat das Maßregelvollzugsgesetz von Rheinland-Pfalz sowie das Unterbringungsgesetz von Baden-Württemberg für nicht verfassungskonform erklärt [1, 2], da die Gesetze das Recht psychisch Kranker auf Selbstbestimmung über medizinische Behandlungen nicht hinreichend respektierten. Dieses darf nur dann eingeschränkt werden, wenn die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung die für sie selbst schädlichen Folgen ihres Verhaltens nicht einsehen können. In der Folge haben mehrere Bundeslän-

der ihr Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) novelliert und auch das Betreuungsrecht wurde an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts angepasst (§ 1906 BGB). Diese lassen eine Behandlung gegen den aktuellen Willen der betroffenen Person nur bei krankheitsbedingter Einsichtsunfähigkeit und Selbstgefährdung zu, wenn zuvor hinreichend versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen (§ 1906 BGB). Notwendig sind also Aufklärung, Deeskalationsbemühungen, Suchen

nach alternativen Lösungsmöglichkeiten und die dazu nötige persönliche Zuwendung und Auseinandersetzung mit den Wünschen der Betroffenen.

Nach Möglichkeit offen gestalten – sagt das Gesetz

Im Rahmen der Novellierung des PsychKG wurde in mehreren Bundesländern auch der Passus in die Gesetzesvorlagen aufgenommen, dass die Unterbringung nach Möglichkeit offen zu gestalten sei. So heißt es beispielsweise im neuen Berliner PsychKG (§ 30): „Sobald

Auf offenen Akutstationen werden mechanische Vorrichtungen zum Schutz vor Entweichungen durch persönlichen und therapeutischen Kontakt ersetzt.

es die Behandlung der untergebrachten Person ohne Gefährdung des Unterbringungszwecks nach § 16 zulässt, soll die Unterbringung nach Möglichkeit in offener und nicht freiheitsbeschränkender Form durchgeführt werden.“ Ausgangspunkt für diese Ansätze war unter anderem eine Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, in der diese nach Expertenanhörung die möglichst offene Unterbringung auch bei Zwangseinweisungen befürwortete [3]. Den Expertenanhörungen lagen wiederum vielfältige Erfahrungen aus mehreren Kliniken zugrunde, die teilweise seit vielen Jahrzehnten mit offenen Akutstationen arbeiten. Bezüglich der Evidenz für dieses Vorgehen, der klinischen Erfahrungen und des Umgangs mit Selbst- und Fremdgefährdung in nach Möglichkeit offen geführten Akutstationen wollen wir im Folgenden einen kurzen Überblick geben.

Erhebliche Variationen in der klinischen Praxis

Bereits 2004 beobachteten Rittmannsberger und Kollegen [4], dass Unterbringungen in den Ländern Europas sehr unterschiedlich gehandhabt werden. So werden durchaus nicht alle gegen ihren aktuellen Willen untergebrachten Patienten auf geschlossenen Stationen aufgenommen. Umgekehrt werden in erheblich variierendem Ausmaß freiwillig aufgenommene Patienten auf Stationen untergebracht, in denen die Türen dauerhaft verschlossen sind [4]. In einem Review über Unterbringungsstrategien für Menschen mit schwerer seelischer Beeinträchtigung folgerten Muralidharan und Fenton [5], dass mangels kontrollierter Untersuchungen keine Empfehlungen über die Vor- oder Nachteile einer geschlossenen Unterbringung gegeben werden können. Einzelne Untersuchungen wiesen darauf hin, dass geschlossene Türen mit einer erhöhten Aggressivitätsrate verbunden sind, wobei die Frage nach Henne und Ei, also nach der Richtung der Kausalität durch solche Untersuchungen natürlich nicht geklärt werden kann [6].

Als Gründe für die Unterbringung psychisch kranker Patienten auf geschlossenen Stationen werden neben dem Schutz der Öffentlichkeit bei

Fremdgefährdung ganz besonders die Eigengefährdung durch suizidales Verhalten thematisiert, insbesondere nach Entweichen von der Station gegen ärztlichen Rat. Argumente für die Öffnung der Akutstationen sind demgegenüber die damit verbundene Notwendigkeit, Patienten für den möglichst freiwilligen Verbleib auf der Station gewinnen zu müssen, nicht gegen ihren Willen untergebrachte Patienten in ihrer Bewegungsfreiheit nicht zu beeinträchtigen und nach personenzentrierten Möglichkeiten zu suchen, selbst- oder fremdgefährdende Patienten beispielsweise durch persönliche Zuwendung und 1:1-Betreuung statt durch mechanische Sicherungsmaßnahmen wie geschlossene Türen zu schützen [7].

Prozess der verstärkten Zuwendung

Vertreter offener Stationskonzepte auch auf Akutstationen weisen darauf hin, dass auch von komplett geschlossenen Stationen Patienten entweichen können, beispielsweise während der Essenszulieferung oder noch häufiger beim ersten genehmigten Ausgang [7]. Die Türöffnung wird in diesem Zusammenhang aber nicht als Selbstzweck verstanden, sondern als Resultat eines Prozesses der verstärkten Zuwendung zu einzelnen Patienten, die von weiteren Vertrauen schaffenden Maßnahmen begleitet sein muss. Zu diesen gehören der transparente Umgang mit Diagnosen und Differenzen in der Einschätzung der zentralen Probleme zwischen Patienten und Therapeuten, Visiten, die nicht hinter verschlossenen Türen vorbereitet werden, sondern in denen das Team seine Einschätzung offen mit den Patienten teilt. Außerdem gehören dazu spezielle Schulungen zur Deeskalation, die verstärkte Einbeziehung von Freunden und Angehörigen in die Therapie- und Entlassplanung, soweit die Patienten dies wünschen. Hilfreich ist auch die Einrichtung eines Klinikbeirats aus Betroffenen und Angehörigen, die regelmäßig mit Oberärzten und Stationsleitern sowie weiteren therapeutischen Entscheidungsträgern der Klinik zusammentreffen und therapeutische Ausrichtungen und strukturelle Umsetzungen offen diskutieren können [8]. Aber

wie sieht die Evidenz für diese Art des Vorgehens aus?

Auswirkung der Türöffnung auf die Behandlungsqualität

Erste Erfahrungen mit der Öffnung einer Akutstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, veröffentlichten Lang und Kollegen [9] (Tab. 1) und beschrieben, dass eine signifikant höhere Zahl von Entweichungen und Entlassungen gegen ärztlichen Rat in den sechs Monaten mit weitgehend geschlossener Tür (91 % der Tageszeit) im Vergleich zu den nachfolgenden sechs Monaten mit weitgehend offener Tür (offen in 75 % aller Tageszeiten) zu beobachten war. Ohne Veränderung im Personal mit Ausnahme des Wechsels der zuständigen Oberärztin und bei Beibehaltung des Versorgungsauftrags für den Bezirk Mitte kam es zudem bei der Türöffnung zu einer signifikanten Abnahme der erfolgten Zwangsmedikationen und trendweise auch der aggressiven Vorfälle [9]. Diese Station wurde in einer nachfolgenden Studie über einen längeren Zeitraum nachuntersucht, wobei sich erneut eine deutliche Abnahme aggressiver Übergriffe und erfolgter Zwangsmedikationen bei zu durchschnittlich 90 % der Tageszeit geöffneten Stationstüren im Vergleich zu vorigen Jahren mit durchgehend geschlossenen Stationstüren ergab. Die Anzahl der Entweichungen blieb in den Jahren 1995 bis 2013 bei Zahlen zwischen acht und zehn Patienten pro Jahr konstant, während die Zahl der insgesamt auf der Station behandelten Patienten infolge der in diesen Jahren deutlichen Liegezeitverkürzungen von etwa 190 auf etwa 275 Patienten zunahm. Diese Unterschiede waren statistisch nicht signifikant, ergaben aber keinen Hinweis auf eine Zunahme der Entweichungen bei weitgehend offen geführter Station.

Bezüglich der Langzeitbeobachtung in der Charité war es wichtig festzustellen, dass mit der Öffnung einer Akutstation keine Verschiebung auf die zweite Akutstation stattfand, die in dieser Zeit ebenfalls geöffnet wurde. Bezüglich der Entweichungen zeigte sich erneut, dass die meisten nach dem ersten bewilligten therapeutischen Ausgang erfolgten und zwar bei geschlossenem Türstatus er-

Tab. 1. Studien zum Einfluss der Türpolitik in der Psychiatrie auf Entweichungen, Zwangsmaßnahmen, Aggressivität und Suizidalität

Studie	Stichprobe	Methodik	Ergebnis
Lang, 2010 [9]	n = 337 (geschlossen: 176; geöffnet: 161)	Vergleich der Phasen einer Akutstation, die 2012 für sechs Monate überwiegend geschlossen, dann für sechs Monate überwiegend geöffnet geführt wurde.	Bei offener Türpolitik traten Entweichungen, aggressive Übergriffe und Maßnahmen von Zwangsmedikation signifikant seltener auf.
Cibis, 2016 [10]	n = 980 (davon untergebracht: n = 163; geschlossen: 64; geöffnet: 99)	Vergleich der Phasen einer Akutstation, die in den Jahren 1995 und 2002 überwiegend geschlossen und in 2012/2013 überwiegend geöffnet war.	Bei offener Türpolitik traten aggressive Übergriffe und Maßnahmen von Zwangsmedikation signifikant seltener auf, während sich Entweichungsraten nicht zwischen den Phasen unterschieden.
Huber, 2016 [11]	n = 349.574, (davon geschlossen: 271.128; geöffnet: 78.446; nach Parallelisierung zwei Stichproben à je 72.869)	Vergleich zwischen geöffneten und geschlossenen Stationen von insgesamt 21 deutschen Kliniken zwischen 1998 und 2013; Parallelisierung der Stichproben nach Propensitätswert* * soziodemografische/psychiatrische Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, auf eine geöffnete Station eingewiesen zu werden	In der parallelisierten Stichprobe traten Suizide, Suizidversuche und Entweichungen bei offener Türpolitik nicht häufiger auf, als bei geschlossener. In offen geführten Kliniken insgesamt (Gesamtstichprobe ohne Parallelisierung) traten Suizidversuche und Entweichungen im Vergleich zu geschlossenen geführten Kliniken seltener auf, während Suizidraten sich nicht unterschieden.

wartungsgemäß häufiger als bei offenem Türstatus (71 % vs. 29 %) [10].

Suizidrisiko nicht erhöht

Eine aktuelle Studie verglich das Suizidrisiko und Entweichungsverhalten zwischen offenen und geschlossenen Settings bei zirka 350.000 Zuweisungen an 21 deutsche Kliniken zwischen 1998 und 2012 [11]. 16 dieser Krankenhäuser hatten mindestens eine geschlossene Station, während vier ausschließlich offene Stationen besaßen. Ein weiteres Krankenhaus hatte ursprünglich keine geschlossenen Stationen, musste aber aufgrund rechtlicher Vorgaben seine Aufnahmepolitik ändern und führte entsprechend geschlossene Stationen ein. Alle Kliniken waren an der regionalen Vollversorgung und damit an der notfallmäßigen Unterbringung von akut psychisch kranken Menschen auch gegen ihren Willen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben beteiligt. Um für konfundierende Variablen zu kontrollieren, die sowohl die Zuweisung zum Stationstyp als auch das Suizid- und Entweichungsverhalten von Patienten beeinflussen, wurde für jeden Patienten ein sogenannter Propensitätswert berechnet, der auf Basis soziodemografischer und klinischer Variablen die Wahrscheinlichkeit abbildete, auf eine offene anstatt auf eine geschlossene Station eingewiesen zu werden. Anschließend wurde die Stichprobe anhand dieses Wertes

paarweise parallelisiert, was in zwei vergleichbaren Gruppen von je rund 73.000 Patienten für die weitere Analyse resultierte. Wie schon in den deutlich kleineren Vorstudien zeigte sich, dass erfolgte Suizide und Suizidversuche sowie Entweichungen mit und ohne Rückkehr bei offener Türpolitik nicht erhöht waren. Behandlung auf offenen Akutstationen war zudem mit einer verminderten Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Suizidversuchen und verminderten Entweichungsraten mit und ohne Rückkehr verbunden, während sich die Zahl der erfolgten Suizide zwischen offenen und geschlossenen Stationen nicht unterschied. Insgesamt ergaben sich aus dieser Studie keine Hinweise auf Nachteile einer offenen Türpolitik [11].

Bedeutung für die psychiatrische und psychotherapeutische Praxis

Diese Studienübersicht zeigt, dass das Öffnen der Stationstüren auch auf Akutstationen, auf denen Menschen notfallmäßig und oft gegen ihren aktuellen Willen aufgenommen und behandelt werden, nicht zu einer erhöhten Gefährdung der betroffenen Personen beiträgt. Es ist an dieser Stelle aber ausgesprochen wichtig zu betonen, dass Türen nicht einfach geöffnet und Patienten sich selbst überlassen werden können. Der Prozess der Türöffnung verlangt eine intensive Arbeit mit dem Stationsteam, das sich verstärkt um die be-

troffenen und gefährdeten Patienten kümmern muss.

Unabhängigbar für eine erfolgreiche Stationsöffnung erscheinen tägliche Morgenbesprechungen im Team der Station, in denen darüber entschieden wird, welche Patienten besonderer Zuwendung bedürfen, eine 1:1-Betreuung erhalten sollten oder in anderer Form therapeutische Hilfe benötigen, um sie angemessen zu versorgen und zu schützen. Dieses therapeutische Vorgehen setzt das dafür notwendige Personal voraus: Unserer Erfahrung nach ist eine hundertprozentige Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) dafür unabdingbar [12]. Gerade deshalb kommt der Novellierung der Gesetzesentwürfe für die stationäre Aufnahme und insbesondere den zu erarbeitenden Personalvorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eine besondere Bedeutung zu. Die menschenrechtlichen Vorgaben, die durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention und die entsprechenden Urteile des Bundesverfassungsgerichts in Deutschland geltendes Recht sind [13], erfordern, dass Deeskalation, Suche nach Kompromissen, persönliche Betreuung und therapeutische Zuwendung immer an die Stelle automatisiert ablaufender Restriktionsmaßnahmen treten müssen, und hierfür ist die entsprechende Personalausstattung mindestens auf dem bisherigen Stand einer Erfüllung der Psych-

PV notwendig. Darüber hinaus gibt es begründeten Mehrbedarf an psychotherapeutischer Zuwendung und deutlichen Mehraufwand bezüglich der Dokumentation und Kommunikation entsprechender ärztlicher Stellungnahmen, der an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden soll, aber bei der Novellierung der Personalvorgaben dringend zu beachten ist.

Ebenso wichtig für eine offene Stationsführung ist die intensivierte Zusammenarbeit mit den vor- und nachbehandelnden niedergelassenen Kollegen. Ein Verlassen der Akutstationen gegen ärztlichen Rat kommt, wie gezeigt, bei offenen wie geschlossenen Akutstationen vor. Die intensive Zusammenarbeit mit den vor- und nachbehandelnden Kollegen gerade in niedergelassener Praxis, ist deshalb in allen Stationssettings unabdingbar. Gerade weil offene oder weitgehend offene Akutstationen aber dringend auf die Gewinnung von Vertrauen der betroffenen Patienten angewiesen sind, ist die Zusammenarbeit mit Therapeuten, die die Patienten oft seit vielen Jahren oder Jahrzehnten kennen, ein ganz entscheidender Schritt für die erfolgreiche Behandlung der betroffenen Personen. Intensiv abgesprochene Therapiepläne können auch akut gegen ihren aktuellen Willen aufgenommenen Patienten ein therapeutisches Ziel bieten, das sie für sich selbst wählen können und das sie dann motivieren kann, aus dem ursprünglich unerwünschten Krankenhausaufenthalt eine erfolgreiche Krisenintervention zur Planung des weiteren ambulanten Therapiewegs zu machen. Dazu tragen auch innovative Modellvorhaben bei, sei es in denen Niedergelassene und Kliniken gemeinsam Psychoedukation im ambulanten und stationären Bereich oder Informationsveranstaltungen für Angehörige und Betroffene durchführen, seien es gemeinsame Qualitätszirkel und ein enger Austausch auch mit den zuständigen Gesundheitsbehörden (sozialpsychiatrischer Dienst oder andere Formen der Vor- und Nachsorge durch Gesundheitsämter).

Notwendig ist auch eine intensiv vernetzte und kooperative Steuerung der Wohn- und Lebensangebote im Bezirk und die enge Zusammenarbeit mit Trä-

gern, die Möglichkeiten zur Arbeitsrehabilitation, Arbeitsvermittlung und Freizeitgestaltung bieten. So können die menschenrechtlichen Vorgaben umgesetzt, Zwang auf das für die Gesundheitserhaltung unabdingbare Maß reduziert und die Integration in die Lebenswelt gefördert werden.

Fazit

In vielen PsychKG der Bundesländer wird mit deren Novellierung eine möglichst offene Unterbringung auch von Patienten gefordert, die gegen ihren aktuellen Willen eingewiesen werden, weil sie aufgrund der Erkrankung derzeit die Gefährdung für sich selbst oder andere nicht einsehen können. Offene Unterbringungen auf Akutstationen verlangen eine besondere Zuwendung zu den betroffenen Patienten, die mechanische Vorrichtungen zum Schutz vor Entweichungen durch persönlichen und therapeutischen Kontakt ersetzen. Aktuelle Studien zeigen, dass diese Form der Unterbringung nicht mit einer Erhöhung der Entweichungen, Suizidversuche und Suizide verbunden ist und nach einzelnen Studien zu einer Reduktion von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen auf Station beitragen kann. Voraussetzung hierfür ist die enge Kooperation mit den vor- und nachbehandelnden Therapeuten, die enge Vernetzung mit den Sozialleistungsträgern im Bezirk und eine hinreichende Personalausstattung entsprechend der bisher geltenden gesetzlichen Vorgaben. Diese muss aber ohne Abzüge und Einschränkungen vollumfänglich vorhanden sein, um die menschenrechtlichen Vorgaben der aktuellen Rechtsprechung und der geltenden Gesetze zu ermöglichen. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Mitte
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
E-Mail: andreas.heinz@charite.de

Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller
Dipl.-Psych. Carolin Wackerhagen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Mitte

Literatur

1. BVerfG. Beschluss des Zweiten Senats vom 12. Oktober 2011, 2 BvR 633/11 2 BvR 633/11 1–47 (2011). (www.bverfg.de/e/rs20111012_2bvr063311.html)
2. BVerfG. Beschluss des Zweiten Senats vom 23. März 2011, 2 BvR 882/09 1–83 (2011). (www.bverfg.de/e/rs20110323_2bvr088209.html)
3. Bundesärztekammer (Hrsg.). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. Dtsch Arztebl International 2013; 110 (26), A-1334-A-1338.
4. Rittmannsberger H et al. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry* 2004; 19 (8): 483–8
5. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006, Jul 19; (3): CD002084
6. Bowers L et al. Identifying Key Factors Associated with Aggression on Acute Inpatient Psychiatric Wards. *Issues in Mental Health Nursing* 2009; 30 (4): 260–71
7. Lang UE. Innovative Psychiatrie mit offenen Türen - Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. 2013 Berlin Heidelberg: Springer Medizin
8. Mahler L et al. Das Wedding Modell: Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext (1. Aufl.). 2013 Köln: Psychiatrie Verlag
9. Lang UE et al. Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *The European Journal of Psychiatry* 2010; 24 (4): 199–204
10. Cibus ML et al. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatrische Praxis* 2016; <http://doi.org/10.1055/s-0042-105181>
11. Huber CG., et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3 (9): 842–9
12. Lang UE, Heinz A. Wie viel kostet eine offene Akutpsychiatrie? *Psychiatrische Praxis* 2010; 37 (8): 411–2
13. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006 (www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml)

Psychische Störungen und Vigilanz

Müde, erschöpft und ruhelos: Was steckt dahinter?

Tagesmüdigkeit ist ein belastendes Symptom, das bei psychischen Störungen wie Depression, Angst und Schlafstörungen häufig berichtet wird. Neurophysiologen des Universitätsklinikums Leipzig haben einen neuen EEG-Algorithmus entwickelt, der dazu beitragen soll, zu erkennen, ob die Erschöpfung bei einem Patienten mit einem zu niedrigen oder einem zu hohen zentralnervösen Erregungsniveau einhergeht.

Von der neu entwickelten Version 2.1 des „Vigilanz Algorithmus Leipzig“ (VIGALL 2.1) erhoffen sich Experten der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN) gleichzeitig den Zusammenhang zwischen gestörter Wachheitsregulation am Tag und psychischen Erkrankungen wie Depression, Manie und ADHS besser verstehen und die Behandlung von Patienten verbessern zu können.

Depressive Patienten leiden häufig unter schwerer Erschöpfung, aber trotzdem gleichzeitig unter Schlaflosigkeit mit Einschlafproblemen, nächtlichen Wachphasen und frühmorgendlichem Aufwachen. „Untersuchungen mit dem VIGALL an Patienten mit typischer De-

pression zeigen, dass eine konstant hohe Aktivität des zentralen Nervensystems vorliegt, die auch in Ruhe und bei geschlossenen Augen kaum zurückgeht“, so DGKN-Präsident Professor Ulrich Hegerl, Leipzig.

Vom aktiven Wachzustand, über entspannte Ruhe und Dösigkeit, bis zum Schlaf zeigt das ZNS unterschiedliche Aktivitätszustände, sogenannte Arousalniveaus, die sich durch bestimmtes Verhalten auch selbst regulieren. Ein gutes Beispiel dafür sind übermüdete Kinder: der Organismus ist schläfriger, das Arousal neigt zum Abfallen. Dieser Einschlaf tendenz wird aber durch Aufgedrehtheit, Hyperaktivität und Schaffung einer reizintensiven Umwelt entgegengesteuert. Bisher gab es kein praktikables

und ausreichend validiertes Verfahren, um die Arousalregulation im Wachzustand zu bestimmen. Die Arbeitsgruppe Hegerl legt nun die überarbeitete Version 2.1 des Vigilanz-Algorithmus vor, der Abschnitten aus einem EEG jeweils eines von sieben Arousalstadien zuordnen kann. Im Rahmen eines 15-minütigen Ruhe-EEG mit geschlossenen Augen in halb liegender Position können nun der Verlauf und die Regulation des Arousal bestimmt werden.

„VIGALL 2.1 könnte bei der Diagnostik psychischer Erkrankungen und der Wahl der richtigen Therapie helfen“, so Hegerl. An Patienten mit unipolarer oder bipolarer (manischer) Depression und ADHS wurde das Verfahren bereits getestet. So ist das Arousal bei Menschen mit unipolarer Depression hochreguliert – das Nervensystem bleibt trotz ruhiger Umgebung hochaktiv. Patienten mit Manie und ADHS haben dagegen Schwierigkeiten, ihr Arousal aufrechtzuerhalten (**Abb. 1**). □

Nach Informationen der DGKN-Pressestelle

Literatur:

1. Hegerl U, Hensch T. The vigilance regulation model of affective disorders and ADHD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2014; 44: 45 – 57

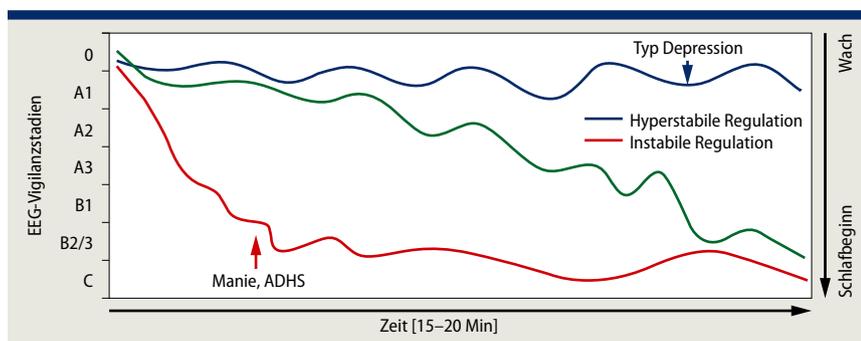


Abb. 1: Schematische Darstellung der drei prototypischen Arousalregulationstypen. Bei geschlossenen Augen ohne Außenreize zeigt sich meist ein langsamer Abfall des Arousal (grün) oder aber ein sehr schneller Abfall des Arousal (rot) schon kurz nach Beginn der EEG-Messung. Aufgrund verschiedenartiger Befunde eines Hypoarousal bei ADHS und Manie kann eine solche instabile Arousalregulation bei Subgruppen dieser Störungen angenommen werden. Personen mit einer hyperstabilen Arousalregulation hingegen zeigen auch nach langer Zeit noch keinen Abfall (blau). Eine hyperstabile Arousalregulation wurde mit dem VIGALL bei typischer Depression gefunden.

Material zum Download

VIGALL 2.1 zum Download, Handbuch und Studien unter:
<http://research.uni-leipzig.de/vigall/>

Versorgung gemeinsam gestalten

Bereitschaft zur Kooperation plus professionelles Management

Dass strukturierte und gemanagte Versorgungskonzepte benötigt werden, steht außer Frage. Die Frage ist vielmehr, welche Konzepte tragfähig sind, um dem Sicherstellungsauftrag auch zukünftig gerecht zu werden. BVDN, BVDP und BDN haben in Kooperation mit weiteren Verbänden ein Versorgungskonzept erstellt.

Es gibt viele Gründe, die zu der Aussage berechtigen, dass in Zukunft nur gut strukturierte und gemanagte Versorgungskonzepte die Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen sicherstellen können: Wenn ex cathedra „Der Patient steht im Mittelpunkt“ gefordert wird, dann ist Zustimmung gewiss, wer könnte das auch abstreiten. Wir sind alle sicher, dass wir das in der individuellen Patientensituation ohnehin umsetzen. Die entscheidende Frage unter populationsbezogenem Versorgungsspekt lautet daher: Wie kann ein Versorgungskonzept gestaltet werden, dass möglichst allen Patienten ein hervorra-

gendes Versorgungsangebot zur Verfügung stellt? Hervorragend meint in diesem Kontext individualisiert, passgenau und zeitnah.

Die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft – patientenseitig wie auch aufseiten der Ärzte – ist ein gewichtiges Argument für eine Überarbeitung und Weiterentwicklung bestehender Strukturen, die sich jahrzehntelang bewährt und Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt beschert haben. Die Zunahme der Betagten und Hochbetagten um einige Millionen in den nächsten Jahrzehnten wird mit einer Zunahme von Multimorbidität, Alterskranken und insbesondere

auch alterskorrelierten Erkrankungen des ZNS einhergehen. Dazu gehören nicht nur das weite Feld der Demenzerkrankungen, sondern auch weitere degenerative Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Schlaganfälle und psychische Erkrankungen wie etwa Altersdepressionen. Alle diese Erkrankungen gehen mit einem progredienten Verlust von Funktionen und Fähigkeiten einher und begründen einen hohen Bedarf an fachgerechter (neuro-)psychiatrischer und psychotherapeutischer, aber auch neuropsychologischer Behandlung, gegebenenfalls zudem Pflege und darüber hinausgehenden psychosozialen Support.

Versorgung zwischen hausärztlicher Medizin und neuropsychiatrischer Behandlung, Psychotherapie, Neuropsychologie, Soziotherapie, Pflege, ambulanten und stationären Betreuungsangeboten und anderen muss zum richtigen Zeitpunkt und individualisiert initiiert und koordiniert werden. Fachärzte für Neurologie sowie Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie registrieren eine hohe Nachfrage nach Behandlungsangeboten in diesen Fachgebieten. Dies ist nicht nur auf die demografische Entwicklung zurückzuführen, sondern auch auf steigende Prävalenzzahlen beziehungsweise steigende Inanspruchnahme etwa für psychische Erkrankungen, nicht zuletzt aber auch auf bessere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten für ZNS-Erkrankungen. Die – wenn auch insgesamt hinter den Erwartungen deutlich zurückgebliebene – Inanspruchnahme der vom Gesetzgeber eingeforderten



Die Vielzahl der Angebote erfordert Konzepte der Stratifizierung, um eine „passgenaue Zuweisung“ zu ermöglichen.

© vege / Fotolia

Terminservicestellen gerade im Bereich der ZNS-Fächer belegt die hohe Nachfrage.

Handlungsfelder

Da aus vielerlei Gründen die ärztlichen Ressourcen nicht beliebig vermehrbar sind, müssen Versorgungsprobleme anders gelöst werden. Exemplarisch seien genannt: die zu langen Zeiträume zwischen Diagnose und Therapiebeginn, Optimierungsmöglichkeiten bei Prävention und Sekundärprävention, die mangelhafte Umsetzung der Leitlinien, die fehlenden Operationalisierungen an den Schnittstellen zwischen Hausarzt, Facharzt und Klinik, aber auch der Informationstransfer, zum Beispiel im Hinblick auf ein professionelles Einweisungs- beziehungsweise Entlassmanagement. Zudem hat der Erkenntnisgewinn in der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des ZNS zu einer Diversifizierung der Angebote und damit einhergehend zu vermehrter Nachfrage geführt. Die Vielzahl der Angebote mit Schwerpunktpraxen und Spezialambulanzen neben Angeboten der flächendeckenden neurologischen und psychiatrischen „Grundversorgung“ erfordert Konzepte der Stratifizierung, um eine „passgenaue Zuweisung“ zu ermöglichen.

Folgende Handlungsfelder können beschrieben werden:

- schnelle Akutversorgung,
- frühzeitige psychiatrisch/psychotherapeutische (und neurologische) Therapieangebote,
- regionale Vernetzung, auch sektorenübergreifend,
- Reduktion chronifizierender Krankheitsverläufe,
- Vermeidung stationärer Einweisungen,
- Reduzierung Arbeitsunfähigkeiten,
- Qualitätssicherung durch leitliniengerechte Therapien,
- Verbesserung der Präventionsangebote,
- bessere Vernetzung mit komplementären Angeboten.

Diese Ziele sind am ehesten durch Flexibilisierung des Leistungsangebotes, durch Förderung gezielter Kooperation, auch sektorenübergreifend sowie durch frühzeitigen Einsatz von Steuerungs- und Koordinationsinstrumenten zu erreichen.

Unser Versorgungskonzept

BVDN, BVDP und BDN haben in Kooperation mit weiteren Verbänden auf Bundesebene unter Moderation der KBV ein Versorgungskonzept erstellt. Die Essentials sind: zeitnahe Terminvergabe nach Dringlichkeitsschema, verbindliche Allokationsregeln, verbindliche und begleitende Koordination durch Bezugsärzte und Bezugstherapeuten, das Instrument der intensivierten ambulanten Komplextherapie, Herstellung von verbindlichen Zuständigkeiten und die strukturierte Einbindung von Spezialangeboten, zum Beispiel durch Schwerpunktpraxen oder Klinikambulanzen, perspektivisch auch der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.

Diese Vernetzung wird ergänzt durch systematischen EDV-basierten Support. Nur so kann im Alltag einerseits der Leitlinientransfer in der individuellen Patientensituation unbürokratisch und verlässlich hergestellt werden, andererseits unterstützen Managementprozesse den zuständigen Bezugsarzt beziehungsweise Bezugstherapeuten des Patienten in der Koordination und Sicherstellung komplexer Diagnostik- und Behandlungsangebote.

In einem differenzierten und gestuften Versorgungssystem mit flächendeckender hausärztlicher Versorgung, mit fachärztlicher (neuro-)psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung durch Vertragsärzte und Psychotherapeuten, mit Schwerpunktpraxen mit besonderer Expertise in ausgewählten Indikationen, mit zahlreichen Ambulanzen und Spezialambulanzen sowie mit differenzierten stationären und teilstationären Angeboten stellt sich nicht die Frage, ob strukturierte und gemanagte Versorgungskonzepte benötigt werden. Vielmehr geht es darum, welche Konzepte tragfähig sind, um dem Sicherstellungsauftrag auch zukünftig gerecht zu werden, und es geht um den Zeitpunkt ihrer Umsetzung. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

Kurz & Knapp

Große Allianz zur psychischen Versorgung

Für die Versorgung von neurologisch und psychisch Erkrankten gilt: Multidisziplinäre, multimodale, fach- und sektorenübergreifende Versorgung auf dem aktuellsten Stand ist das Ziel. Studien belegen, dass in der EU neurologische und psychische Erkrankungen 26 % der gesellschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten ausmachen. Nur ein Drittel aller von neurologischen und psychischen Erkrankungen Betroffenen wird trotz erheblicher medizinischer Fortschritte adäquat versorgt. Den Kampf gegen diesen Versorgungsnotstand will nun eine große „Allianz zur psychischen Versorgung“ aufnehmen. Neben den fachärztlichen Experten des Spitzenverbands ZNS wollen weitere Verbände wie die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV e.V.) sowie der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) ein konzentriertes Vorgehen der in der psychischen Versorgung tätigen Heilberufe mittragen.

Ein Ziel der Allianz ist, den Gesetzgeber zu bewegen, alle maßgeblichen Akteure der Selbstverwaltung mit der zeitnahen Entwicklung eines entsprechenden sektorenübergreifenden Versorgungsauftrags, auch unter Einschluss des Hometreatment, zu beauftragen. Die Allianz bietet jedwede Unterstützung bei der Erarbeitung eines solchen Versorgungskonzepts. Die Partner der Allianz lehnen eine rein sektorale Entwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser ab und erwarten von den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern die Unterstützung für ein tragfähiges Versorgungskonzept zum Wohle der Patienten. Die Allianz ist prinzipiell offen für alle weiteren Verbände, Institutionen und Fachorganisationen, die innovative Konzepte in neue tragfähige und zukunftsorientierte Versorgungsmodelle und -verträge führen wollen. Sie wird in diesem Sinne ab sofort gesundheits- und gesellschaftspolitisch aktiv daran arbeiten, diese Ideen patientengerecht in die Realität umzusetzen. Unterstützt wird die Allianz auch durch Staatssekretär Karl-Josef Laumann, Beauftragter für die Belange der Patienten sowie Bevollmächtigter der Bundesregierung für „Pflege“.

Quelle: Pressemeldung Spitzenverband ZNS (SPiZ)

Bedarfsplanung

„Ich erwarte eine offenere Form der Diskussion“

Die Frage, wie viele Psychiater beziehungsweise Psychotherapeuten dieses Land braucht, kann die Selbstverwaltung nicht ohne externe, wissenschaftliche Unterstützung bewältigen, meint Dr. Bernhard Gibis, KBV. Er hofft, dass ein vom G-BA ausgeschriebenes Gutachten Input für die nötige Diskussion gibt.



» Wir werden natürlich darauf zu achten haben, dass die Ansätze der multidisziplinären Versorgung, wie wir sie in gemeinsam mit Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten entwickelten Konzepten derzeit umsetzen wollen, nicht mit dem DMP Depression kollidieren.«

Dr. Bernhard Gibis

Leiter des Geschäftsbereiches „Sicherstellung und Versorgungsstruktur“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

© KBV

setzung der Einwohner-Arzt-Relation wird der Grundvorwurf der Unbegründetheit der jetzigen Verhältniszahlen nicht überwunden werden können. Insofern baue ich auf den Input, den das Gutachten der Diskussion geben wird. Ich erwarte mir davon ebenfalls eine offenere Form der Diskussion bislang festgefahrener Planungsprinzipien, die wir gerne weiterentwickeln möchten.

? Wo liegen aus Ihrer Sicht Versorgungsprobleme im Bereich neurologischer und psychischer Erkrankungen?

Gibis: Persönlich bin ich der Überzeugung, dass die Qualität der Versorgung, gerade auch im internationalen Vergleich, sich sehen lassen kann. Dennoch haben wir Probleme zu lösen: Der Zugang zur Versorgung im Einzelfall entspricht nicht immer der Problemlage unserer Patienten. Die Etablierung von multiprofessionellen Behandlungsteams in der ambulanten Versorgung steht noch am Anfang und schließlich ist für mich unverständlich, dass die Sektorentrennung immer weiter befördert wird. Die offensichtlich bewusst unterbundene obligate Vernetzung von vertragsärztlicher und stationärer Versorgung beim Hometreatment ist nicht nur ein Problem, sondern ein Rückschritt.

? Welchen Stellenwert werden künftig die strukturierten Versorgungsprogramme haben?

Gibis: Die Instrumente strukturierter Versorgungsprogramme sind grundsätzlich nützlich und haben sich als wirksam erwiesen: Schaffung einer evidenzbasierten Wissensbasis rund um die jeweilige Erkrankung, klare Schnittstellenbeschreibung,

? Herr Dr. Gibis, was hat sich aus Ihrer Sicht im letzten Jahr zum Thema Bedarfsplanung im Bereich Psychiater und Neurologen getan?

Dr. Bernhard Gibis: Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich mit der Frage befasst, inwieweit Psychiater und Neurologen getrennt voneinander beplant werden sollen. Dies geht nicht ohne Anpassung der Verhältniszahlen, was als problematisch angesehen wird. Deshalb wird derzeit die Beibehaltung der Gesamtgruppe mit Vorgaben zu Mindestanteilen der beiden Fachrichtungen diskutiert. Dies würde eine gewisse Steuerung der Gruppenzusammensetzung über Nachbesetzungsverfahren erlauben, ohne zu großen Verwerfungen oder Schaffung neuer Zulassungsmöglichkeiten zu führen. Ich bin allerdings skeptisch, dass der Gemeinsame Bundesausschuss hierzu noch in diesem Jahr etwas wird verabschieden können.

? Wird es denn in absehbarer Zeit eine neue Bedarfsplanung geben?

Gibis: Auf Landesebene wird vom Abweichungsrecht zunehmend aus guten Gründen Gebrauch gemacht werden. Dies bringt vor Ort Neuerungen mit sich. Auf Bundesebene ringen alle Beteiligten um die Frage, wie viele Psychiater beziehungsweise Psychotherapeuten dieses Land braucht. Diese Frage kann die Selbstverwaltung abseits verhandelter, normativer Vorgaben nicht ohne externe, wissenschaftliche Unterstützung bewältigen. Insofern glaube ich nicht, dass der Gemeinsame Bundesausschuss den gesetzlichen Auftrag einer in wesentlichen Punkten reformierten Bedarfsplanung bis zum Ende des Jahres umsetzen können wird.

? Was erwarten Sie von dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgeschriebenen Gutachten?

Gibis: Das Gutachten soll genau diesen Aspekt der wissenschaftlichen Begründetheit von Verhältniszahlen näher beleuchten. Ohne die Einbeziehung einer wissenschaftlichen Perspektive in die Neufest-

Einführung aktivierender Elemente wie Schulungen für Patienten und schließlich Rückmeldesysteme für Ärzte über ihren Behandlungserfolg im Vergleich zur Grundgesamtheit. Limitationen liegen allerdings in den Problemen im Umgang mit Multimorbidität: Die Forschung, die Aus- und Weiterbildung, Leitlinien, all dies ist organbezungsweise krankheitszentriert – haben nun Patienten mehrere Erkrankungen, bleibt der Praktiker alleine mit der kniffligen Therapieentscheidung. Hier wurde auch für Disease-Management-Programme (DMP) bislang noch keine wirklich gute Lösung gefunden.

? *Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nennt als Ziel ein DMP Depression und ein DMP Rückenschmerz. Wie schätzen Sie Chancen und Risiken solcher DMP ein?*

Gibis: Die bisherigen DMP haben nach anfänglich sehr emotional geführten Diskussionen eine hohe Akzeptanz gefunden. Bei Rückenschmerz und Depression sind die Startvoraussetzungen für eine gelungene Umsetzung meines Erachtens schwieriger. Alleine schon die Definition der gesicherten Diagnose wird eine Herausforderung werden. Gesamthaft betrachtet sehe ich jedoch mehr Chancen als Risiken in der DMP-Ent-

wicklung. Die Auswahl der Erkrankungen kommt einer Priorisierung gleich, die (fach-) öffentliche Aufmerksamkeit schafft und damit Versorgungsverbesserungen begünstigen kann. Wir werden natürlich darauf zu achten haben, dass die Ansätze der multidisziplinären Versorgung, wie wir sie in gemeinsam mit Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten entwickelten Konzepten derzeit umsetzen wollen, nicht mit dem DMP Depression kollidieren.

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

Aktuelle CME-Kurse

► **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter: Therapie der ADHS unter Berücksichtigung psychotherapeutischer Studien**

aus: InFo Neurologie & Psychiatrie 3/2016
von: S. Groß, A. P. Lam, S. Matthies, A. Philipsen
zertifiziert bis: 24.3.2017
CME-Punkte: 2

► **Wahnhafte Störungen: Glaubensvorstellung, inhaltliche Denkstörung, Dysfunktionalität: Gesunde Religiosität oder religiöser Wahn?**

aus: DNP – Der Neurologe und Psychiater 2/2016
von: J. H. Demling
zertifiziert bis: 8.2.2017
CME-Punkte: 2

► **Akute depressive Episode: Magnetfelder gegen schwere Depression? Magnetkrampftherapie – ein neues konvulsives Hirnstimulationsverfahren**

aus: InFo Neurologie & Psychiatrie 2/2016
von: S. Kayser, S. Wagner, M. Kloß
zertifiziert bis: 24.2.2017
CME-Punkte: 2

► **Interaktive psychoedukative Vorbereitung: Voraussetzungen für eine erfolgreiche Pharmakotherapie von Depressionen**

aus: DNP – Der Neurologe und Psychiater 7-8/2016
von: A. Broocks, J. Pink
zertifiziert bis: 4.8.2017
CME-Punkte: 2

► **Frauen erkranken anders als Männer: Geschlechtsspezifische Aspekte bei unipolarer Depression**

aus: DNP – Der Neurologe und Psychiater 5/2016
von: J. Gruber, M. Grube
zertifiziert bis: 3.5.2017
CME-Punkte: 2

► **Zirkadianer Rhythmus und affektive Störungen: Die Bedeutung des Chronotyps für depressive Störungen**

aus: NeuroTransmitter 7-8/2016
von: A. Haag, B. Kundermann, N. Cabanel, C. Olschinski, M. J. Müller
Zertifiziert bis: 12.8.2017
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf CME.SpringerMedizin.de eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie das e.Med-Abo.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 600 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 30 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit dem e.Med-Abo: www.springermedizin.de/eMed

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Muster-Weiterbildungsordnung

Immer wieder kontrovers diskutiert

Wie jedes Mal, wenn es in der Bundesärztekammer (BÄK) um die Weiterentwicklung der Muster-Weiterbildungsordnung (WBO) geht, kommt ein Thema regelmäßig auf: Soll das Komplementärjahr Neurologie beziehungsweise Psychiatrie erhalten bleiben? Insbesondere in der Neurologie wird dies immer wieder kontrovers diskutiert. Den folgenden Brief mit den aus Versorgungsgesichtspunkten relevanten Argumenten haben die drei Verbände Ende Oktober an Dr. Annette Güntert, die Weiterbildungsverantwortliche der BÄK, gesandt.

Sehr geehrte Frau Dr. Güntert,

wir nehmen Bezug auf die Vorgespräche zu der Musterweiterbildung Neurologie, respektive zum Pflichtjahr Psychiatrie.

Aus medizinisch inhaltlichen, aber auch aus versorgungspolitischen und wissenschaftlichen Gründen sind die Berufsverbände der festen Überzeugung, dass an der bisherigen Regelung mit einem Jahr Psychiatrie in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und einem Jahr Neurologie in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie unbedingt festgehalten werden sollte. Gerne würden wir diese Gründe noch einmal zusammenfassen.

In der bisherigen WBO umfasst das Gebiet Neurologie „die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur“. Die WBO beinhaltet unter anderem den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten „in der neurologisch-psychiatrischen Anamneseerhebung einschließlich biografischer und psychosozialer Zusammenhänge, psychogener Symptome sowie somatopsychischer Reaktionen“. Die enge Verbindung der Fächer Neurologie und Psychiatrie ist auf diese Weise historisch bis heute in der einleitenden Beschreibung des Fachgebietes konstituierend, was auch die wechselseitige Verpflichtung einer Weiterbildung im komplementären Fach beinhaltet. Zwar haben sich beide Fächer in der Wissenschaft und Versorgungsrealität kontinuierlich weiterentwickelt, an der Notwendigkeit einer obligaten Weiterbildung

im jeweiligen Nachbargebiet ändert dies aus diesen Gründen jedoch nichts:

1. Die Aktivität des Gehirns bezieht sich unter anderem auf Wahrnehmung, Motorik, Vegetativum, Sprache, neuropsychologische Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis etc., aber auch zweifelsohne auf affektive Funktionen, Emotionen, Impulskontrolle, Ich-Identität etc. Neuronale Aktivität unterscheidet nicht grundsätzlich, ob es der Steuerung motorischer oder affektiver Funktionen dient. Psychologische Aspekte der Hirnfunktion sind damit ein nicht weg zu denkender Teil des Faches Neurologie. Das unterscheidet die Neurologie grundlegend von anderen somatischen Disziplinen. Psychologische Aspekte sind somit primärer Gegenstand neurologischer Diagnostik und Therapie und nicht nur sekundär im Sinne krankheitsverlaufsmodifizierender psychologischer Faktoren.
2. Nahezu alle ZNS-Erkrankungen bieten vielfältige psychiatrische Krankheitssymptome. Dies betrifft alle neurodegenerativen Erkrankungen (Demenz, Parkinson, MSA, Huntington, um nur die häufigsten zu nennen), aber auch Schlaganfallfolgen und neuroimmunologische Erkrankungen. Auch wenn bei neurologischen Patienten im Versorgungsalltag derzeit noch die organischen Psychosen dominieren, kann man die Weiterbildung selbstverständlich nicht in endogene und organische psychische Erkrankungen aufteilen.

3. Die Behandlung dieser Erkrankungen ist ohne ein Grundverständnis der psychiatrischen Krankheitslehre nicht möglich. Wenn Neurologen sich nicht auf rein somatische Erkrankungen des peripheren Nervensystems (vielleicht noch spinale Erkrankungen) reduzieren wollen, ist eine psychiatrische Grundausbildung unerlässlich. Natürlich kommen auch bei Internisten und Allgemeinmedizinern psychiatrische Erkrankungen vor. Die fehlende fachliche Ausbildung und die daraus entstehende Hilfslosigkeit ist aber gerade ein Grund, warum unsere Sprechstunden überbucht sind.
4. Unerlässlich sind auch solide Kenntnisse und Erfahrungen der Psychopharmakologie und ein sicherer Umgang mit psychotropen Substanzen wie Neuroleptika und Antidepressiva. So haben psychoaktive Substanzen beispielsweise ganz unmittelbare Auswirkungen auch auf die Neurorestitution nach einer Hirnschädigung.
5. Es mag sein, dass in Spezialbereichen wie Stroke-Unit oder Intensivmedizin internistische Kenntnisse wichtiger erscheinen. Bezogen auf die Gesamtversorgung ist dies aber ein kleiner Teilbereich, der nicht die für die neurologische Gesamtversorgung wichtigen Weiterbildungsinhalte infrage stellen darf. Zudem lässt sich in jeder Klinik internistische Kompetenz zeitnah konsiliarisch einholen. Für eine externe psychiatrische Unterstützung ist dies in der Regel nicht der Fall, schon gar nicht bei Krankenhäusern

mit neurologischer Hauptfachabteilung.

6. Der Bedarf an psychiatrischen Grundkenntnissen in der neurologischen Behandlung wird wegen der älter werdenden Bevölkerung und der zu erwartenden Zunahme neurodegenerativer Erkrankung ebenfalls weiter steigen.
7. Auch das Argument, andere EU-Ländern sehen keine psychiatrische Pflichtausbildung vor, überzeugt nicht. Die historisch enge Verbindung zwischen Neurologie und Psychiatrie ist ein Grund, warum es in Deutschland in der ambulanten Versorgung nur eine Fachgruppe Neurologie/Psychiatrie/Nervenheilkunde gibt. Dies mag auf den ersten Blick anachronistisch anmuten, hat aber aufgrund der genannten vielfältigen Überschneidungen zwischen Neurologie/Psychiatrie auch im 21. Jahrhundert seine Berechtigung.
8. Schließlich sind Konsildienst, Gutachten und Heimversorgung ohne psychiatrische Grundkompetenz nicht zu leisten.
9. Auch aus neurowissenschaftlicher Perspektive spricht mehr für den Beibehalt der bisherigen Lösung. Viele psychiatrische Erkrankungen wie einige Formen der Depression oder Psycho-

sen sind heute neuroimmunologisch erklärbar, immuntherapeutisch zugänglich und werden in neurologischen Kliniken behandelt. Umgekehrt sind Biomarker und neuroradiologische Bildgebung selbstverständlicher Bestandteil der biologischen Psychiatrie. Es ist zu erwarten, dass diese Bereiche mit wachsenden neurowissenschaftlichen Erkenntnissen weiter an Bedeutung gewinnen werden. Kaum ein wissenschaftlicher Bereich weist eine so große Dynamik auf wie die Neurowissenschaft. Ausgerechnet an diesem historischen Scheidepunkt über die WBO beide Fächer vollständig und mutmaßlich unwiderruflich zu trennen, ist im hohen Maße widersprüchlich.

Tatsächlich rührt die Motivation der Befürworter einer Trennung der Fächer aus organisatorischen Problemen in großen Häusern der Maximalversorgung, weil psychiatrische Weiterbildungsassistenten nicht ohne Weiteres in Stroke units oder Intensivstationen eingesetzt werden können (so wie einige kleinere periphere Häuser oder Rehakliniken aufgrund mangelnder Bewerbungen genau auf diese Weiterbildungsassistenten angewiesen sind). Wir sind jedoch der Über-

zeugung, dass organisatorische Probleme dieser Art nicht über die WBO gelöst werden können, zumal wenn hier mit dem historischen Selbstverständnis eines Faches gebrochen wird.

Bei allem Verständnis für die an aktuelle Versorgungsrealitäten gebundene Perspektive einzelner Versorgungseinrichtungen ist in vielen Gesprächen der Eindruck entstanden, dass die Implikationen einer Öffnung der Pflichtweiterbildung für die Versorgung insgesamt nicht vollständig reflektiert sind. Nur was obligater Bestandteil der Weiterbildung ist, kann die Fachgruppe als Expertise für sich beanspruchen. Die Neurologie läuft Gefahr, sich in diesem Sinne als rein somatisches Fach zu präsentieren, was es aus den oben genannten Gründen de facto nie war und auch nicht sein wird. Die Berufsverbände BDN, BVDN und BVDP sprechen sich, ebenso wie die DGPPN für die Notwendigkeit eines Beibehaltes der Pflichtweiterbildung aus.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Uwe Meier

Dr. Frank Bergmann

Dr. Christa Roth-Sackenheim

ANPASSUNG DER RICHTLINIEN-PSYCHOTHERAPIE

Ein „Update“ zur psychotherapeutischen Sprechstunde

Mit Schreiben vom 9. September 2016 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den damaligen Entwurf zur psychotherapeutischen (PT-)Sprechstunde zum Teil beanstandet: Die Dokumentationsbögen entsprachen nicht den Datenschutzvorgaben. Des Weiteren wies das BMG auf folgenden Anpassungsbedarf im Bereich der PT-Sprechstunde hin: Der G-BA hat keine Regelungsbefugnis, zu entscheiden, ob und wie vertragsärztlich oder -psychotherapeutisch Tätige PT-Sprechstunden anbieten. Im Gesetz stünde, dass Sprechstunden anzubieten seien, insofern hätten die KVen, die den Sicherstellungsauftrag übernommen haben, auch dafür zu sorgen, dass entsprechend PT-Sprechstunden angeboten würden. Insofern

müsse die „Kann-Regelung“ im Text der Richtlinie entfallen. Das hat bei vielen psychologischen Psychotherapeuten die Sorge ausgelöst, aus der Kann- sei faktisch eine Muss-Regelung geworden und jeder niedergelassene Psychotherapeut nun verpflichtet, PT-Sprechstunden anzubieten. Der Sachverhalt der Einführung einer PT-Sprechstunde insgesamt war in der Psychologenschaft sehr kontrovers beurteilt worden. Tatsächlich ist aber feststellen, dass es im Grunde jederzeit zu den vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Pflichten gehört, Sprechstunden anzubieten. Es ist ja auch jeder Vertragsarzt verpflichtet, am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilzunehmen. Wie wir alle wissen, gibt es viele Möglichkeiten, mit dieser Pflicht verant-

wortungsvoll umzugehen, etwa indem man einen Vertreter findet. Genauso wird es unserer Meinung nach auch mit der PT-Sprechstunde laufen. Es werden sich intelligente Kooperationslösungen herausbilden, mit denen die Sicherstellung von PT-Sprechstunden sehr wahrscheinlich gelingen wird, in großen Städten schneller und reibungsloser als auf dem Land. Und wie immer wird die Vergütung eine entscheidende Rolle spielen!

Eine weitere wichtige Neuerung ist die Einführung einer Übergangsfrist für die verbindliche PT-Sprechstunde für Patienten als Voraussetzung für die Aufnahme einer Richtlinien-Psychotherapie. Diese endet am 31. März 2018. □

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

Ausbildungsreform

„Wir wollen die Einheit der Psychotherapie bewahren“

Für Psychotherapeuten gibt es keinen bundeseinheitlich geregelten Berufszugang mehr und die heutige Ausbildung qualifiziert nicht für die Breite des Tätigkeitsprofils, findet Dr. Dietrich Munz. Er erläutert, warum eine Ausbildungsreform unerlässlich ist, um die gegenwärtigen Probleme zu beheben und den Psychotherapeutenberuf zukunftsfähig zu machen.



»Es muss für alle – insbesondere die Patienten – klar sein, wer was in der psychotherapeutischen Versorgung anbietet.«

Dr. Dietrich Munz
Präsident des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer

? Herr Dr. Munz, warum brauchen wir eine Novellierung der Ausbildung zum Psychotherapeuten?

Dr. Dietrich Munz: Seit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes 1998 gibt es immer mehr Probleme, die nicht nur durch kleine Anpassungen am Gesetz behoben werden können. Die Bologna-Reform hat die Studienlandschaft sehr verändert und zu föderalen Ungleichheiten beim Zugang zur heutigen postgradualen Psychotherapeutenausbildung geführt: Es gibt keine Rahmenprüfungsordnungen und somit keine bundeseinheitlichen Zugangsregelungen mehr – ganz im Gegensatz zu anderen Heilberufen. In einigen Bundesländern reicht sogar ein Bachelor-Abschluss als Voraussetzung zur postgradualen Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus. Dadurch droht dieser Beruf das Niveau eines akademischen Heilberufs zu verlieren. Die derzeitige postgraduale Ausbildung nach einem Studium führt darüber hinaus für die Ausbil-

dungsteilnehmer zu prekären finanziellen Lebensverhältnissen. Als Akademiker arbeiten sie während der Ausbildung über Jahre im Praktikantenstatus ohne Anspruch auf Vergütung und erbringen aber psychotherapeutische Leistungen. Ihre Befugnis zur Ausübung von Heilkunde ist dabei rechtlich unklar. Und schließlich qualifiziert die heutige Ausbildung nicht für die Breite des Tätigkeitsprofils unserer Kammerangehörigen. Die im Psychotherapeutengesetz geregelte Ausbildung legt den Schwerpunkt auf die ambulante Versorgung. Für den stationären Bereich ist lediglich ein Praktikum vorgeschrieben.

? Welche inhaltlichen Ziele verfolgt die Bundespsychotherapeutenkammer dabei?

Munz: Mit der Reform wollen wir die Probleme der gegenwärtigen Ausbildung beheben und den Psychotherapeutenberuf zukunftsfähig machen. Die Struktur der ärztlichen Aus- und Weiterbildung hat sich bei der Qualifizierung und Spezialisierung

für die hohen Qualitätsanforderungen in unserem Gesundheitssystem bewährt. Daher wollen wir diese auf die Psychotherapeuten übertragen. Nach einem wissenschaftlichen Studium, das auf Master-Niveau abschließt und ausreichend praktische Erfahrung enthält, um danach eine Approbation zu erteilen, soll die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten folgen. Erst Fachpsychotherapeuten können dann eigenverantwortlich in der eigenen Praxis oder im Krankenhaus psychotherapeutisch tätig sein. Die Weiterbildung soll für das breite psychotherapeutische Versorgungsangebot qualifizieren. Dafür muss die Kompetenzvermittlung den gesamten Indikationsbereich für Psychotherapie abdecken, was auch die Behandlung bei chronischen und komplexen Verläufen einschließt. Sie muss die verschiedenen Behandlungsstadien der stationären, teilstationären und ambulanten Versorgung ebenso umfassen wie verschiedene Anwendungsformen, wie beispielsweise psychotherapeutische Sprechstunde, Akutversorgung, Kurz- bis Langzeittherapie, Einzel- und Gruppentherapie. Psychotherapeuten werden für leitlinienorientierte Versorgung in allen Versorgungsbereichen qualifiziert, was auch Arbeiten in und mit einem multiprofessionellen Team und Verordnung und Delegation von Leistungen einschließt.

? Wie lange würde eine solche Ausbildung dauern?

Munz: Wenn die Psychotherapeutenausbildung als Studium direkt zur Approbation führt, muss sie zur Ausübung der Heilkunde befähigen. Wie bei den anderen akademi-

schen Heilberufen sind dafür hinreichende wissenschaftliche und praktische Kompetenzen erforderlich. Vor dem abschließenden Staatsexamen sollte eine längere zusammenhängende Praxisphase Teil des Studiums sein, analog zum praktischen Jahr angehender Ärzte. Nach unserer Einschätzung ist dafür eine Studienzeit von elf Semestern angemessen. Die anschließende Weiterbildung soll sowohl in der ambulanten als auch stationären Versorgung stattfinden und mindestens fünf Jahre in hauptberuflicher Tätigkeit umfassen. Nur so können ausreichende praktische Erfahrungen in einem breiten Indikations- und Behandlungsspektrum vermittelt und der Fachpsychotherapeutenstandard analog zum Facharztstandard für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten gesichert werden. Daneben sollten Teile der Weiterbildung auch in Einrichtungen der

» Ideal wären Strukturen, in denen Psychotherapeuten und Ärzte gemeinsam lernen, um später gemeinsam Versorgungsverantwortung übernehmen zu können.«

komplementären Versorgung absolviert werden können, zum Beispiel in der Gemeindepsychiatrie, Sucht- oder Jugendhilfe.

? *Was würde sich eventuell formal dabei ändern?*

Munz: Die Approbation hätte künftig ein vergleichbares Qualifikationsniveau wie bei den Ärzten. Sie wäre noch nicht mit einer spezifischen Fachkompetenz verbunden und würde nicht zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung bei gesetzlich Krankenversicherten berechtigen. Zugleich soll es künftig nur noch eine statt der heute zwei Approbationen geben. Die beiden Berufe Psychologischer Psychotherapeut sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeut werden zu einem gemeinsamen Beruf mit Spezialisierungen für zwei Altersbereiche zusammengeführt. Dafür wollen wir in der Weiterbildung die Gebiete „Psychotherapie für Erwachsene“ sowie „Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ mit Vertiefung in einem der Psychotherapieverfahren schaffen. Weiterhin sollte die Legaldefinition von Psychotherapie geöffnet werden, um den Beruf und die Ausbildung für wissenschaftliche Weiterentwicklungen zu öffnen. Der

zeit schränkt das Psychotherapeutengesetz die Ausübung heilkundlicher Psychotherapie auf die Anwendung wissenschaftlich anerkannter Verfahren und Methoden ein. Eine solche Begrenzung ist den anderen akademischen Heilberufen fremd und behindert Forschung und Lehre und damit die Weiterentwicklung von Psychotherapie.

? *Wie stellen Sie sich dabei die Kooperation mit der Ärzteschaft vor?*

Munz: Wir wollen die gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten und die Kooperation mit den Fachärzten erhalten. Psychotherapeuten und Ärzte haben eine gemeinsame Versorgungsverantwortung. Wir wollen die Einheit der Psychotherapie bewahren. Dazu brauchen wir auch künftig Strukturen, in denen sich Psychotherapeuten und Ärzte zu ihrer Qualifizierung und zur Qualität ihrer Versorgung abstimmen

können. Der bisherige „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“ als berufsgruppenübergreifendes Gremium hat sich dafür grundsätzlich bewährt. Gute Kooperation sollte sich aber nicht nur auf Gremienarbeit beschränken, sondern bereits in der Aus- und Weiterbildung gelernt und erfahren werden. Ideal wären Strukturen, in denen Psychotherapeuten und Ärzte gemeinsam lernen, um später gemeinsam Versorgungsverantwortung übernehmen zu können. Wir sind offen dafür, solche Strukturen gemeinsam mit der Ärzteschaft zu schaffen. Gute Kooperation setzt voraus, dass nicht nur die Gemeinsamkeiten, sondern auch die Unterschiede der Beteiligten transparent sind. Wir wollen daher Fachgebiets- und Zusatzbezeichnungen, die Psychotherapeuten in einer künftigen Weiterbildung erwerben, mit dem Ziel bestmöglicher Transparenz in der psychotherapeutischen Versorgung wählen. Es muss für alle – insbesondere die Patienten – klar sein, wer was in der psychotherapeutischen Versorgung anbietet.

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

Regionale ZNS-Thementage

Das Bewusstsein für ZNS-Erkrankungen in der Bevölkerung ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Um dieser Entwicklung und dem damit einhergehenden wachsenden Informationsbedürfnis von Betroffenen, Angehörigen und anderen Interessierten Rechnung zu tragen, haben die Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP das Projekt der „Regionalen ZNS-Thementage“ ins Leben gerufen. Alle Verbandsmitglieder können selbst einen regionalen ZNS-Thementag planen und durchführen. Solche Veranstaltungen tragen außerdem dazu bei, die Rolle von Neurologen, Psychiatern und Nervenärzten als die zentralen Ansprechpartner für psychische und neurologische Erkrankungen zu stärken. Die Berufsverbände unterstützen Sie dabei auf dreierlei Weise:

1. Fertig ausgearbeiteter Vortrag

Die Berufsverbände wählen in jedem Jahr zwei Themen aus – jeweils eines aus der Neurologie und der Psychiatrie, zu denen sie Vorträge ausarbeiten und zur Verfügung stellen. Erste Power-Point-Vorträge existieren schon zu den Themen „Burnout/Depression“ und „Kopfschmerz“.

2. Checkliste Veranstaltungsplanung

Zusätzlich gibt es eine Checkliste zur Planung der Veranstaltung. Welchen Kriterien sollte ein Veranstaltungsort genügen? Welche Partner könnten in den ZNS-Thementag einbezogen werden? Diese Fragen werden unter anderem angesprochen.

3. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Für den Erfolg der Informationsveranstaltung sind Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wesentlich. Die Pressestelle der Berufsverbände kann Ihnen hierbei helfen.

Den Berufsverbänden ist es ein Anliegen, dass möglichst viele Mitglieder dieses neue Projekt nutzen und einen ZNS-Thementag in ihrer Region durchführen. Um eine optimale Unterstützung zu erhalten, melden Sie bitte Ihren „Regionalen ZNS-Thementag“ bei der unten genannten Pressestelle der Berufsverbände formlos telefonisch oder per E-Mail an. Für Rückfragen stehen Ihnen die Verbände jederzeit gerne zur Verfügung.

Kontakt: Jochen Lamp
Kommunikation & Pressestelle der
Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP
Telefon: 069 678 698 90
E-Mail: jochen.lamp@monks.de

Nachgefragt bei Dr. Bernhard Rochell

GOÄ und EBM – was hat sich geändert?

Dr. Bernhard Rochell, Leiter der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, beantwortet Fragen zum aktuellen Stand der Dinge in Sachen EBM und GOÄ und gibt einen Ausblick auf das, was uns noch erwartet.



Dr. Bernhard Rochell

Verwaltungsdirektor und Leiter der Geschäftsstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

© Lopata / axentis.de

? Herr Rochell, derzeit werden die einzelnen Facharztkapitel des EBM einer intensiven Überarbeitung unterzogen. Wie sieht der Zeitplan für das Kapitel Psychiatrie und Psychotherapie aus?

Dr. Bernhard Rochell: Im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM wurde den Berufsverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit gegeben, Vorschläge zur strukturellen Anpassung des EBM einzubringen beziehungsweise vorliegende Vorschläge zu aktualisieren. Aufgrund der zeitlich gestaffelten Reihenfolge der Einbindung der Berufsverbände ist die Weiterentwicklung der Fachgruppenkapitel unterschiedlich weit fortgeschritten: Diverse Fachgruppenkapitel werden bereits mit den Krankenkassen beraten, bei anderen stehen die initialen Berufsverbandsgespräche noch aus.

Für die Überarbeitung der EBM-Kapitel 14 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie), 16 (Neurologie), 21 (Psychiatrie und Psychotherapie), 22 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), 23 (Psychotherapie), 35 (Richtlinien-Psychotherapie) und des Abschnitts 30.11 (Neuropsychologie) haben die Gespräche mit den betroffenen Berufsverbänden im September begonnen. Aufgrund der Vielzahl der in diesem Bereich betroffenen Berufsverbände wurden unter Berücksichtigung der Relevanz der EBM-Kapitel für die jeweiligen

Verbände in der Regel mehrere Verbände zu einem gemeinsamen Termin eingeladen. Die mit den Gesprächen konsolidierten Vorschläge werden sodann zunächst in den Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beraten, bevor sie darauf nach aktueller Planung im Februar 2017 in die Verhandlungen mit den Krankenkassen eingebracht werden.

? Die Novelle der Psychotherapie-Richtlinien sieht einige neue Leistungen vor, wie etwa die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung. Wie wird die Beschreibung und Bewertung und die anschließende Festsetzung der Vergütung dieser neuen Leistungen erfolgen?

Rochell: Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie zur Strukturreform der ambulanten Psychotherapie müssen durch den Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses als Vergütungsregelung im EBM umgesetzt werden. Im Bewertungsausschuss vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die konkrete vertragliche Ausgestaltung dieser neu aufzunehmenden Leistungen. Beide Seiten werden hierzu bald ihre Vorschläge vorlegen. In Bezug auf die Beschreibung der Leistungen sind die Vorgaben aus der Psychotherapie-Richtlinie schon sehr konkret, sodass an dieser Stelle nicht allzu große Differenzen in den Vorschlägen zu erwarten sind. Die Verhandlungen im Bewertungsausschuss werden voraussichtlich vor allem um die Bewertung dieser Leistungen geführt werden müssen. Die Besonderheit der Beratungen wird dabei die gesetzlich vorgegebene angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeu-

tischer Leistungen sein, die trotz vieler ergangener Urteile des Bundessozialgerichts vom GKV-Spitzenverband und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bewertungsausschuss unterschiedlich gesehen wird.

? Gibt es Unterschiede in der Vergütung neuer und bereits bestehender Leistungspositionen im EBM?

Rochell: Für die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses hat sich der Bewertungsausschuss ein Verfahren auferlegt, nach dem neue, bisher nicht im EBM enthaltene Leistungen so dort aufgenommen werden, dass sie zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden: Der Bewertungsausschuss empfiehlt den regionalen Gesamtvertragspartnern dementsprechend für ihre abzuschließenden Vereinbarungen solche neuen Leistungen zunächst für zwei Jahre extrabudgetär zu vergüten. Auf der Basis einer anderen Empfehlung des Bewertungsausschusses werden die bestehenden Gebührenordnungspositionen für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und die probatorische Sitzung bis auf Weiteres extrabudgetär vergütet.

? Kommen wir zum Thema GOÄ, bei dem Sie ja traditionell noch die Bundesärztekammer unterstützen: Gibt es hier aus Ihrer Sicht einen neuen Zeitplan?

Rochell: Das oberste Gebot für die Novellierung der GOÄ besteht zunächst in der Erreichung eines tragfähigen innerärztlichen Konsens über die Ausgestaltung der neuen GOÄ auf dessen Grundlage dann die Verhandlungen mit dem PKV-Verband und der Beihilfe weitergeführt werden sollen. Es wird gemeinsam angestrebt, der Politik rechtzeitig bis zur Bundestagswahl im

Herbst 2017 das geeinigte „Paket“ zur GOÄ-Novelle auf den Tisch zu legen. Dabei geht allerdings innerärztliche Transparenz und Akzeptanz vor Schnelligkeit. Dies fordern umgekehrt auch die Partner auf der Seite der Kostenträger für sich ein.

? *Hat sich durch das „Drücken des Reset-Knopfes“ durch die Bundesärztekammer und den deutschen Ärztetag sowie die personelle Neubesetzung der GOÄ-Verantwortlichen im Vorstand der Bundesärztekammer inhaltlich Wesentliches an der GOÄ-Konzeption geändert?*

Rochell: An der grundlegenden Konzeption der neuen GOÄ hat sich wenig geändert. Jedoch wird vieles entsprechend der Beschlüsse des GOÄ-Sonderärztetages 2016 und des 119. Deutschen Ärztetags 2016 nochmals auf den Prüfstand gestellt. So steht die Bundesärztekammer nun vor dem Abschluss ihrer in einem ersten Schritt durchgeführten Anhörungen der ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften zu den Legendierungen und Abrechnungsbestimmungen im Gebührenverzeichnis der neuen GOÄ. Hieraus ergeben sich unter dem Aspekt der Fehlerbehebung und Ergänzung bisher nicht berücksichtigter Innovationen – auch wenn sehr vieles übernommen werden kann – einige Änderungsnotwendigkeiten.

Noch im November wird die Bundesärztekammer im Rahmen eines geplanten Verbändegesprächs die bisher erreichten Verhandlungsstände zur gemeinsamen Gesetzesinitiative zur GOÄ-Novellierung und zum Paragrafenteil der neuen GOÄ zur Diskussion stellen. Hierzu konnten bereits einige Forderungen der vorgenannten Ärztetage umgesetzt werden. Jedoch werden ärztlicherseits kritisch gesehene Regelungen wie die zur Steigerung und zur Rolle einer Gemeinsamen Kommission zur Pflege und Weiterentwicklung der GOÄ, kurz GeKo, sicherlich grundlegend hinterfragt werden. Hier wird es darum gehen, innerärztlich breit unterstützte Positionen zu entwickeln, die am Ende auch gegenüber der PKV, der Beihilfe und der Politik vermittelt werden können. In einem dritten Schritt wird über die Leistungsbewertungen zu verhandeln sein. Auch in diesem Bereich laufen auf Seiten der Bundesärztekammer die Arbeiten zur Neukalkulation der mit den ärztlichen Verbänden seitens der Legendierung und den Abrechnungsbestimmungen

abgestimmten Gebührenpositionen der neuen GOÄ bereits auf Hochtouren. Hierzu wird die Bundesärztekammer ebenfalls noch vor den mit der Kostenträgerseite zu führenden Verhandlungen die ärztlichen Verbände anhören und sich mit diesen abstimmen. Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg wird dann die Aufgabe haben, über den bis dahin erreichten Arbeitsstand und die möglichen Spielräume für einen Gesamtkompromiss mit der PKV und der Beihilfe zu befinden.

? *Würden Sie bitte nochmals kurz zusammenfassen, was die GOÄ grundsätzlich vom EBM unterscheidet?*

Rochell: Der EBM ist ein Verzeichnis derjenigen Gebührenordnungspositionen, die für die ambulante und belegärztlich-stationäre Versorgung von Versicherten der GKV im Kollektivvertrag durch Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten abgerechnet werden können.

Die GOÄ regelt die Entgelte für ärztliche Leistungen außerhalb der Versorgung im Rahmen der GKV. Insbesondere betrifft die GOÄ die Versorgung von Versicherten der PKV und der Beihilfe, aber auch sämtliche sogenannte Selbstzahler- und Verlangensleistungen. Letztere schließen überdies die medizinisch nicht notwendigen sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen 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. Im Unterschied zum EBM erfolgt die Versorgung und Abrechnung nach der GOÄ grundsätzlich auf Basis eines mit dem Patienten oder der zur Zahlung verpflichteten Person abzuschließenden individuellen Behandlungsvertrages.

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 für die vertragsärztliche Versorgung betreffen, die 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, wie der Name schon sagt, lediglich einen Bewertungsmaßstab dar, auf dessen Basis unter Berücksichtigung weiterer komplexer Mechanismen wie insbesondere der auf der Ebene der jeweiligen KV 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. Sogenannte Komplexierungen oder 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, welche sich nach den „WANZ-Kriterien“ (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig) gestalten. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber für den EBM insbesondere im Bereich der Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung Pauschalierungen vorgegeben.

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

Aus der Arbeit des LVPE RLP e.V.

Perspektive der Sozialpsychiatrie aus Sicht eines Nutzers

20 Jahre nach seiner Gründung ist der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (LVPE RLP e.V.) aktiver denn je – und erfolgreich in der Sache.

Der sechs Monate nach Inkraftsetzung des PsychKG in Rheinland-Pfalz 1996 gegründete Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz (LVPE RLP e.V.) ist eine politisch und fachlich anerkannte Interessenvertretung der psychiatrienerfahrenen Menschen in Rheinland-Pfalz. Sein Ziel ist, die unterschiedlichen Selbsthilfegruppen mit gesundheitspolitischem Anspruch unter einem Dach zu integrieren sowie ideell und organisatorisch zu unterstützen. Der LVPE RLP e.V. hat Stimme und Sitz in den wichtigsten (fachpolitischen) Gremien und Arbeitsgruppen auf Landesebene und strebt trotz psychiatriekritischer Grundhaltung den „Dialog“ mit den zwei weiteren beteiligten Interessengruppen – Psychiatrie-Fachkräfte, Angehörige psychisch erkrankter Menschen – an und sieht sich als kooperativer Förderer dieses Dialogs.

Aktuelle Aktivitäten

— Anlässlich des Jubiläums „20 Jahre PsychKG“ organisierte der LVPE RLP

e.V. im Dezember 2015 eine Festveranstaltung in der Staatskanzlei zu Mainz mit der Ministerpräsidentin Malu Dreyer und der Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Sabine Bätzing-Lichtenthäler. Die Dokumentation „20 Jahre Psychiatriereform – eine Zwischenbilanz“ dazu erschien im Juni 2016 bereits in zweiter Auflage und wurde an Multiplikatoren sowie Akteure der Gemeindepsychiatrie kostenlos verteilt. Mittlerweile werden alle unsere Print-Versionen im Priesterseminar und der Stadtbibliothek Trier, im Landeshauptarchiv Koblenz und im Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie gesammelt und können von jedermann ausgeliehen werden.

— Seit 20 Jahren geben wir auch ein Jahresjournal zu einem Schwerpunktthema heraus und veranstalten vielbeachtete Fachtagungen mit paritätischen Referenten aus der Selbsthilfe und von professioneller Seite. Im April 2016 fand die 21. Fachtagung mit dem The-

ma „Wenn Heime – dann mit Qualitätsstandards!“ unter der Schirmherrschaft von Roswitha Beck, Vorsitzende des Vereins zur Unterstützung gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e.V., statt.

— Im November 2015 wurde der Landesverband zur Anhörung im Sozialausschuss des Landtages zu Rheinland-Pfalz eingeladen. Die Selbsthilfe möchte nicht nur Alibifunktion in der Gesetzgebung zur Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes, sondern auch an der Erarbeitung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten des Maßregelvollzugs beteiligt sein. Bisher besteht keine Abstimmung zwischen den Maßregelvollzugseinrichtungen der Länder. Jede Verlegung in eine andere Einrichtung hat den Neubeginn der Therapie zur Folge.

— 2009 hat der LVPE RLP e.V. eine triadische Tagesstätten-Studie ange-regt, sie führte zu Empfehlungen für die Tagesstättenbetreiber und -besucher. Die Empfehlungen versuchen eine Antwort auf die veränderten Anforderungen und Herausforderungen zu geben. In Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Mainz und der Rheinischen-Fachklinik Alzey konnte erstmals in Deutschland eine von Pharmaherstellern unabhängige Studie durchgeführt werden.

— Seit Anfang 2016 arbeiten die ärztlichen Direktoren der drei ehemaligen Landeskrankenhäuser (Andernach, Alzey und Klingenstein), Pflege und Psychiatrie-Erfahrene an Aufklärungsbögen über Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von Neuroleptika und Antidepressiva sowie an Alternativen für den Fall, dass die Be-



Übergabe des Brückenpreises 2015 in Mainz, v.l.n.r.: Carsten Hoffmann, Dr. Richard Auernheimer, Hans-Winfried Krolla, Malu Dreyer, Erwin Feider und Franz-Josef Wagner.

© LVPE RLP e.V.

troffenen eher keine Psychopharmaka verabreicht bekommen wollen.

- Zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen System hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein dreijähriges Forschungsprojekt für 2016 ausgeschrieben. Für die Bewerbung waren Vorerfahrungen in der Kooperation mit regionalen Akteuren inklusive Selbsthilfeorganisationen von Vorteil. Vor diesem Hintergrund hat sich die Selbsthilfe mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV), Aktion Psychisch Kranke (APK) und der Charité für das Projekt beworben und – neben anderen – den Zuschlag bekommen. Dazu das BMG: „Die Stärken des Antrags liegen in der partizipativ und trialogisch akzentuierten Orientierung (...). Die Aussichten für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung der abschließenden Empfehlungen werden als sehr gut bewertet.“
- Wir haben auch das Tabuthema „Geschlossene Heimunterbringung“ öffentlich gemacht. Nach langem Bohren konnten wir dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD) in Mainz fünf Fragen zur geschlossenen Heimunterbringung vorlegen, die bundesweit Schlagzeilen machten. In Zukunft soll die geschlossene Heimunterbringung qualitativ und nicht nur wirtschaftlich hinterfragt werden.
- Zur Information und Kontaktaufnahme gibt es seit 2003 eine Homepage, die 2015 über 470.000 Klicks verzeichnete (www.lvpe-rlp.de). Neben Krankheitsbildern und Themen wie „Recovery“, „Persönliches Budget“ wurde auch das Thema „Genesungsbegleiter“ oft angeklickt und gelesen.

Ziele und Entwicklungsperspektiven der Sozialpsychiatrie

Bei den Zielen der Sozialpsychiatrie möchte ich hier nur die Partizipation der Psychiatrie-Erfahrenen in der Gemeindepsychiatrie, die Resilienzdiskussion und die Erarbeitung von Präventionsstrategien zu Recovery und Empowerment aufzählen.

Ein Ziel der Sozialpsychiatrie muss sein, vermehrt Menschen mit Erfahrung

psychischer Ausnahmezustände als Professionelle einzusetzen. Schon heute sind vereinzelt Psychiatrie-Erfahrene als Heiler auf Basis eigener Erfahrung in der Psychiatrie und Psychotherapie tätig. Leider bekommen diese Menschen nach der Grenzerfahrung keine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder ärztliche Approbation, müssen privat abrechnen oder eine Nische im Gesundheitssystem suchen.

Ganz neu ist die Resilienz- und Empowerment-Diskussion und Erarbeitung von Präventionsstrategien zum Erreichen von Recovery. Hier wünsche ich mir Psychiatrie-Erfahrene nicht nur als Subjekt, sondern auch als sozialversicherungspflichtige Teilhaber in der Diskussion und Erarbeitung von Resilienz- und Präventionsstrategien. So wie Rechtsanwälte Vermittler zwischen Gericht, Kläger und Beklagten sind, können Genesungsbegleiter Vermittler zwischen Psychiatern, Pflege und Psychiatrie-Erfahrenen sein. Mit dieser Vorgehensweise wäre ein Wandel von der biologistischen zur sozialraumorientierten Psychiatrie möglich.

Zwischen 2005 und 2007 wurde das Curriculum zur Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen im Rahmen des europäischen „Leonardo da Vinci Pilotprojekts“ entwickelt. Im Diskussionsprozess mit Verbänden der Psychiatrie-Erfahrenen, Ausbildungseinrichtungen und psychiatrischen Diensten erfolgte die Erarbeitung des Ausbildungsprogramms. In zwölf Modulen und zwei Praktika werden Psychiatrie-Erfahrene vom „Ich zum Wir-Wissen“ geschult. Auf dem ersten Arbeitsmarkt der Gemeindepsychiatrie und nicht in der „Werkstatt für behinderte Menschen“ (WfbM) können Genesungsbegleiter versicherungspflichtige Beschäftigung erhalten. In Rheinland-Pfalz sind Genesungshelfer nicht nur als Honorarkräfte, sondern auch als hauptamtlich Beschäftigte bereits in vier Sozialpsychiatrien eingesetzt.

Sehr große Bedeutung in der Erforschung von psychischen Ausnahmezuständen haben bisher biologische Lösungen statt sozialer Problemlösungen. Nach Aussage von Privatdozent Dr. Ingo Schäfer sind viele ICD 10 F-Diagnosen auf posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) zurückzuführen. So lange

psychische Probleme rein biologisch statt sozial erklärt und behandelt werden, kann Recovery nicht erreicht werden. Eine Abkehr von der biologistischen hin zur sozialen Sichtweise hat eine veränderte Behandlung von psychiatrischen Ausnahmezuständen zur Folge, und die aktuelle pharmakologische Bedeutung der S3-Richtlinien schwindet. Aus diesem Grund wünsche ich mir eine stärkere Beachtung der Resilienzforschung und Biografiearbeit.

Als Alternative zu den etablierten Behandlungskonzepten werden sozialpsychiatrische Behandlungsansätze wie beispielsweise „Soteria“, „Weddinger-Modell“ oder „Windhorse“ angeboten. Hier wird verstärkt auf soziale Lösungen der Ausnahmezustände gesetzt, statt auf biologische Lösungen. Vergleichende Studien von traditioneller biologistischer und alternativer Behandlung erfolgen bisher meist nur über einen sehr kurzen Zeitraum, nicht über Langzeitstudien, und auch nicht über das biologische, soziale und emotionale Zusammenspiel der Einflüsse. Auch erfolgt nur sehr selten die Einbeziehung der Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen in die Auswertung der Vergleichsstudien. Das Weddinger-Modell beweist im Vergleich mit den Kontrollkrankenhäusern nicht nur die ökonomische, sondern auch die soziale und humane Effizienz der anderen Lösung.

Fazit

Die Zukunft der Versorgung in der Sozialpsychiatrie muss nicht nur patientenzentrierter erfolgen – es muss auch ein Paradigmenwechsel von der biologistischen zur sozial ausgerichteten Psychiatrie sein. Und vielleicht wird auch – noch vor dem Sankt Nimmerleinstag – der Skandal um die Verleugnung der körperlichen Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika ein Thema für die Sozialpsychiatrie sein. □

AUTOR

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

Traumatisierung nach sexuellen Übergriffen

Betr.: Artikel Zeit online 30. Juni 2016, Sexuelle Übergriffe in den Zügen der Deutschen Bahn*

Sehr verehrter Herr Bundespräsident Gauck**,

München, 3. Juli 2016

der Zeit online-Redaktion bin ich sehr dankbar, dass am 30. Juni 2016 oben genannter Artikel erschienen ist. Ich habe noch nie gesehen, dass ein Artikel in derartiger Höhe aufgerufen wurde. Innerhalb von 24 Stunden haben 464.000 Menschen diesen für mich schockierenden Bericht gelesen. Besonders problematisch empfinde ich, dass ich im Netz erfahren musste, dass dieses massive Problem schon seit 2009 immer wieder thematisiert wurde ist und dass bis heute nichts Entscheidendes geschehen ist.

Laut einer Untersuchung der TU Berlin fühlten sich 48 % der Befragten schon von alkoholisierten Fahrgästen belästigt. Für mich ist nicht nachvollziehbar, warum die DB in den Bahnhöfen ein Rauchverbot durchgesetzt hat, obwohl sich 48 % der Fahrgäste wahrscheinlich durch Raucher gar nicht belästigt fühl-

ten. 2009 forderte der Vorsitzende der Polizeigewerkschaft ein Alkoholverbot in der DB. Vermutlich durch diese Anforderung führte die Bahngesellschaft Metronom 2009 ein solches Verbot in ihren Zügen ein. Einer Umfrage unter 5.000 Kunden zufolge haben das 4.200 begrüßt. Von mehreren Seiten habe ich erfahren, dass das Alkoholverbot im Metronom sehr erfolgreich ist, das sollte sich die DB zum Vorbild nehmen. Es ist nicht hinnehmbar, dass die DB sogar in den Zügen, in denen Fußballfans reisen, auch noch Alkohol ausschenkt.

Ebenfalls fordert der Fahrgastverband Pro Bahn seit Jahren ein Alkoholverbot in den Zügen der DB, während im ÖPNV Berlin, Hamburg, Köln, München, Nürnberg und Stuttgart bereits ein Alkoholverbot besteht. Immerhin im Bahnhof Nürnberg hat die DB am Wo-

chenende ein Alkoholverbot durchgesetzt.

Sowohl auf der Innenministerkonferenz im Herbst 2009 als auch auf der Sportministerkonferenz 2011 wurde das Thema „Alkoholverbot in Zügen der Deutschen Bahn“ diskutiert. Leider ohne Konsequenzen. So wurde Jana H. Opfer von Belästigungen und sexuellen Übergriffen in einem Zug der DB und dadurch traumatisiert. Dies haben viele Personen mit zu verantworten, die seit Jahren keine entscheidenden Schritte unternommen haben.

Das Thema „Übergriffiges Verhalten von alkoholisierten Fußballfans“ wird seit Jahren von den Verantwortlichen nicht ernst genommen. Mir kommt ein schrecklicher Gedanke: Vermutlich sind alle Verantwortlichen männlichen Geschlechts. Seit Jahren gäbe es eine Mög-

Nachgefragt bei Dr. Bernd Krüger, München

„Ich bin schockiert ...“

? Herr Dr. Krüger, wie lange engagieren Sie sich schon für ein Alkoholverbot bei der Deutschen Bahn und wie sind Ihre Erfahrungen?

Dr. Bernd Krüger: Ich bin schon immer für ein Alkoholverbot in öffentlichen Verkehrsmitteln, aber insbesondere seit dem 30. Juni 2016, seit ich den Bericht von Jana H. gelesen habe, in dem sie sehr authentisch von ihren unglaublichen Erfahrungen mit sexuellen Belästigungen alkoholisierten männlicher Fahrgäste berichtet, und seitdem ich gehäuft von Frauen erfahren habe, dass diese immer wieder von alkoholisierten Fahrgästen angepöbelt, sexuell belästigt und bedrängt werden. Ich bin schockiert, wie dieses brisante Thema seit Jah-

ren von den Verantwortlichen in der Politik, bei der DB und beim DFB bagatellisiert wird, obwohl ein Alkoholverbot in Zügen angebracht wäre und einiges bewirken könnte. Außer der Vereinigung der Deutschen Psychiater und „pro Bahn“ hat innerhalb von drei Monaten niemand auf mein Schreiben reagiert.

? Warum engagieren Sie sich gerade als Psychiater für eine solche gesellschaftlich relevante Fragestellung?

Krüger: Für mich ist das Geschehen in den Zügen der DB neben frauenverachtenden Missständen in unserer Gesellschaft ein deutlicher Hinweis auf bedrohliche Auswirkungen der männerdominierten sexistischen

Gesellschaft, wie es auch von Ministerin Manuela Schwesig kritisiert wird. Ich habe große Sorgen um die Frauen, die dieser männerdominierten sexistischen Gewalt ausgesetzt sind und darunter leiden müssen.

? Was möchten sie Ihren Fachkollegen in der Praxis mit auf den Weg geben?

Krüger: Die Fachkollegen sollten dafür kämpfen, dass die Rechte der Frauen möglichst umfassend in der Öffentlichkeit gewahrt werden. Dazu gehören auch gleiche Aufstiegschancen und gleiche Bezahlung. Auch sollte männerdominiertes sexistisches Verhalten von den Fachkollegen offen verurteilt werden. □

lichkeit, vergleichbar mit der Verfügung der DB in Nürnberg, diese massiven Missstände zu unterbinden. Die DB könnte ihr Hausrecht nutzen und in den Zügen, die Städte verlassen, in denen große Fußballspiele stattfanden, den Alkohol verbieten. In den Medien müsste dann dieses Alkoholverbot für die betreffenden Züge bekanntgegeben werden, damit sich die Fußballfans darauf einstellen können. Gleichzeitig könnten Sicherheitskräfte die Aufgänge zu den Bahnsteigen, von denen diese Züge abfahren, kontrollieren. Die Kosten für die Sicherheitskräfte hätten die Fußballvereine, der DFB und die DFL zu tragen, da sie milliardenstark sind.

Für mich ist es völlig unverständlich, dass der Bundesinnenminister, die Innenminister der Länder und die Verantwortlichen des DFB und der DFL es seit Jahren zulassen, dass Frauen in Zügen der DB traumatisiert werden. Für mich sind alle Genannten mitverantwortlich und ich fordere sie alle nachdrücklich

auf, endlich ihrer Verantwortung nachzukommen. Wie schon genannt, sind die Maßnahmen der Bahngesellschaft Metronom sehr erfolgreich.

Ebenfalls fordere ich mit Nachdruck alle Verantwortlichen auf, sich bei Jana H. stellvertretend für viele während der Fahrt mit der DB traumatisierte Frauen zu entschuldigen. Hätten die Verantwortlichen schon früher gehandelt, dann hätte das seelische Trauma von Jana H. und das vieler weiterer Frauen vermieden werden können. Ich möchte alle Angeschriebenen und die, die das Schreiben in Kopie erhalten, ausdrücklich bitten, den Brief möglichst weit zu verbreiten. Für mich ist es eine Schande, wie in Deutschland mit Frauen umgegangen wird. Alle müssten den dringenden Wunsch haben, dieses schnellstmöglich zu ändern.

Mit freundlichem Gruß

Bernd Krüger

BUCHTIPP

Mehr Mut zu sozialer Verantwortung

Wolfram-Arnim Candidus ist Vorsitzender der „Bürgerinitiative Gesundheit“ und der berufspolitischen ärztlichen Szene als engagierter und streitbarer Patientenvertreter bekannt. Der 1940 geborene Groß- und Außenhandelskaufmann und examinierte Krankenpfleger hat sich in seinem ersten Buch mit dem Titel „Saboteure unserer Gesellschaft“ vieles von der Seele geschrieben. Ganz bewusst macht er seine eigenen Lebenserfahrungen zur Grundlage seiner Erkenntnisse, die „alle Bürger zum Nachdenken bringen und gleichzeitig motivieren (sollen), nicht nur an sich, sondern auch an die Gegenwart und Zukunft unseres Gemeinwesens zu denken und dementsprechend mutig zu handeln. Dies erfordert den Abbau der individuellen Gleichgültigkeit des einzelnen Bürgers und eine Reduzierung des egoistischen individuellen Verhaltens.“

Sein Buch ist nicht in Kapitel, sondern in Lebensabschnitte seiner Biografie un-

terteilt. Man erfährt viel über seine Herkunftsfamilie, für ihn wichtige Personen, die unmittelbaren Lebensumstände und das, was ihn antrieb und antreibt. Seine persönliche Biografie wird im Text immer wieder farblich abgesetzt, begleitet von historischen Ereignissen im zeitlichen Zusammenhang.

Candidus, der keinerlei akademischen Abschluss und sich alle Erkenntnisse durch praktische Tätigkeit erworben hat, beschreibt trotzdem keinesfalls naiv, wie er unter anderem die Aushöhlung der Demokratie, die manipulative Rolle der Medien, den Abbau der Sozialleistungen, Überregulation und eine schleichende Zunahme von Verantwortungslosigkeit in der Gesellschaft sieht. Eine Patentlösung bietet er letztlich nicht, das ist auch nicht sein Anliegen. Er will berühren, informieren, aufrütteln. Er bewertet bestimmte europäische Entwicklungen nicht entsprechend der Mehrheitsmeinungen. Letztlich will er „den Bürger“ aus der Komfortzone holen und

AUTOR

Dr. med. Bernd Krüger

Arzt für Neurologie und Psychiatrie

Fauststr. 72, 81827 München

E-Mail: bernd1850@gmail.com

* <http://www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2016-06/sexueller-uebergriff-deutsche-bahn-polizei>

** Der Brief war gleichzeitig adressiert an: Bundesministerin Manuela Schwesig, Ministerpräsidentin Hannelore Kraft, Alice Schwarzer, Redaktion EMMA, Bundesinnenminister Dr. Thomas de Maiziere, Vorsitzender der Innenministerkonferenz Minister Klaus Bouillon, Bayerischer Staatsminister Joachim Hermann, Bundesjustizminister Heiko Maas, Vorstandsvorsitzender Deutsche Bahn AG Dr. Rüdiger Grube, Präsident des Deutschen Fußballbundes Reinhard Grindel, Präsident der Deutschen Fußballliga Reinhard Rauball. Nachrichtlich war er u.a. gerichtet an die Redaktionen von Spiegel online, Stern, Süddeutsche Zeitung, Report Mainz, Report München, Frontal 21, Fakt, Kontraste, Monitor, die Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Terre des Femmes, Deutscher Frauenrat.



Wolfram-Arnim Candidus

Saboteure unserer Gesellschaft – Ein Wutbürger und Mutbürger meldet sich zu Wort

Gerhard-Hess-Verlag, Bad Schussenried, 2016, 16,80 €, ISBN 978-3-87336-572-8

zu mehr Mut zur sozialen Verantwortung auffordern.

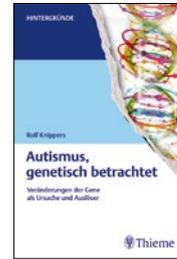
Aus meiner Sicht gelingt ihm das mit seinem Buchkonzept, das seinen für die Nachkriegsjahre relativ typischen Lebensverlauf und seine Persönlichkeitsentwicklung nachzeichnet und dabei größere Zusammenhänge reflektiert. Und das in einem sachlichen, flüssigen und auch unterhaltsamen Schreibstil. Man mag nicht immer seiner Meinung sein, aber Candidus bringt den Leser nachhaltig zum Nachdenken. Letztlich schafft er es, mit seiner radikalen Subjektivität den Leser zur Objektivität einzuladen. □

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Autismus aus genetischer Sicht

Autismus ist genetisch bedingt. Die heutige molekulare Humangenetik bestätigt diese frühen Schlussfolgerungen aus den 1970er-Jahren. Genetik-Experte Professor Rolf Knippers wirft in seinem Buch einen umfassenden Blick auf die Forschungsgeschichte zur molekularen Genetik des Autismus, der 1943 erstmals als kindliche Verhaltensstörung beschrieben wurde. 2003 gab es erste Antworten auf die Frage, welche Gene verändert sind. „Es stellte sich heraus, dass viele Gene beteiligt sind und die Genetik des Autismus alles andere

als einfach, sondern im Gegenteil sehr komplex ist“, erklärt Knippers. „Heute geht man davon aus, dass es Hunderte von Risikogenen gibt, die an mehreren Stellen bei der Entwicklung der neuronalen Netzwerke im Gehirn wirksam sind.“ Laut Knippers wird es zukünftig darum gehen, die Funktion einzelner Gene im Detail zu klären und mit diesem Wissen die neuronalen Schaltkreise und Netzwerke zu identifizieren, die bei Autismus verändert und beschädigt sind. „Dieses Wissen wird die psychologische und psychiatrische Praxis berei-



Rolf Knippers
Autismus, genetisch betrachtet. Veränderungen der Gene als Ursache und Auslöser

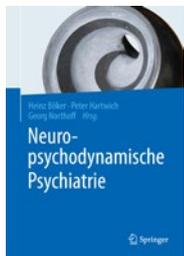
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2016,

Buch 19,99 €, ISBN

9783132208018, ePub ISBN 978313220821

chern, und zwar durch verbesserte diagnostische Möglichkeiten und vielleicht auch durch plausible Forschungsprogramme zur Entwicklung neuer Medikamente führen“, so Knippers. □

Neurowissenschaft im Kontext



Heinz Böker, Peter Hartwich, Georg Northoff (Hrsg.)

Neuropsychodynamische Psychiatrie

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016, eBook 46,99 €,

ISBN 978-3-662-47765-6, Hardcover 59,99 €, ISBN 978-3-662-47764-9

Ist die Psyche nichts mehr als die neuronalen Prozesse im Gehirn? Müssen zentrale mentale Begriffe wie Selbst, Bewusstsein, Unbewusstsein durch neuronale Mechanismen erklärt werden und die Psychiatrie durch die Neurowissenschaften ersetzt werden?

Dieses Buch ist eine kritische Auseinandersetzung neurowissenschaftlicher Erkenntnisse im Kontext mit Psychiatrie und Psychotherapie. Es zeigt auf, dass mentale Prozesse und psychische Symptome bei psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression, und weitere weder reine geistige noch nur neuronale Prozesse sind. Gehirn ist immer auch schon Umwelt. Und es ist die Interaktion der Umwelt-Gehirn-Beziehung, in der psychische Phänomene inklusive ihrer Abnormitäten ihren neuropsychodynamischen Ursprung haben. □

Emotionale Intelligenz und bipolare Störung



Irén Lehner-Adam

Emotionale Intelligenz und soziales Funktionsniveau bei bipolaren Störungen

Reihe BestMedDiss, Springer Fachmedien

Wiesbaden 2016, 66 S., 16 Abb., eBook 26,99 €, ISBN 978-3-658-12775-6, Softcover 34,99 €, ISBN 978-3-658-12774-9

Irén Lehner-Adam ermittelt in einer empirischen Studie, ob und wie „Emotionale Intelligenz“ bei bipolaren Patienten mit Erkrankungsmerkmalen zusammenhängt. Die Ausprägung von emotionaler Intelligenz bei manisch depressiven Patienten wurde mit der von gesunden Kontrollpersonen verglichen. Die Studie untersuchte auch, ob der momentane affektive Zustand die emotionale Intelligenz und das soziale Funktionsniveau beeinflusst. Patienten mit einer bipolaren Störung sind durch den Verlust an qualitativen sozialen Beziehungen und auch durch die mangelnde Fähigkeit zur Emotionsverarbeitung beeinträchtigt. Deshalb kommt es zu Diskriminierung etwa am Arbeitsplatz und im Gesundheitssystem oder bei der Suche nach geeigneten Wohnmöglichkeiten. □

Menschen mit Demenz kreativ aktivieren



Ingrid Kollak, Hrsg.

Menschen mit Demenz durch Kunst und Kreativität aktivieren

Springer-Verlag Berlin, Heidelberg 2016, Softcover 24,99 €,

ISBN 978-3-662-48824-9, Onlineausgabe 978-3-662-48825-6

Dieses Buch gibt Mitarbeitern der Pflege oder Betreuungspersonen kreative und künstlerische Angebote für Menschen mit Demenz an die Hand und bietet konkrete Anleitung für die praktische Umsetzung. Es zeigt, wie man Betroffenen trotz ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungen auf einfühlsame Weise einen Zugang zu ihrer Umgebung ermöglichen kann. Es liefert einen umfassenden Überblick über die vorhandenen Methoden im Umgang mit Menschen mit Demenz aus den Bereichen Bildende Kunst, Theater, Film, Musik, Tanz, Schreiben, Märchen und Yoga. Praktische Hinweise erleichtern die Organisation von Materialien und das konkrete Vorgehen. Beobachtungen und Erfahrungsberichte aus der Arbeit mit Betroffenen runden das Buch ab. □

DGPPN-Nachwuchsinitiative

Gesucht: Generation PSY

© DGPPN Generation PSY



„Generation PSY“, die neue DGPPN-Nachwuchsinitiative, will junge Menschen für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie begeistern und bietet Nachwuchspsychiatern ein attraktives Aus-, Fort- und Weiterbildungspaket.

Das Fachgebiet Psychiatrie braucht dringend Nachwuchskräfte, damit es in Zukunft zu keinen schwerwiegenden Lücken in der Versorgung kommt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik

und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) stellt mit ihrer Nachwuchsinitiative wichtige Weichen für die Zukunft. Sie beinhaltet spezielle Angebote und Projekte, die auf die unterschiedlichen Abschnitte der Ausbildung zum Psychiater

oder Psychotherapeuten abgestimmt sind. Was bisher unter dem Namen „Junge Akademie“ lief, ist und bleibt ein Erfolgsrezept: Ein motiviertes Team aus Medizinstudenten, Weiterbildungsassistenten und Fachärzten bringt sich aktiv in die Nachwuchsarbeit der Fachgesellschaft ein und verbindet so die Generationen miteinander. Der intensive Austausch bildet das Fundament der neuen Initiative. „Generation PSY“ ist also ein Angebot vom Nachwuchs für den Nachwuchs. Es richtet sich speziell an Medizinstudenten und Assistenzärzte, aber auch bereits an interessierte Schüler.

Mit generation-psy.de hat die DGPPN eine zielgruppengerechte Internetplattform (www.generation-psy.de) entwickelt, die Antworten auf alle Fragen rund um den Beruf gibt. Generation PSY bietet nicht nur Informationen und digitale Vernetzung, sondern auch Wissenstransfer und Kontakte. Zu den konkreten Angeboten gehört vor allem ein besonderes Servicepaket, bestehend aus

- Summer School
- Mentoring-Programm

Weitersagen: Starterpaket für Studenten

Die DGPPN ist mit über 8.900 Mitgliedern Deutschlands größte Fachgesellschaft auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen.

Das Starterpaket bietet Medizinstudenten die Möglichkeit, in das Fach Psychiatrie reinzuschneppern. Auch wer noch kein approbierter Psychiater ist, kann von vielen DGPPN-Angeboten profitieren – als „Starter“ bei der DGPPN erlebt man das Fach so früh und so nah wie möglich:

- Kostenloser Eintritt zum DGPPN-Kongress – garantiertes Kongressstipendium im ersten Jahr der Mitgliedschaft
- Kostenlose Mitgliederinformationen
- Kostenloser Online-Zugang zur Fachzeitschrift „Der Nervenarzt“
- Kostenloses Abo des Magazins „Psyche im Fokus“
- Auf Wunsch Mitarbeit bei der Generation PSY

So erhält man das Starterpaket:

1. Auf der Seite www.dgppn.de auf Generation PSY gehen (oder direkt auf www.generation-psy.de/traumstart-fuer-studenten), Online-Antrag herunterladen, ausfüllen und per Fax oder E-Mail zurücksenden.
2. Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung spätestens vier Wochen nach Beginn des Semesters an Generation PSY schicken.
3. Fertig!

Tab. 1: Das DGPPN-Kongressprogramm der Generation PSY

Mittwoch, 23. November 2016			
9.00 – 10.00 Uhr	Raum M1	Besondere Veranstaltung B01-GPSY	Einführung in den Kongress: Studierende treffen Psychiater
12:15 – 13.15 Uhr	Saal A1	Meet the Expert 01-GPSY	Krankheitsbegriff – wo verläuft die Grenze zwischen gesund und psychisch krank?
13.30 – 15.00 Uhr	Raum M1	Diskussionsforum 02-GPSY	Karrierewege in der Psychiatrie – Psychiater erzählen
15.30 – 17.00 Uhr	Raum M2	Meet the Expert 02-WPA	Integrating research into residency – a privilege of a few?
17.15 – 18.15 Uhr	Raum M1	Besondere Veranstaltung B-04-GPSY	Speed-Dating mit (Kongress-)Mentoring: Die Generation PSY stellt sich vor – der Nachwuchs fragt und die Generation PSY antwortet
Donnerstag, 24. November 2016			
9.00 – 10.00 Uhr	Saal A4	Lecture 04-GPSY	Narzissmus
10.15 – 11.45 Uhr	New York 1	Symposium 061-GPSY	Fallsymposium Forensik
12.00 – 13.00 Uhr	Raum M1	Meet the Expert 03-GPSY	Schlaf
12.30 – 13.30 Uhr	Halle B		Klinik- und Praxisbörse
13.30 – 15.00 Uhr	New York 2	Symposium 074-GPSY	Im Dschungel der Psychotherapiemethoden
15.30 – 17.00 Uhr	New York 2	Symposium 088-GPSY	Suchtbehandlung in Deutschland – Facetten, Herausforderungen und Zukunftsperspektiven
17.15 – 18.45 Uhr	Raum M1	Symposium 098-GPSY	Einblick in typische Krankheitsbilder
Freitag, 25. November 2016			
8.30 – 12.30 Uhr	Raum R8	Workshop 127	Crash-Kurs zur Vorbereitung der Rotation in der Neurologie (kostenpflichtig)
9.00 – 10.00 Uhr	Saal A3	Lecture 07-GPSY	Wann macht Sexualität krank?
10.15 – 11.45 Uhr	New York 1	Symposium 122-GPSY	Wie viel Somatik braucht die Psychiatrie?
12.00 – 13.00 Uhr	Raum M1	Meet the Expert 04-GPSY	Suizidalität
13.30 – 15.00 Uhr	Paris 1	Symposium 139-GPSY	Ethik in der Psychiatrie?! Einführung in die ethische Falldiskussion und neue klinische Fälle
15.30 – 17.00 Uhr	New York 2	Symposium 158-GPSY	Frischer Facharzt – was nun? Optionen zur Niederlassung und der klinischen Laufbahn
15.30 – 19.30 Uhr	Raum R3	Workshop 134	Das psychiatrische Gutachten: praxisnahe Einführung in die Begutachtung von Patienten mit psychischen Störungen (kostenpflichtig)
17.15 – 18.45 Uhr	New York 2	Symposium 171-GPSY	Fälle zum Knobeln: Kasuistik aus dem Spektrum psychischer Erkrankungen
Samstag, 26. November 2016			
8.30 – 12.30 Uhr	Raum R7	Workshop 143	Forschungs- und Projektförderung in der Psychiatrie und Psychotherapie (kostenpflichtig)
9.00 – 10.00 Uhr	Saal A4	Lecture 09-GPSY	Essstörungen – Krankheiten des 20. Jahrhunderts
10.15 – 11.45 Uhr	Raum M2	Symposium 190-GPSY	Dos and dont's – was entscheidet über Erfolg in der Wissenschaft?
12.00 – 13.00 Uhr	Saal A4	Meet the Expert 05-GPSY	Schmerz
13.30 – 17.30 Uhr	Raum R3	Workshop 151	Mein erster Dienst: psychiatrische Notfälle für Berufsanfänger (kostenpflichtig)

- Famulaturbörse
- Kongressstipendien
- Intensivkurs für die Facharztprüfung

Kongressprogramm speziell für den Nachwuchs

Wissensaufbau und -austausch zwischen den Generationen und Berufsgruppen wird bei der DGPPN großgeschrieben. Aus diesem Grund organi-

siert die Fachgesellschaft zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen und den jährlichen Kongress – den größten in Europa auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen. Die Generation PSY gestaltet auch hier das Programm mit: In 2016 sind über 20 Workshops, Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures und Diskussionsforen speziell für Nachwuchskräfte konzipiert: Erfahrene Ex-

perten berichten aus ihrem Arbeitsfeld, schildern konkrete Fälle und zeigen Karrierewege auf. Die meisten Formate sind interaktiv gestaltet. Für Kongressneulinge gibt es am ersten Tag eine Einführung (siehe **Tab. 1**).

Alle Informationen zu den Angeboten und News sind zu finden auf: www.generation-psy.de und unter www.facebook.com/generationpsy. □

Psychiater im Netz

Dauerhaft erfolgreich

Das Patienteninformationsportal der psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbände und Fachgesellschaften feiert sein zwölfjähriges Jubiläum.

Im Jahr 2004 startete auf Initiative von Dr. Christa Roth-Sackenheim (BVDP), Dr. Christa Schaff (BKJPP), Dr. Uwe Meier (BDN) und Dr. Frank Bergmann (BVDN) der Internetdienst „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPIN): **www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org**. Die Idee war es, ein Informationsportal für Interessierte, Patienten und Angehörige im Web zu veröffentlichen, das fundierte Informationen zu psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie neurologischen Erkrankungsbildern anbietet. Neben aktuellen Nachrichten und Hintergrundinformationen zu Krankheiten und Störungsbildern können die Website-Besucher auch psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische sowie neurologische Praxen und Kliniken in Wohnortnähe finden. Betrieben wird das Portal inzwischen von mehreren Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie und Nervenheilkunde aus Deutschland und der Schweiz (BVDP, BKJPP, DGGPP, DGPPN, BDN, BVDN, SGPP, SGKJPP).

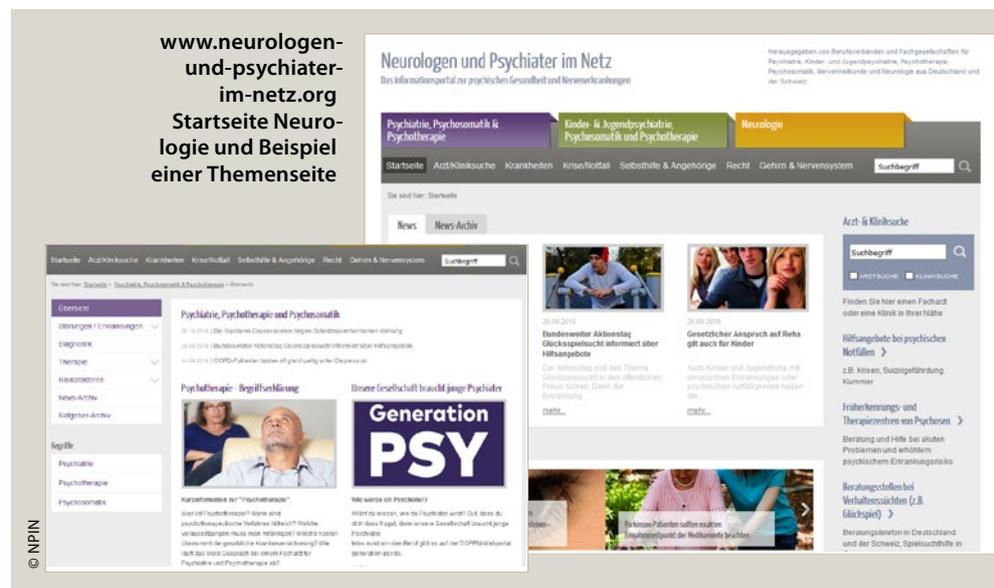
Die Bilanz nach zwölf Jahren ist beeindruckend: Jeden Monat nutzen inzwischen mehr als 450.000 Besucher das Portal, um sich über Erkrankungen und Störungen, aber auch über Praxisangebote und Kliniken zu informieren – Tendenz stark steigend. Damit ist die gemeinsame Patienten-Website das reichweitenstärkste psychiatrisch-neurologische Internetangebot im deutschsprachigen Raum. Mittlerweile hat das Portal mehrere tausend Unterseiten und ist zur Referenzseite für viele andere Medien geworden, die über psychiatrische und neurologische Themen berichten. So greifen die Deutsche Presseagentur

(dpa), sehr viele Tageszeitungen und Journale Veröffentlichungen von NPIN auf. NPIN trägt auch dazu bei, ein angemessenes Bild von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen in den Medien zu schaffen. Die von der NPIN-Redaktion erstellten und von Experten der Berufsverbände und Fachgesellschaften freigegebenen Ratgeberartikel zu psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie neurologischen Themen führten 2015 im Rahmen unserer langjährigen Kooperation mit der dpa zu 41 Agenturmeldungen mit einer Reichweite von über 51 Millionen Lesern.

Stellen Sie Ihre Praxis oder Klinik vor!

NPIN ist die ideale Plattform für psychiatrisch tätige Ärzte und Kliniken, um sich mit einer Homepage vorzustellen und Patienten über ihre Versorgungsangebote zu informieren. Sie enthält bei-

spielsweise Angaben zum Leistungsspektrum, den Behandlungsschwerpunkten, Praxiszeiten und vieles mehr. Wer bereits über einen eigenen Internetauftritt verfügt, kann diesen mit der Übersichtsseite in der Arzt- oder Kliniksuche verlinken lassen – auch um die Auffindbarkeit durch Suchmaschinen zu verbessern. Niedergelassene Psychiater können nach der Registrierung überdies eine PraxisApp zur direkten Kommunikation mit den Patienten freischalten lassen. Anlässlich des Jubiläums entfällt bei Anmeldung bis zum 31. Dezember 2016 für noch nicht registrierte Praxen und Kliniken die Erstellungsgebühr für die Website. Das entsprechende Anmeldeformular und Kontaktdaten finden Sie auf der nächsten Seite. Nutzen Sie die Chance, um Patienten Ihre Praxis oder Klinik auf dem großen psychiatrisch-neurologischen Informationsportal in Deutschland zu präsentieren. □



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

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

**Sonderaktion bis
31.12.2016**

**Kostenfreie Erstellung
Ihrer Praxis-Homepage!**

Titel, Name, Vorname

weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon

Fax

E-Mail für Korrespondenz

E-Mail für Ihre Praxis-Homepage

Internetadresse (falls vorhanden)

Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung

Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister, Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind

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

Sprechstunden

Besonderheiten/Schwerpunkte/ Fremdsprachen

Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791

Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks-Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks-Ärzte im Netz GmbH 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.

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agnb). 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

Schicken Sie uns Ihre Anmeldung per Fax oder Post:



per Fax an:
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**

Wir erstellen mit den von Ihnen angegebenen Daten die Homepage. Weitere Informationen erhalten Sie per Post oder Mail von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z. B. Fotos, Praxis-Logo) auf Datenträgern oder per E-Mail zuschicken. Bis zu 10 Bilder und 5 Unterseiten erstellen wir kostenlos für Sie. Selbstverständlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.

Effektive, zeitökonomische und valide ADHS-Diagnostik mit IDA-R

Die Diagnostik einer adulten ADHS wird im Praxisalltag häufig durch maskierende Faktoren wie etwa Komorbiditäten erschwert. Da bislang keine neurobiologischen, bildgebenden oder neuropsychologischen Tests ausreichender Sensitivität und Spezifität zur Verfügung stehen, bleibt ADHS letztendlich eine klinische Diagnose, die auf dem Nachweis typischer psychopathologischer Merkmale basiert, die sich bis in das Kindesalter zurückverfolgen lassen. Zugrunde gelegt werden die Kriterien der beiden diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 und der aktuelle DSM-Standard beziehungsweise die speziell für Erwachsene entwickelten Wender-Utah-Kriterien. Im Testsystem „Integrierte Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter“ (IDA-R) [Retz, W et al. Fortschr Neurol Psychiatr 2013; 81 (7): 381–9] wurden alle relevanten Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zu-

sammengefasst, um eine zeitlich ökonomische und zuverlässige Diagnosestellung auf Basis des aktuellen DSM-Standards zu ermöglichen. Das Set besteht aus dem ADHS-Screener der WHO zur Erhebung der initialen Verdachtsdiagnose ADHS, einer validierten Kurzform der Wender-Utah-Rating-Skala (WURS-K) zur retrospektiven Erfassung von ADHS-Symptomen im Kindesalter sowie einem diagnostischen Interview auf Basis der neuesten DSM-Kriterien zur Beurteilung der aktuellen Symptomatik. Das Diagnoseinstrument ist als Print- und Onlineversion verfügbar und kann unter www.ida-anfordern.de bezogen werden. Ein Schulungsvideo dazu erläutert die wichtigsten Schritte. **red**

Nach Informationen von Medice

Schizophrenie: Stabilität im Alltag fördern

Wesentlich für den dauerhaften Behandlungserfolg bei Schizophrenie sei es, Rückfälle zu verhindern, so Professor Christoph U. Correll, New York. Bis zu 87 % aller Patienten mit einer ersten akuten Schizophrenie-episode sprechen auf Antipsychotika an. Jedoch nehmen viele Patienten schon bald nach der Entlassung aus der Klinik ihre Medikamente nur unregelmäßig ein oder setzen diese ganz ab. Dabei zeigte eine Metaanalyse, dass nach einem Jahr nur 3 % der Patienten, die weiter Antipsychotika nahmen, ein Rezidiv erlitten, gegenüber 77 % der Patienten, die die Therapie abgebrochen hatten. Jedes Rezidiv führe zu einer Krankheitsprogression mit Verschlechterung der Funktionalität und zu schlechterem Ansprechen auf die nächste Therapie oder sogar zur Behandlungsresistenz. Hier ist der Einsatz lang wirksamer Antipsychotika wie Paliperidonpalmitat indiziert, da sie die Therapiekontinuität fördern können, erklärte Correll. Sie können das Risiko für einen Therapieabbruch oder eine erneute Hospitalisierung im Vergleich zu oralen Präparaten signifikant senken, so Correll.

Nun steht mit Trevicta® erstmals ein langwirksames, intramuskuläres, atypisches Antipsychotikum mit einem dreimonatigen Applikationsintervall zur Verfügung. Bei Trevicta® handelt es sich um eine neue Formulierung des Wirkstoffs Paliperidonpalmitat, der auch als 1-Monatsformulierung (Xeplion®) eingesetzt wird. Durch eine längere Halbwertszeit kann ein mit Xeplion® vergleichbarer Paliperidon-Wirkstoffspiegel über ein dreimonatiges Zeitintervall aufrechterhalten werden, sodass nur noch vier Applikationen pro Jahr notwendig sind. Ein lang wirksames Antipsychotikum wie Trevicta®, das nur viermal pro Jahr angewendet werden muss, bietet Vorteile: Der Arzt hat mehr Zeit für den Patienten sowie begleitende Maßnahmen wie etwa eine individuelle, kognitive Verhaltenstherapie – der Patient kann die notwendige Stabilität aufbauen, um am Erreichen seiner persönlichen Ziele zu arbeiten. **red**

Fortbildungsveranstaltung: „Schizophrenie von vielen Seiten beleuchtet: Patienten mit Psychose Chancen geben“, Wiesbaden, 9.7.2016; Veranstalter: Janssen-Cilag

Internationaler Expertenkonsens: Agitation in der Psychiatrie

Agitation und Aggression zählen mit einer Prävalenz von über 10 % zu den häufigsten Notfallsituationen in der Psychiatrie. Trotz der großen Auswirkung im persönlichen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich gibt es bislang keine einheitlichen Leitlinien zu ihrer Erfassung und Behandlung. Nun haben sich 24 internationale Experten aus 13 Ländern auf 22 gemeinsame Empfehlungen zu Assessment und Management von Agitation in der Psychiatrie geeinigt [Garriga M et al. World J Biol Psychiatry 2016; 17: 86–128]. Vorgestellt und erstmalig triologisch diskutiert wurde dieser Konsensus im Rahmen der 16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) in Chemnitz unter dem Vorsitz der Professoren Martin Schäfer, Essen, und Georg Juckel, Bochum. Agitation ist der häufigste Grund für Notfallbehandlungen bipolarer Patienten. Eine unsachgemäße Bewertung der Akutsituation und ein entsprechendes Notfallmanagement können im schlimmsten Fall zu unnötigen Zwangsmaßnahmen oder zur Sedierung führen. Die Einordnung der Situation in den klinischen und rechtlichen Kontext ist hierbei nicht immer einfach. „Häufig sieht der Patient die Situation anders als Ärzte und Pfleger“, so Schäfer. Eine Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten hat deshalb eine hohe Relevanz. Bezüglich einer pharmakologischen Behandlung sollte die „ideale“ Medikation beruhigen, ohne übermäßig zu sedieren. Im Allgemeinen sollten orale oder inhalative Darreichungsformen statt intramuskulärer Lösungen bevorzugt eingesetzt werden. Intravenöse Behandlungen sollten vermieden werden. Bei der Auswahl der Darreichungsform für die Behandlung schwerer Agitation sind schneller Wirkeintritt und zuverlässige Wirkform wichtig. „Eine inhalative Darreichungsform bietet hier eine sehr elegante Lösung, da es sich in diesem Fall nicht um eine Zwangsmedikation handelt“, so Privatdozent Dr. Thomas Messer, Pfaffenhofen. In einer innovativen inhalativen Applikationsform ist zum Beispiel seit 2013 das Antipsychotikum Loxapin (Adasuve®) zur Behandlung von leicht bis mittelschwer agitierten Patienten mit bipolaren Störungen oder Schizophrenie auf dem deutschen Markt. Wie Studien zeigen, tritt die beruhigende, aber nicht übersedierende Wirkung bereits 10 Minuten nach Inhalation ein.

Nach Informationen von Trommsdorff

Opiatgestützte Substitutionstherapie

➔ Wie trotz aller Hürden und des hohen administrativen Aufwands eine erfolgreiche opiatgestützte Substitutionstherapie im Praxisalltag umgesetzt und der Zugang zu dieser Therapieform für Schwerstabhängige in Deutschland verbessert werden kann, diskutierten erfahrene Suchtmediziner, substituierende Ärzte und Apotheker. Neben einer strukturierten, individuell angepassten Behandlungsstrategie mit einem frühzeitigen und dauerhaften Einsatz hochwertiger Substitute, stellt auch die umfassende psychosoziale Rehabilitation den Schlüssel zum Erfolg dar. In der Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen sollte auch der gesundheitliche Status (einschließlich psychiatrischer Komorbiditäten), die Wohnsituation, das familiäre und soziale Umfeld, die Freizeitgestaltung und

der Schulabschluss berücksichtigt werden. Abstinenz sei in dieser Altersgruppe das oberste Ziel, so dass auf jeden Fall eine Entwöhnungstherapie angestrebt werden sollte, riet Dr. Elisabeth Wiesner von Jagwitz, Frankfurt.

Ein anderes Vorgehen ist bei den 25- bis 45-Jährigen erforderlich. Diese Patienten sind möglicherweise schon mit Methadon behandelt worden, rückfällig geworden und wieder substituiert worden. Neben der Wohnsituation müssen finanzielle, berufliche und rechtliche Aspekte (Delikte, Gefängnisaufenthalte, Bewährungsaufgaben etc.) sowie der allgemeine Gesundheitszustand überprüft werden. Gegebenenfalls sollten Partner oder Familienmitglieder in die Therapie eingebunden werden. Nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenver-

sicherung und der Bundesärztekammer ist Abstinenz auch in dieser Altersgruppe das primäre Therapieziel. „Dass ein Patient im mittleren Lebensalter tatsächlich noch abstinent wird, ist aber eher Wunsch als Realität“, gab Wiesner von Jagwitz zu bedenken. Ein sinnvollerer Therapieziel sei eine stabile Substitution ohne Beikonsum sowie eine berufliche und soziale Integration. Noch schwieriger ist die Situation 50- bis 70-jähriger Opiatabhängiger. „Die Chance, dass diese Patienten noch abstinent werden, ist extrem gering“, so die Expertin. Daher sei auch in dieser Altersgruppe eine stabile Substitution ohne Beikonsum das primäre Therapieziel. **red**

Fortbildung „Aktuelles aus der Suchtmedizin“, Barleben, 15. – 16.4.2016; Veranstalter: Hexal

Depression – für Betroffene zählt die Wiedererlangung positiver Affekte

➔ Viele Patienten mit Depression leiden zusätzlich zu den typischen Kernsymptomen unter einer ausgeprägten Freudlosigkeit, Interessenverlust und Motivationsmangel, was wiederum mit Defiziten in der funktionellen Alltagskompetenz assoziiert sein kann, berichtete Professor Koen Demyttenaere, Universitätsklinik Gasthuisberg, Leuven/Belgien. Befragungen haben ergeben, dass für die Patienten neben einer raschen Stimmungsaufhellung vor allem die Normalisierung ihrer emotionalen und funktionellen Alltagskompetenz wichtig ist, um ihren Aufgaben im Beruf und in der Familie wieder nachkommen zu können. Agomelatin (Valdoxan®) stelle eine rationale Therapieoption dar, um diese Therapieziele zu erreichen, so Professor Siegfried Kasper, Universitätsklinik Wien. Infolge der synergistischen MT1/MT2-agonistischen und 5-HT2c-antagonistischen Wirkungen stimuliere die Substanz die Freisetzung von Dopamin und Noradrenalin im präfrontalen Kortex, was mit einer aktivierenden Wirkung auf Interesse und die Fähigkeit, Freude zu empfinden, assoziiert werde. Metaanalytische Daten belegen eine ausgeprägte und mit herkömmlichen Antidepressiva mindestens vergleichbare antidepressive Wirksam-

keit von Agomelatin. In einer aktuellen placebokontrollierten Studie führte Agomelatin in verschiedenen Dosierung zu einer signifikanten Verbesserung der Funktionsfähigkeit in den Bereichen Arbeit, Sozialleben und Familie, erfasst mit der Sheehan Disability Skala (SDS) (Abb. 1 DNP 11). Gleichzeitig sank die Zahl der verlorenen und der unproduktiven Tage [Kennedy S et al. Eur Neuropsychopharmacol 2016; 26:

378–89]. Über die Hälfte der Patienten erreichten mit Agomelatin eine funktionelle Remission. Die gute Wirksamkeit auf patientenrelevante Aspekte der Depression spiegelt sich nach den klinischen Erfahrungen von Kasper auch in einer hohen Adhärenz wider. **Abdol A. Ameri**

Symposium „From clinical to functional remission in depression: How big is the gap?“, ECNP-Kongress, Wien, 18. 9. 2016; Veranstalter: Servier

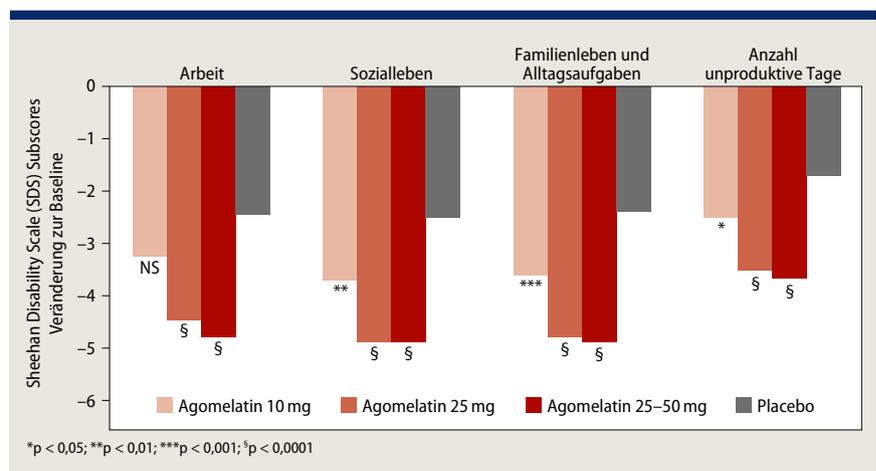


Abb. 1: Effekte von Agomelatin auf das Funktionsniveau über sechs Monate.

Upgrade für eine Unterirdische

➔ Die Wurzeln der Rosenwurz (*Rhodiola rosea*) werden traditionell zur Besserung von Müdigkeit und Erschöpfungszuständen eingesetzt. Dieses Wissen beruht aber nicht nur auf Erfahrungswerten, sondern wird durch aktuelle Studien untermauert, wie der für die wissenschaftliche Bewertung von pflanzlichen Arzneimitteln zuständige Ausschuss der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) in seiner Monografie 2012 bestätigte. Deshalb erfährt der Rosenwurz-Extrakt SHR-5 – seit 2010 in Deutschland als Nahrungsergänzungsmittel rhodiolan® erhältlich – nun endlich ein Upgrade: Er wurde als Arzneimittel zugelassen.

Der Extrakt der Rhodiola-Wurzel wird als Adaptogen eingestuft, ist also weder Stimulans noch Beruhigungsmittel. Adaptogene erhöhen die Stressresistenz, sie verbessern Aufmerksamkeit, kognitive Funktionen und geistige Leistungsfähigkeit insbesondere bei stressbedingter Müdigkeit und Erschöpfung. Adaptogene sorgen für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts verschiedener Mechanismen, die mit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse in Verbindung stehen [Panossian A, Wikman G. *Current Clin Pharmacology* 2009; 4 (3): 198–219]. Dazu gehört unter anderem auch die Regulation von Schlüsselmediatoren der Stressantwort. In Studien nachgewiesene Effekte für Rhodiola sind: Stimulation der Ausschüttung von Noradrenalin, Dopamin und Serotonin im ZNS, Erhöhung des Serotonin-Niveaus im Hippocampus, Stimulation der Ausschüttung der Neuropeptide NPY und Nsp72, Wirkung auf das Stressprotein Hsp70 und den JNK-1-Pathway (weniger NO und Kortisol wird produziert, ATP-Produktion wird erhöht). Das Adaptogen wirkt so in allen drei Phasen (Alarm-, Anpassungs- und Erschöpfungphase) des Modells der Stressreaktion nach Selge [Panossian A und Wikman G. *Pharmaceuticals* 2010; 3 (1): 188–224].

Zur Zulassung führte unter anderem die Studienlage mit fünf placebokontrollierten Doppelblindstudien. 89 Patienten mit leichter und mittelgradiger Depression mit Werten zwischen 21 und 31 auf der Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) erhielten in drei Parallelgruppen für sechs Wochen entweder 340 oder 680 mg Rhodiola-Extrakt oder Placebo. Der HAM-D-Score,



© Dr. Loges

Rhodiola rosea: Der kontrollierte Anbau der Pflanze schon die natürlichen Vorkommen und sichert eine gleichbleibende Qualität.

in den die Symptome Schlaflosigkeit, emotionale Instabilität, somatische Beschwerden und Selbstzweifel eingingen, war in den Verumgruppen nach sechs Wochen signifikant um etwa ein Drittel reduziert (Unterschiede zwischen den beiden Dosierungen waren nicht signifikant) [Darbinyan V et al. *Nord J Psychiatry* 2007; 61: 343–8]. 60 Patienten mit der Diagnose stressinduzierte Müdigkeit (Fatigue/Burnout-Syndrom) erhielten 576 mg/Tag SHR-5 über vier Wochen [Olsson EMG et al. *Planta Med* 2009; 75 (2): 105–12]. Als Wirksamkeitsparameter wurden herangezogen: die Pines-Burnout-Skala, die MADRS-Skala für depressive Symptome, der SF-36-Fragebogen zur Lebensqualität und der morgendliche Kortisolgehalt im Speichel. Ein signifikanter Unterschied zu Placebo zeigte sich unter Verum bei den Müdigkeits- und Aufmerksamkeitssymptomen, der Kortisolanstieg war in der Verumgruppe signifikant erniedrigt ($p < 0,005$).

An drei Studien zur stressbedingten Müdigkeit und Leistungsfähigkeit nahmen Probanden in stressigen Arbeitssituationen teil: Ärzte im Nachtdienst [Darbinyan et al. *Phytomedicine* 2000; 7 (5): 365–71], Studenten im Prüfungsstress [Spasov et al. *Phytomedicine* 2000; 7 (2): 85–9] und militärische Kadetten im Nachtdienst [Shevtsov VA et al. *Phytomedicine* 2003; 10: 95–105]. Insgesamt konnten in den drei Studien unter Verum geringere Müdigkeit, geringere Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, besseres Allgemeinbefinden und ein höherer Anti-Müdigkeits-Index als unter Placebo festgestellt werden. **Dr. Carin Szosteki**

Presseworkshop „Rhodiola rosea – Naturkraft gegen stressinduzierte Symptome“, Stockholm/Schweden, 21.5.2016; Veranstalter: Dr. Loges

Kurz & Knapp

Ausschreibung für den Hans-Jörg Weitbrecht-Preis 2017

Bis zum 31. Januar 2017 können Wissenschaftler besondere wissenschaftliche Arbeiten zur Ursachen- und /oder Therapiefor-schung bei psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen einreichen. Im Herbst 2017 wird der von Bayer gestiftete Preis in Höhe von 10.000 € zum 15. Mal verliehen. Nähere Informationen: www.presse.bayer.de/baynews/baynews.nsf/id/Ausschreibung-fuer-den-Hans-Joerg-Weitbrecht-Preis-2017-gestartet_

Nach Informationen von Bayer

Schwindel interdisziplinär

Anfang Oktober fand in Frankfurt/M. das 11. Hennig-Vertigo-Symposium mit dem wissenschaftlichen Leiter Professor Leif Erik Walther und dem Ehrenpräsidenten Professor Karl Hörmann statt. Experten aus Klinik und Praxis berichteten über aktuelle Forschungsergebnisse und boten praktische Fortbildungskurse an.

Nach Informationen von Hennig

7. Oppenheim-Förderpreis

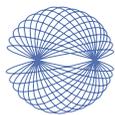
Der Oppenheim-Förderpreis für Multiple-Sklerose-Forschung geht in der Kategorie „Präklinik“ an Dr. Benjamin Schattling, Hamburg, für sein innovatives Forschungsvorhaben an einem neu entwickelten Mausmodell. Dr. Sarah-Christin Staroßom, Berlin, erhält ihn in der Kategorie „Klinik“ für ihr anspruchsvolles Projekt zu Remyelinisierungsstrategien des ZNS. Die Preisträger werden ihre Projekte beim Novartis Research Day Multiple Sklerose am 26. und 27. Januar 2017 in Berlin vorstellen.

Nach Informationen Novartis

Antipsychotikum in zusätzlicher Wirkstärke

Die Glenmark Arzneimittel bietet das Schizophreniemedikament Aripiprazol Glenmark für eine individuellere Therapie neben den Dosierungen 5, 10, 15 und 30 mg nun auch in 20 mg an. Das Antipsychotikum erhielt bereits in mehreren Rabattvertragsausschreibungen Zuschläge verschiedener Krankenkassen.

Nach Informationen von Glenmark



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
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer
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 Angehörigen: 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 Binasch, 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 Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
 IBAN DE 0435050000200229227,
 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
DGNER: 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: Katrin Hinkfoth
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke
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 Binasch, 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: N. N.
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
- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | <input type="checkbox"/> in MVZ tätig mit: _____ | |

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünscht
- Kostenloser Mailservice „Das muss man wissen ...“ gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

bei der _____ BIC _____

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

Name: _____
 Adresse: _____
 Ort, Datum: _____
 Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)