S2 November 2018 _ 29. 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 2018

Die Zukunft im Blick

Psychotherapie-Richtlinie
Hat die Reform ihr Ziel erreicht?

Neue Versorgungskonzepte
Stepped-Care-Modelle und Netzwerklösungen

Interview
Versorgung erwachsener ADHS-Patienten – oft defizitär

Springer Medizin

» 80 % der Menschen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung bekommen nicht die Hilfe, die sie benötigen. In jedem anderen medizinischen Fachgebiet wäre das ein handfester Skandal! «

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

Psychiatrische Versorgung der Zukunft – wie wird sie aussehen?

Noch nie war die öffentliche, die politische und die innerärztliche Erwartungshaltung an die Versorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen so groß wie heute. Betrachten wir allein die psychischen Störungen, so zeigen alle epidemiologischen Studien, dass die Häufigkeit an sich bei den meisten Diagnosen zwar nicht zugenommen hat, aber die Inanspruchnahmeverhalten der Menschen, die unter einer psychischen und/oder neurologischen Erkrankung leiden, enorm gestiegen ist. Wenn man die Behandlungsraten aus dem Bundesgesundheitssurvey 1998 mit denen aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DGES) von 2011 vergleicht, so haben diese bei Psychiatern innerhalb dieser 13 Jahre über alle Altersspannen der Patienten hinweg von 2 – 8 % in 1998 auf 4 – 11 % in 2013 zugenommen. Bei Psychotherapien zeigt sich ein vergleichbares Bild des Anstiegs der Behandlungsraten.

Defizitäre Bedarfsplanung

Doch auch die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Nervenärzte, Neurologen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ist insgesamt deutlich gestiegen. Dabei ist allerdings aufgrund der Bedarfsplanung in der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte (umfasst Neurologen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) nur ein geringer Anstieg zu verzeichnen (6 % seit 2006), während die Anzahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten um über 30 % beziehungsweise über 60 % zugenommen hat. Trotzdem ist im Schnitt nur jeder fünfte Patient in einer spezifischen Behandlung. Anders ausgedrückt: 80 % der Menschen mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung bekommen nicht die Hilfe, die sie benötigen. In jedem anderen medizinischen Fachgebiet wäre das ein handfester Skandal! Der eigentliche Skandal hier ist aber, dass nichts passiert, obwohl wir als Verbände das schon seit Jahrzehnten anprangern.

Höhere Inanspruchnahme trifft auf komplexen Strukturwandel

Man kann die gesamte Versorgungssituation jedoch nicht beurteilen, ohne den enormen Strukturwandel im stationären Sektor mitzubetrachten. Psychiatrische Betten wurden seit 1975 in einem Ausmaß abgebaut, wie es kein anderes medizinisches Fach erlebt hat. Es stand ein guter politischer Wille dahinter, es sollte nach der Psychiatrie-Enquete der Grundsatz „ambulant vor stationär" gelten. Nur: Es wurden bei weitem nicht die entsprechenden Strukturen ambulant aufgebaut. Die Folge war, dass die stationären Verweildauern dramatisch ab-, die Wiederaufnahmeraten aber im Gegenzug deutlich zugenommen haben. Das kann für schwer psychisch kranke Menschen nicht gut sein!

Nun haben der stationäre und der vertragsärztliche Sektor gemeinsam das Problem, dass die Schere immer weiter aufgeht: Eine höhere Inanspruchnahme trifft auf einen komplexen Strukturwandel in der Versorgung. In dieser Sonderausgabe des NeuroTransmitter zum diesjährigen DGPPN Kongress in Berlin wird dieser Strukturwandel unter die Lupe genommen und es werden die Herausforderungen beschrieben, vor denen wir alle stehen.

Wir hoffen alle, dass die Politik uns einmal um Rat befragt!

Ihre

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN), Vorsitzende Dr. med. Sabine Köhler (sk), Dornburger Str. 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und Vorsitzender Dr. med. Klaus Gehring (kg), Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821 2041, E-Mail: gehring@neurologie-itzehoe.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
Betriebsstätte München: Springer Medizin Verlag GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400, www.springerfachmedien-medizin.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100 %. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media GmbH ist die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH, die 100 % der Anteile hält. Die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100 %ige Tochter der Springer SBM One GmbH. Die Springer Nature GmbH (73,116 %), die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (26,595 %) und die Springer SBM One GmbH (0,285 %) sind Gesellschafter der Springer SBM One GmbH. An der Springer Nature GmbH hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47 % der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53 % der Anteile.

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

Ressortleitung ZNS: Dr. rer. nat. Gunter Freese (frg)

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szostecki (CS, -1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (tr, -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

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com) Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 24 vom 1.10.2018.

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

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

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.springermedizin.de/neurotransmitter 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 28 €, Jahresabonnement 225 € (für Studenten/AIP: 135 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 34 €, Ausland 54 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 64 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur 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. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter" überträgt der Autor dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen. 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.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten 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.

© Springer Medizin Verlag GmbH
Papierausgabe: ISSN 1436-123X
Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397
www.springermedizin.de/neurotransmitter

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2018

Inhalt

Sonderheft 2 / 2018

3 Editorial
Wie wird die psychiatrische Versorgung der Zukunft aussehen?
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Kongresslotse

6 Alle Facetten der Psychiatrie und Psychotherapie
Vorschau, Tipps und Highlights zum diesjährigen DGPPN Kongress

29 Das DGPPN Nachwuchsprogramm im Überblick
Veranstaltungen der Generation PSY

Die Verbände informieren

8 Ihre Ansprechpartner beim BVDP

9 Für Sie vor Ort
Die politische Geschäftsstelle des BVDP in Berlin
Bernhard Michatz, Berlin

Zukunft der Versorgung

10 Außer Spesen nichts gewesen?
Versorgung gestern – heute – morgen
Warum wir Versorgungsprobleme jetzt endlich anpacken müssen
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

13 Hat die Reform ihr Ziel erreicht?
Psychotherapie-Richtlinie
Barbara Lubisch, Aachen, Gebhard Hentschel, Münster

16 Stellenwert der Richtlinien-Psychotherapie
Neue Leistungen in der Versorgung psychisch Kranker
Christa Schaff, Weil der Stadt

21 „Die Versorgung erwachsener ADHS-Patienten ist oft defizitär!"
Interview mit Dr. Johann Krause, Ottobrunn
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

22 Der Weg zu einer personenzentrierten Psychiatrie – eine Herausforderung
Stepped-Care-Modelle und regionale Netzwerke
Arno Deister, Gabriel Gerlinger, Iris Hauth, Berlin

Rund um den Beruf

25 Die Wirklichkeit ist viel komplizierter als die Idee einer Revolution
EX-IN Genesungsbegleiter im ambulanten Einsatz
Robert Jacobs, Ingelheim

Nachwuchs- und Öffentlichkeitsarbeit

28 Generation PSY wird drei
DGPPN Nachwuchsarbeit

30 Psychiater im Netz
DGPPN Öffentlichkeitsarbeit
Jochen Lamp, Frankfurt

4 Impressum

24 Buchtipp

32 Pharmaforum

34 Verbandsservice

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Die Sonderausgabe zum DGPPN Kongress

Unter dem Motto „Die Zukunft im Blick" findet vom 28. November bis 1. Dezember 2018 der diesjährige Kongress der DGPPN im CityCube in Berlin statt.

Die Zukunft der psychiatrischen Versorgung zwischen geplanter und tatsächlicher Strukturreform, ärztlicher Erwartungshaltung und defizitärer Bedarfsplanung, zwischen gestiegenem Inanspruchnahmeverhalten und den Folgen des demografischen Wandels ist das Thema dieser NeuroTransmitter-Sonderausgabe zum Kongress.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:
Dr. rer. nat. Gunter Freese
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435
E-Mail: gunter.freese@springer.com

Dr. rer nat. Carin Szostecki
Telefon: 089 203043 1346, Fax: 089 203043-31346
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: © Kurhan / stock.adobe.com

DGPPN Kongress 2018 in Berlin

Alle Facetten der Psychiatrie und Psychotherapie

Vom 28. November bis 1. Dezember 2018 trifft sich die Fachwelt wieder zu Europas größtem Kongress für Psychiatrie in Berlin. Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft – unter diesem Motto lädt der DGPPN Kongress an vier Kongresstagen zu 650 Einzelveranstaltungen, 36 State-of-the-Art-Symposien und 80 Workshops ein und öffnet die Türen für einen Wissenstransfer auf höchstem Niveau.

© Alexander Voss / Fine Art Fotografie

Ein beliebter Treffpunkt für den interdisziplinären Austausch von Fachleuten und Nachwuchs und ein fester Termin alljährlicher Termin: der DGPPN Kongress. Wie tickt die Welt und was erwartet uns morgen? Die Fragen und Herausforderungen unserer Gesellschaft beschäftigen auch die Psychiatrie. Keine medizinische Disziplin reagiert so unmittelbar auf gesellschaftliche, soziale und politische Entwicklungen wie Psychiatrie und Psychotherapie. Was den Menschen bewegt, bewegt auch die Psychiatrie. Blicken wir in die Zukunft, können wir die Auswirkungen einer omnipräsenten digitalen Welt nur erahnen. Aber ist die digitalisierte, automatisierte Welt eher Hilfe oder Last? Und wie wirkt sich permanente Abrufbereitschaft auf die psychische Gesundheit aus?

Während sich der Mensch in unserer hochkultivierten Welt mehr und mehr der Selbstoptimierung hingibt, bestimmen Effizienz, Rentabilität und Messbarkeit auch zunehmend die Praxis der modernen Medizin. Was dieser Dualismus für die Versorgung bedeutet und wie Psychiater und Psychotherapeuten künftig Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln werden, will der DGPPN Kongress 2018 aufzeigen. Insbesondere wirft er Schlaglichter auf die Identität des Faches selbst sowie auf die Themen Innovation, Prävention, schwere psychische Erkrankungen, E-Mental-Health und Psychotherapieforschung.

In Berlin werden rund 9.000 Teilnehmer erwartet. Hochkarätige Keynote-Speaker haben sich angekündigt – unter anderem die Soziologin und Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, Jutta Allmendinger, der niederländische Biologe und Primatenforscher Frans De Waal und der Leiter des AVATAR Research Teams am Londoner King's College, Tom Craig.

Das Programm greift alle relevanten psychischen Störungen auf und beschäftigt sich intensiv mit biologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Inhalten. In trialogischen Veranstaltungen kommen Experten, Betroffene und Angehörige zu Wort und berichten über ihre Erfahrungen. Auch gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen werden berücksichtigt.

Auf einen Blick

- 28. November bis 1. Dezember 2018 CityCube Berlin
- Rund 9.000 Teilnehmer
- Über 650 Einzelveranstaltungen
- Fort- und Weiterbildungsakademie mit rund 80 Workshops
- CME-zertifiziert

Jetzt anmelden und das Programm entdecken auf **www.dgppnkongress.de**

Fort- und Weiterbildung

Wichtig für die persönliche Kongressplanung sind die Weiterbildungsveranstaltungen. Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen entwickeln sich ständig weiter. Mit dem CME-zertifizierten Programm der Akademie für Fort- und Weiterbildung bietet der DGPPN Kongress 2018 die Gelegenheit, am Puls der Zeit zu bleiben. Das Programm beinhaltet rund 80 Workshops, die zusätzlich zur Kongressanmeldung kostenpflichtig buchbar sind. Die ein- oder zweitägigen Workshops decken das gesamte Themenspektrum des Fachgebietes ab. Neben der Wissensvermittlung stehen vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis im Vordergrund. Assistenzärzte nutzen die Angebote im Rahmen ihrer fachärztlichen Weiterbildung, Fachärzte für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikates. Gleichzeitig können Angehörige anderer Berufsgruppen ihre Fachkompetenzen vertiefen. Die DGPPN Akademie arbeitet unabhängig, das Kursangebot wird von den Teilnehmern jedes Jahr aufs Neue evaluiert.

Auch 2018 sind die State-of-the-Art-Symposien ein fester Bestandteil des Akademieprogramms. Vermittelt wird leitlinienorientiertes Wissen zu den wichtigsten psychischen Erkrankungen – von Angststörung bis Zwangserkrankung. Die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie der gesamte Kongress sind CME- und EACCME-zertifiziert.

Highlights aus dem Programm des DGPPN Kongresses 2018

Mittwoch, 28. November 2018

- **Workshop**: Lass Dich nieder – Wie funktioniert die ambulante Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie?
- **Symposium**: Nebenwirkungen in der Psychotherapie zur Qualitätssicherung: ein relevantes Forschungsgebiet für Wissenschaftler und Therapeuten
- **Symposium**: Kulturdifferente Aspekte seelischer Belastung bei Geflüchteten
- **Lecture**: Wo kann es hingehen mit der Psychiatrie? *Stefan Priebe, London/Vereinigtes Königreich*

Donnerstag, 29. November 2018

- **Symposium**: Patientenzentrierte Versorgung in Netzwerken unter Einbezug digital unterstützter Behandlungspfade und E-Mental-Health
- **Symposium**: Ein neuer Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika
- **Lecture**: Die Macht der Erwartung: Grundlagen und klinische Implikationen von Placebo- und Noceboeffekten *Ulrike Bingel, Essen*
- **Diskussionsforum**: Robotik in der Psychiatrie und Psychotherapie

Freitag, 30. November 2018

- **Symposium**: Assistierte Entscheidungsfindung in der Psychiatrie
- **Symposium**: Psychosomatics matters: a somatic/psychiatric collaborative effort
- **Symposium**: Umgang mit Todeswünschen bei Palliativpatienten
- **Lecture**: Bluff – eine heitere Psychologie falscher Welten, *Manfred Lütz, Köln*

Samstag, 1. Dezember 2018

- **Symposium**: Trialogische Ansätze zur Vermeidung von Gewalt und Aggression in der psychiatrischen Versorgung
- **Symposium**: Drug addiction in schizophrenia: medium spiny neurons and brain structures adaptations in response to antipsychotics and psychostimulants
- **Symposium**: Blood-based biomarkers for early and predictive diagnosis of neurodegenerative and stress-related disorders
- **Lecture**: Internetbasierte Interventionen in Psychiatrie und Psychotherapie *Iris Hauth, Berlin*

Ausstellungen, Lesungen, Filme

Psychische Erkrankung, Kreativität und Kunst sind eng miteinander verbunden. Auch in diesem Jahr wird das Kongressprogramm von diversen Ausstellungen, Filmen und Lesungen begleitet. Engagierte Antistigma- und Aufklärungsarbeit beweisen unter anderem die gemeinsame Ausstellung aller deutschsprachigen Psychiatriemuseen „Verortungen der Seele", das Fotoprojekt und Dokudrama „Gesicht zeigen" über die beeindruckende Geschichte des Außenseiterkünstlers Gustav Messmer sowie die Lesung der an Schizophrenie erkrankten Autorin Christiane Wirtz. Der sensible Film „Berührungsängste – junge Menschen begegnen sterbenden Menschen" setzt sich mit dem Lebensende auseinander und lässt den Zuschauer nahe an den Sterbenden und seine Begegnung mit dem Tod kommen. Der Projektverantwortliche Christian Schulz-Quach stellt sich in der anschließenden Diskussion den Fragen des Publikums.

Kultur und Hauptstadtflair erleben

Dynamisch und gastfreundlich, tolerant, vielseitig und kreativ, so lässt sich Berlins Rhythmus beschreiben. Kaum eine Stadt hat eine so bewegende Geschichte durchlebt, kaum eine Stadt hat sich so schnell verändert – und erfindet sich immer wieder neu. Das Lebensgefühl und die Bereitschaft zum permanenten Wandel machen Berlin zum idealen Ort für den DGPPN Kongress.

Jetzt DGPPN-Mitglied werden

Mit rund 9.500 Mitgliedern ist die DGPPN Deutschlands größte wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Sie gibt der psychischen Gesundheit eine Stimme und setzt sich dafür ein, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen frei von Vorurteilen leben können und die notwendigen Hilfen erhalten. Mitglieder der DGPPN profitieren von zahlreichen Vorteilen, beispielsweise vom Mitglieder-Spezialtarif für den DGPPN Kongress, der Freieinweisung der Fachzeitschrift „Der Nervenarzt" und des Mitgliedermagazins „Psyche im Fokus" etc. Jetzt informieren auf **www.dgppn.de**

Die APP zum DGPPN Kongress

Alle Veranstaltungen und alle Speaker direkt auf Ihrem Smartphone oder Tablet: Laden Sie sich ab Oktober kostenfrei die APP zum DGPPN Kongress herunter – für iOS und Android.

Sie finden die APP unter dem Stichwort „DGPPN 2018" in Ihrem APP Store.

Ihre Ansprechpartner beim BVDP

Der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) vertritt die Interessen seiner Mitglieder im Hinblick auf die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.
Hier finden Sie die wichtigsten „Köpfe“ und Ansprechpartner für Ihre Anliegen.

Der Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende
Dr. med.
Christa Roth-Sackenheim

c@dr-roth-sackenheim.de

Stellvertretender Vorsitzender und Schriftführer
Dr. med.
Christian Vogel

praxcvogel@aol.com

Schatzmeister
Dr. med.
Martin Finger

praxis-finger@gmx.de

Beisitzer

Dr. med.
Sabine Köhler

sab.koehler@web.de

Dr. med.
Norbert Mayer-Amberg

mamberg@htp-tel.de

Die BVDP-Landessprecher

Baden-Württemberg	Birgit Imdahl Dr. med. Thomas Hug	praxis.imdahl @t-online.de hug.hug-pa@t-online.de
Bayern	Dr. med. Oliver Biniasch Dr. med. Christian Vogel	psypraxingo@t-online.de praxcvogel@aol.com
Berlin	Dr. med. Michael Krebs Alicia Navarro-Urena	praxis@dr-michael-krebs.de alicianavarrourena@gmx.de
Brandenburg	Dipl. med. Delia Peschel	delip@web.de
Bremen	Dr. med. Sebastian von Berg	
Hamburg	Dr. med. Ute Bavendamm,	dr.bavendamm.strobel@freenet.de
Hessen	Dr. med. Martin Finger	praxis-finger@gmx.de
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. med. Caterina Jacobs	caterina.jacobs@gmx.de
Niedersachsen	Dr. med. Norbert Mayer-Amberg	mamberg@htp-tel.de
Nordrhein	Egbert Wienforth	E.Wienforth@bvdn.de
Rheinland-Pfalz	Dr. med. Wolfgang Rossbach	w.rossbach@gmx.de
Saarland	Dr med. David Steffen	mail@praxissteffen.de
Sachsen	Dr. med. Ulrike Bennemann	ubennemann@psychiatrie-leipzig.de
Sachsen-Anhalt	Dr. med. Michael Schwalbe	schwalbenhorst@t-online.de
Schleswig-Holstein	Dr. med. Uwe Bannert	uwe.bannert@kvsh.de
Thüringen	Dr. med. Sabine Köhler	sab.koehler@web.de
Westfalen	Rüdiger Saßmannshausen	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

BVDP-Geschäftsstelle

Dagmar Differt-Fritz

Leiterin der Geschäftsstelle
Geschäftsführerin der CORTEX Management GmbH

Thorsten Seehagen

Kontakt

BVDP-Geschäftsstelle, Gut Neuhof
Am Zollhof 2a , 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546-920/-921
Fax: 02151 4546-925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
bvanr@t-online.de
www.bv-psychiater.de

Wir stehen Ihnen von Montag bis Freitag in der Zeit von 8:30 – 17:30 Uhr zur Verfügung.

Die politische Geschäftsstelle des BVDP in Berlin

Seit Anfang 2017 unterhält der BVDP eine politische Geschäftsstelle in Berlin. Gemeinsam mit unseren Partnerberufsverbänden, dem BVDN und dem BDN sind wir so in unmittelbarer Nähe zu den Institutionen der ärztlichen Selbstverwaltung und den Entscheidern in der Gesundheitspolitik.

Geschäftsführer vor Ort ist Rechtsanwalt Bernhard Michatz. Er hält die Kontakte zu den wichtigen Institutionen und unterstützt die Arbeit des Berufsverbandes auf der rechtlichen, strategischen und konzeptionellen Ebene. Zudem ist er bei vielen Veranstaltungen des Berufsverbandes auf Bundes- und Landesebene präsent und informiert die Mitglieder über die Arbeit des Vorstandes und seine Tätigkeit in der Geschäftsstelle in Berlin. Michatz versorgt die Vorstände regelmäßig mit den neuesten Meldungen aus dem Gesundheitswesen. So kann auf aktuelle Ereignisse schnell und koordiniert reagiert werden. Die Präsenz vor Ort zahlt sich aus: Wir haben so die Möglichkeit, an jeder wichtigen gesundheitspolitischen Veranstaltung in Berlin teilzunehmen und auch den Kontakt zur Arbeitsebene der Selbstverwaltung dauerhaft und kontinuierlich zu halten. Gleichzeitig können neue Projekte, Stellungnahmen und Veranstaltungen des Berufsverbandes koordiniert und konzipiert werden. Diese Tätigkeiten entlasten den Vorstand und sorgen damit für eine effektivere Arbeitsweise.

Erfolgreich ist man nur gemeinsam!

Erfolgreich ist man nur gemeinsam. Eine Weisheit, die in fast jeder Lebenssituation gilt – auch und gerade in der Berufspolitik. Die drei Verbände – der Berufsverband der Deutschen Psychiater (BVDP), der Deutschen Nervenärzte (BVDN) und der Deutschen Neurologen (BDN) – leben dieses gemeinsame Arbeiten seit Jahren sehr erfolgreich. Doch wenn es um die großen Themen in der Gesundheitspolitik geht, sind die drei Verbände neben den Krankenkassen, der Pharmaindustrie, den Krankenhäusern, der Gesundheitswirtschaft und vielen anderen mehr, nur eine vergleichsweise kleine Gruppe. Daher haben sich diese drei Berufsverbände, gemeinsam mit den Berufsverbänden der Kinder- und Jugendpsychiater, der Psychosomatiker und der ärztlichen Psychoanalytiker zum Spitzenverband ZNS (SpiZ) zusammengeschlossen. Der SpiZ repräsentiert damit alle fachärztlichen ZNS-Gruppen. Er ist aber nicht nur ein willkürlicher Zusammenschluss von Facharztgruppen, sondern primär aus inhaltlichen Gründen sinnvoll. Die im SpiZ organisierten Facharztgruppen haben eine große gemeinsame Schnittmenge und ähnlich gelagerte Probleme in der Versorgung vor Ort. Der SpiZ kann so in vielen gesundheitspolitischen Fragen als „Speerspitze“ genutzt werden, um auch die Interessen des BVDP nach vorn zu bringen.

Erste Erfolge

Diese beiden Tätigkeitsfelder der Geschäftsstelle in Berlin haben bereits erste Früchte getragen. So wurden wir beispielsweise direkt und unmittelbar vom gesamten Vorstand der KBV über das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) informiert und konnten unsere Positionen zum Referentenentwurf nicht nur in der Anhörung beim BMG, sondern auch in der wichtigen Stellungnahme der KBV platzieren. Die Gespräche mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages und mit dem BMG werden fortgesetzt und intensiviert. Zu den wichtigen Fragen des EBM und der Bedarfsplanung treffen sich die Berufsverbände regelmäßig mit Vertretern der ärztlichen Selbstverwaltung. Gerade vor dem Hintergrund, dass die großen Facharztgruppen oft gegenteilige Interessen haben (Stichwort Gesprächsleistungen versus technische Leistungen), sind diese regelmäßigen Treffen ein enormer Erfolg.

Weiterhin gilt es, den Entscheidern im Gesundheitswesen die große Bedeutung und das Innovationspotenzial unserer Fachgruppe näherzubringen. Hier brauchen wir uns nicht hinter den anderen großen Facharztgruppen, den Hausärzten und den psychologischen Psychotherapeuten zu verstecken. Ganz im Gegenteil, denn wir versorgen die schwerstkranken Patienten und in keinem anderen Fach gibt es so viele neue Therapien, um diese chronisch kranken Patienten effektiv behandeln zu können.

Die Geschäftsstelle in Berlin steht für eine bessere Patientenversorgung, die Stärkung unserer Fachgruppe und für eine moderne und effektive mitgliedernahe Verbandsarbeit. □

Politische Geschäftsstelle Berlin

RA
Bernhard Michatz

Geschäftsführer

Spitzenverband ZNS
Robert-Koch-Platz 9,
10115 Berlin
Tel.: 030 21480761
Fax: -21480763
E-Mail: bernhard.michatz@
spitzenverband-zns.de

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie

Warum wir Versorgungsprobleme jetzt endlich anpacken müssen

Wird die psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung künftig eine seltene Spezialistenleistung oder Normalität im medizinischen Alltag? – Ein Rückblick auf die Situation von vor 15 Jahren, eine Bestandsaufnahme von heute und ein Blick auf die Herausforderungen von morgen – die seitdem nicht kleiner, sondern eher größer geworden sind.

Vor 15 Jahren publizierten Mathias Berger, Ulrich Voderholzer, Thomas Messer und ich in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* eine kritische Bestandsaufnahme der ambulanten psychiatrischen Versorgung mit dem Titel „Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkrankter durch fehlgeleitete Ressourcenverteilung nur noch Utopie. Die negativen Folgen der Gesundheitspolitik, des Psychotherapeutengesetzes, des ‚90 %-Urteils' und der Hausarzt-Facharzt-Trennung für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung" [Nervenarzt 2003;74:1057–65].

Im Jahr 2003 ...

Hintergrund waren damals mehrere, sich synergistisch negativ auf die psychiatrische Versorgung auswirkende berufspolitische Faktoren. Es war kurz vor der Umsetzung der anstehenden großen EBM-Reform zum „EBM 2000plus", die Honorartöpfe der Haus- und Fachärzte wurden als ein „gesundheitspolitischer Meilenstein" getrennt weiterentwickelt, es war die Zeit ohne addierbare 10-Minuten-Ziffern und des „10-Pfennig-Urteils". In diesem Urteil war im Jahr 2000 unter der Klageführung des BVVP (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten) seitens des Bundessozialgerichtes entschieden worden, dass für die zeitgebundene, persönlich zu erbringende und nicht beliebig vermehrbare 50-Minuten-Leistung der Richtlinien-Psychotherapie pro Punkt 10 Pfennig zu bezahlen seien. Die Stützung wurde für diejenigen vorgesehen, die zu mindestens 90 % Richtlinien-Psychotherapie erbrachten. „Und wir Psychiater?" dachten wir schon damals. Später sollten eigene Musterklagen für die Stützung der Gesprächsziffern scheitern, da das Leistungsbild des Psychiaters nicht so homogen wie bei reinen Psychotherapeuten darstellbar ist.

Immerhin waren im Jahr 2003 schon fast 30 Jahre seit der sogenannten Psychiatrie-Enquete vergangen. Die hatte einen enormen Strukturwandel in der Psychiatrie zur Folge gehabt: Es wurden rund 60 % der psychiatrischen Krankenhausbetten abgebaut, letztlich aber der Aufbau von ambulanten Strukturen sträflich vernachlässigt (siehe **Zitat 1** rechte Seite).

Langsam setzte sich zudem Anfang der 2000er-Jahre die Musterweiterbildungsreform von 1992 durch, die zirka ab 1995 in allen Bundesländern umgesetzt war. Es gab die neue Gebietsbezeichnung für die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (damals Psychotherapeutische Medizin); die Weiterbildung zum Nervenarzt war nicht mehr vorgesehen, beide Facharzttitel, den für Neurologie und den für Psychiatrie und Psychotherapie, konnten aber weiter gemeinsam geführt werden. In der Folge sank die Zahl der Nervenärzte alter Weiterbildungsordnung langsam aber stetig. Richtlinien-Psychotherapie wurde also nunmehr vor 25 Jahren laut Musterweiterbildungsordnung integraler Bestandteil der Psychiatrie.

Rückblickend war damals berufspolitisch viel in Bewegung. Sozusagen zeitgleich trat im Jahr 1999 das Psychotherapeutengesetz in Kraft, das vorher bestehende sogenannte Delegationsverfahren (Ärzte stellten die Indikation und delegierten die Durchführung einer Richtlinien-Psychotherapie an Psychologische Psychotherapeuten) wurde abgeschafft, Psychologische Psychotherapeuten erhielten nun bei Nachweis einer festgelegten Weiterbildung eine Approbation, und es gab nun auch das Erstzugangsrecht für Patienten zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Was waren die weiteren Inhalte des Grundsatzartikels von vor 15 Jahren? **Zitat 2** (siehe rechte Seite) gibt das damalige Fazit wieder. Es erstaunt nicht, dass die Probleme zum Teil heute noch gleichlautend bestehen.

... und heute?

Erfreulicherweise fällt das Fazit 15 Jahre später jedoch differenzierter aus. Die Einführung der 10-Minuten-Gesprächsziffer und der Betreuungsziffern hat eine deutlich differenziertere Darstellung und Abrechnung der Leistung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bewirkt. Das Fach hat heute mehr als 5.000 Weiterbildungsassistenten in den Kliniken und Praxen und es werden jährlich zirka 600 Facharztanerkennungen in unserem Gebiet ausgesprochen.

Die damals angesprochene hohe Arbeitslosigkeit in Deutschland besteht heute glücklicherweise nicht mehr, wir haben eine historisch niedrige Arbeitslosenquote, dadurch sind Ressourcen im Gesundheits- und Sozialwesen vorhanden. Laut Veröffentlichungen liegen die

Rücklagen in den Sozialsystemen (GKV, Arbeitslosenversicherung, Rentenversicherung) im hohen zweistelligen Milliardenbereich.

Die Hausarzt-Facharzt-Trennung ist weiterhin ein Absurdum, das sich auch gerade wieder in der sogenannten Laborreform zeigt, es schwächt die Ärzteschaft und fördert innerärztliche Verteilungskämpfe.

Die Mengenbegrenzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Patientenkontakte ist in einigen KVen immer noch durch Regelleistungsvolumina gegeben. Andererseits besteht durch den enormen Versorgungsdruck für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie auch kaum die Möglichkeit, ihre Patientenzahlen zu senken und mehr Behandlungszeit pro Patient anzubieten. Dies wird sich durch die geplanten TSVG-Regelungen mit Förderung der Sprechstunde für neue Patienten noch verschärfen.

Grundsätzlich kann man auch konstatieren, dass die Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der Psychologischen Psychotherapeuten im Lauf der Jahre erfreulicherweise immer konstruktiver und von mehr Akzeptanz auf beiden Seiten gekennzeichnet ist.

Aber letztlich muss man nach 15 Jahren feststellen: Die Probleme sind im Jahr 2018 nicht weniger geworden, die Herausforderungen werden eher noch größer werden, weil bereits jetzt schon alle Untersuchungen darauf hinweisen, dass der Behandlungsbedarf weiter steigen wird. 25 % der Beschäftigten fühlen sich erschöpft im Job, die Zahl der Frühberentungen aus psychischen Gründen steigt stetig und die Krankheitstage aufgrund psychischer Störungen haben sich seit 2007 verdoppelt.

Die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wird sinken, weil demnächst die Kohorte der Babyboomer („Ärzteschwemme") (Geburtsjahrgänge der späten 1950er-/Anfang 1960er-Jahre) nun ins Rentenalter kommt. Die Zahlen sind dramatisch. Lediglich 18 % aller berufstätigen Ärzte sind unter 35 Jahren. Die Zahlen der Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31. Dezember 2017 gibt **Tab. 1** wieder.

Was bringen die nächsten 15 Jahre: vier Thesen

1. Die Spezialisierung wird zunehmen

Im gesamten Bereich der Versorgung von Menschen mit ZNS-Erkrankungen gibt es insbesondere in den Ballungsgebieten einen Trend zur Spezialisierung. Im Bereich der Neurologie bilden sich spezielle Versorgungsangebote für Multiple Sklerose (Teil der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung, ASV), Schlaganfall, Parkinson oder Kopfschmerz. Im Bereich der Psychotherapie spezialisieren sich Therapeuten zum Beispiel auf Traumatherapie, die Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter, chronische Depressionen oder Zwangsstörungen. Dem steht ein völlig anderer Versorgungsbedarf im ländlichen strukturschwächeren Bereich entgegen. Hier braucht man eher den Generalisten als den Spezialisten.

2. Kliniken und Vertragsärzte sitzen im selben Boot

Um die Versorgung in der Zukunft ansatzweise mit den vorhandenen Ressour-

Mitteilungen DGPPN

C. Roth-Sackenheim

Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkankter durch fehlgeleitete Ressourcenverteilung nur noch Utopie

Die negativen Folgen der Gesundheitspolitik, des Psychotherapeutengesetzes, des „90%-Urteils" und der Hausarzt-Facharzttrennung für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

Nervenarzt 2003;74:1057–65

Zitat 1:

„2.1. Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen

Der Werte- und Konzeptewandel, der psychischen Erkrankungen in der Medizin und in der Gesellschaft durch wissenschaftlichen, aber auch ethischen Fortschritt zuteil wurde, führte zu einem gewaltigen Abbau der Psychiatriebetten, einer Verkleinerung der meist im 19. Jahrhundert erbauten Großkliniken, der Etablierung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, einem Abbau der Langzeitbetten und einem Ausbau der sogenannten Extramuralen Versorgung schwer chronisch psychisch Kranker in meist kommunaler Trägerschaft. Entsprechend des so entstandenen ambulanten Bedarfs kam es seit 1972 zu einer Versechsfachung der Zahl vertragsärztlich tätiger Nervenärzte und Psychiater/Psychotherapeuten. Im gleichen Zeitraum verdoppelte sich lediglich die Zahl aller übrigen Vertragsärzte in Deutschland. Diese bemerkenswerte numerische Entwicklung der Arztgruppe fiel jedoch in eine Zeit der politisch verursachten Ressourcenverknappung der GKV und in eine Zeit der ideellen und finanziellen Höherbewertung von technisch-apparativen Leistungen in der Medizin.

Der durch die Verlagerung der Behandlung psychisch Erkrankter vom stationären in den ambulanten Bereich entstandene Ressourcenbedarf wurde somit nicht in dem Maße, wie er im stationären Bereich verringert wurde, in den ambulanten Behandlungsbereich transferiert. So mussten in der Folge psychisch Erkrankte mit somatisch Kranken um die ambulanten Ressourcen konkurrieren."

Zitat 2:

„6. Fazit

Die ambulante evidenzbasierte Behandlung psychisch Erkrankter durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist durch verschiedenste Einflüsse seit Jahren und in Zukunft ad absurdum geführt:

1. Die Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen durch politische Vorgaben und hohe Arbeitslosigkeit in Deutschland,
2. die Förderung der hausärztlichen Versorgung durch Mitteltransfer aus dem fachärztlichen Bereich,
3. die Mengenbegrenzung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Arzt/Patienten-Kontakte,
4. die grundsätzlich begrüßenswerte Integration psychologischer Psychotherapeuten,
5. den Abbau stationärer Behandlungsbetten, beides ohne ausreichenden Ressourcentransfer (...) wirken synergistisch in Richtung einer Unter- beziehungsweise Fehlversorgung psychisch Erkrankter. Dies ist umso tragischer, da die Bedeutung seelischer Erkrankungen für die Gesellschaft und die Sozialsysteme in den letzten fünf Jahren weltweit evident wird. (World Health report 2001).

Fast 30 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête befindet sich insbesondere die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland in massiver Gefahr. Obwohl medizinisches Zukunftsfach mit zirka 4.000 Weiterbildungsassistenten, fehlt es an Ressourcen und einer übergeordneten gesundheitspolitischen Planungskontinuität."

Tab. 1: Ärztestatistik der Bundesärztekammer für den 31. Dezember 2017

Fachgruppe	Berufstätig	Ambulant gesamt	Angestellt	Stationär	Körperschaft	Sonstige	Ohne ärztliche Tätigkeit	Davon im Ruhestand
Nervenärzte	2.730	1.750	135	598	84	298	2.581	**2.443**
Neurologie	7.188	1.971	546	4.821	116	280	730	**306**
Psychiatrie	11.037	3.782	465	5.826	410	554	1.408	**852**

cen darstellen zu können, muss die sektorübergreifende Versorgung besser gefördert werden. Letztendlich hat die jüngere Vergangenheit gezeigt, dass die Probleme sowohl im vertragsärztlichen als auch im Kliniksektor ähnlich sind. Es fehlt an Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, es fehlt an ausreichender Ressourcenausstattung. Die neue Berechnungsgrundlage für Personal (PEPP) wird die damals im Rahmen der Psychiatrie-Enquete erarbeitete Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) ablösen – es stellt sich die Frage, ob dies einen Vorteil bringen wird.

Kliniken stehen immer mehr unter dem Primat der Gewinnerzielung. Es stehen oft nicht die ärztlich und ethisch sinnvollen Entscheidungen als Handlungsleitlinie voran, sondern die Entscheidungen aus wirtschaftlichen Interessen der Krankenhausträger. Letztlich sollte man davon ausgehen, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie einfach nur gerne ihre Patienten gut versorgen wollen – egal ob sie in der eigenen vertragsärztlichen Praxis freiberuflich arbeiten oder in Fachkrankenhäusern, Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oder an MVZ angestellt sind.

3. Kooperationen werden wichtiger – haben aber auch Fallstricke

Im Jahr 2003 wurde bereits die sogenannte Integrierte Versorgung (damals nach SGB V § 140ff) „erfunden". Die in sie gesetzten Erwartungen erfüllten sich jedoch keineswegs. Seitens der GKV wurden zwar viele Modelle zunächst mitgetragen, jedoch nach kurzer Laufzeit oft wieder gekündigt, da sich die finanziellen Erwartungen so kurzfristig nicht darstellen ließen. Darüber hinaus blieben Versorgungsmodelle im Bereich von ZNS-Erkrankungen eher im Bereich von unter 10 % aller Verträge. Mittlerweile gibt es einige wenige, seit vielen Jahren hervorragend funktionierende Modelle von sektorübergreifenden Versorgungstrukturen, die Leuchtturmcharakter haben (z. B. in Baden-Württemberg, Berlin und Nordrhein). Letztlich wurde aber bisher kein einziges Modell in die Regelversorgung überführt.

Es wird auch in Zukunft ein Fallstrick bleiben, wenn diese und künftige Modelle rein aus Kosteneinsparungsgesichtspunkten einer Bewertung unterzogen werden. Die Gesichtspunkte der Evaluation sollten mehr die Perspektive der Patientenzufriedenheit und last but not least der Zufriedenheit der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihrer Versorgungsleistung enthalten. Sonst kann es schnell heißen: Außer Spesen nichts gewesen! Denn unsere Mitarbeit in der Entwicklung der Modelle haben wir als Fachgruppe selbst finanziert.

4. Die Finanzierung der EBM-Leistungen der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie kann nur normativ verbessert werden.

Machen wir uns nichts vor: Der Facharzt-EBM ist gescheitert. Er sollte schon vor drei Jahren kommen, nachdem mit Ach und Weh der Hausarzt-EBM verhandelt worden war. Bisher herrscht jedoch Prokrastination. Entweder berichtet die KBV, dass ihre Ressourcen durch andere gesetzliche Aufgaben, wie die Berechnung der neuen Leistungen durch die Novelle der PT-Richtlinie vor gut 18 Monaten, gebunden seien. Andererseits signalisieren die Krankenkasse unmissverständlich, dass sie kein zusätzliches Geld für die Besserstellung der Gesprächsleistungen geben werden, auch wenn deren Förderungswürdigkeit mittlerweile im Kabinettsentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) steht.

Wenn etwas in der verfassten Ärzteschaft nicht funktioniert, dann ist es die innerärztliche Umverteilung von Ressourcen. Zwar wird derzeit in der Honorarabteilung der KBV an einer Neubewertung der Kalkulation von EBM-Leistungen im Hinblick auf die Plausibilität der Arztzeit gearbeitet. Für alle Leistungen, die nicht mit einer Zeitgebundenheit versehen sind, kann das bedeuten, dass der Teil der betriebswirtschaftlichen Kalkulation, der auf der Anzahl der für die Leistung notwendigen Arztminuten beruht, neu berechnet und gegebenenfalls abgewertet werden wird. Uns wird das wenig betreffen, da unsere „Brot und Butter-Leistung", die 10-Minuten-Gesprächsziffer, selbstredend eine feste Zeitgebundenheit aufweist. Aber die anderen fachärztlichen Verbände, die den „Braten riechen", laufen natürlich Sturm und tun alles, um eine mögliche Veränderung ihrer Leistungen zu verhindern. Deshalb haben wir als Verbände immer betont, dass es bei einer so großen gesamtgesellschaftlichen Verantwortung wie der Sicherstellung der seelischen Gesundheit und bei dem enormen volkswirtschaftlichen Schaden, der durch psychische Erkrankungen entsteht, keinen Verweis der Politik auf die innerärztliche Verantwortung der Selbstverwaltung und auf Verteilungskämpfe als Sündenbock geben darf.

Wenn es mehr Leistung geben soll und wenn es mehr Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie geben soll, muss auch mehr Geld ins System! □

AUTORIN

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

Psychotherapie-Richtlinie

Hat die Reform ihr Ziel erreicht?

Die heutige Psychotherapie-Richtlinie blickt auf einige Jahre Reform- und Entwicklungsarbeit zurück. Hat sich der Aufwand für Patienten und Psychotherapeuten gelohnt? Ein Fazit mit Für und Wider und dem Appell, sich nicht auf der Richtlinie auszuruhen, sondern sich auch künftig an veränderliche Anforderungen anzupassen.

Reformen im Bereich der Psychotherapie sind schon lange in Diskussion. Unter dem wachsenden Versorgungsdruck hatten Krankenkassen schon 2013 den Vorschlag der Einrichtung sogenannter „Intelligenter Koordinierungsstellen" (Konzeptpapier des VdEK vom 12.3.2013) eingebracht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) legte in einem „Positionspapier" (Uhlemann, T und Dilling, J. Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie – Vorschläge der GKV) Reformvorstellungen vor, die unter anderem die Zweiteilung der Kurzzeittherapie (KZT) mit einer sechs Wochen dauernden Pause zwischen beiden Teilen vorsah.

Als Reaktion darauf und aus Unzufriedenheit mit den starren Regelungen der bisherigen Richtlinie und dem eingeschränkten Versorgungsspektrum wurden aus den Reihen der niedergelassenen Psychotherapeuten Überlegungen zu einer Reform der Psychotherapie-Richtlinie laut. Die Vertreter der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) und anderer psychotherapeutischer Berufsverbände entwickelten Vorschläge, die als Konzept schriftlich formuliert (Best, D, Schäfer, S. Modell einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, in: Psychotherapie aktuell, Heft 4/2013) und im Beratenden Fachausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) diskutiert und befürwortet wurden.

Mit Unterstützung der KBV wurde dann mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV-VSG) zu § 92 Abs. 6a die folgende Vorgabe beschlossen: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens…"*

Im Juni 2016 wurde die reformierte Richtlinie im G-BA beschlossen. Im Bewertungsausschuss zeigte sich, dass die Krankenkassen die Reform zum Nulltarif durchsetzen wollten. Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) gelang es, die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung wenigstens genau so zu vergüten wie die genehmigungspflichtigen Leistungen.

Hat sich der Aufwand für die Patienten und die Psychotherapeuten gelohnt? Die Reform hat den Psychotherapeuten viel Umstellung abverlangt. Vom G-BA ist keine vollständige Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehen. Umso wichtiger ist es, die Erfahrungen mit der neuen Richtlinie zu sammeln und zu dokumentieren.

Telefonische Erreichbarkeit

Als Voraussetzung für einen zeitnahen Zugang zur Sprechstunde hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine gute telefonische Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Praxen für unverzichtbar angesehen. An dieser Regelung wurde viel Kritik geübt, etwa derart, dass man die Zeit, die man in Bereitschaft am Telefon sitze, besser für

Die psychotherapeutische Sprechstunde ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung

© ambro / Fotolia

Patientenbehandlungen nutzen sollte. Allerdings ist mit „persönlicher" Erreichbarkeit nur gemeint, dass die Praxis nicht ausschließlich per Anrufbeantworter erreichbar sein darf. Im Vergleich zur früheren, häufig anzutreffenden ausschließlichen Erreichbarkeit „jeweils 5 Minuten vor der vollen Stunde" ist die neue Regelung ein Fortschritt für anfragende Patienten und erleichtert die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen.

Psychotherapeutische Sprechstunde ...

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist ein Kernstück der Richtlinienreform. Sie ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und dient der Abklärung, ob eine psychische Störung vorliegt, einschließlich der Diagnostik. Gegebenenfalls werden erste psychotherapeutische Interventionen eingesetzt. Am Ende steht eine qualifizierte Beratung über die Versorgungsmöglichkeiten.

Die Sprechstunde schafft keine neuen Behandlungskapazitäten. Der vermehrten Nachfrage steht eine im Wesentlichen gleichbleibende Behandlungskapazität gegenüber. Von vielen Psychotherapeuten wird berichtet, dass Patienten zum ersten Sprechstundentermin häufiger nicht erscheinen, als es früher bei den probatorischen Sitzungen der Fall war. Anscheinend geht mit der Niedrigschwelligkeit auch eine größere Unverbindlichkeit einher. Für die Patienten ist es oft frustrierend, an andere Psychotherapeuten weiterverwiesen zu werden, wenn keine Behandlung in der eigenen Praxis zugesagt werden kann.

... ein Erfolgsmodell!

Die durchschnittliche Wartezeit auf ein erstes Gespräch hat sich mit der Sprechstunde von 12,5 Wochen (2011)auf 5,7 Wochen (2017) verkürzt. Sozial benachteiligte oder arbeitsunfähige Patienten sowie Patienten mit chronifizierten Störungen finden jetzt eher den Weg in eine psychotherapeutische Praxis. Die frühzeitige Feststellung, ob ein psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht oder eine andere Maßnahme erforderlich ist, vermeidet unnötige Wartezeiten und Fehlallokationen.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Die Akutbehandlung ist ein wesentlicher Beitrag zur Flexibilisierung des Therapieangebotes. Während es bei einer Richtlinien-Psychotherapie (RL-PT) mitunter lange dauert, bis der Konsiliarbericht eines Vertragsarztes vorliegt und sich dadurch auch die Genehmigung durch die Krankenkasse verzögert, kann mit der Akutbehandlung sofort – ohne Genehmigungsverfahren – begonnen werden. Voraussetzung ist lediglich eine Anzeige gegenüber der Krankenkasse. Das mögliche Sitzungskontingent kann flexibel gehandhabt werden.

Bei allen Vorteilen muss hier ebenfalls konstatiert werden, dass auch dieses Therapieangebot keine neuen Behandlungskapazitäten schafft. Wenn durch die Akutbehandlung mehr Patienten frühzeitig in Behandlung kommen, geht das zulasten von zeitintensiveren Behandlungsverläufen im Rahmen der antragspflichtigen RL-PT.

Förderung von Gruppentherapien

Das neue gleitende Vergütungskonzept sieht eine unterschiedliche Vergütung je Teilnehmer, abhängig von der Teilnehmerzahl der aktuellen Gruppensitzung vor. Außerdem wurde die Gruppengröße auf drei bis neun Teilnehmer für alle Verfahren flexibilisiert. Wirtschaftliche Nachteile durch schwankende Teilnehmerzahlen, wie sie in jeder Gruppentherapie vorkommen, können nun zumindest teilweise kompensiert werden. Außerdem wurde die Vergütung insgesamt um etwa 20% angehoben. Nachteilig ist die deutlich schlechtere Vergütung von Gruppen mit vier bis fünf Teilnehmern. Negativ wirkt sich dies vor allem bei der Gruppentherapie mit Kindern aus, denn hier ist die Zusammenstellung größerer Gruppen besonders schwierig.

Eine deutliche Verbesserung ist die unproblematische Änderung des Mischungsverhältnisses von Einzel- und Gruppentherapie bei laufenden Kombinationsbehandlungen.

Ob sich das Angebot an Gruppenpsychotherapien durch diese Vergütungsverbesserung und die Flexibilisierung verbessert, muss noch abgewartet werden.

Problematisch ist auch die geringe Anzahl an Psychotherapeuten mit entsprechender Abrechnungsgenehmigung und die praktische Unmöglichkeit, diese im Rahmen einer Niederlassung nachträglich zu erwerben. Ein weiteres Hindernis für die Gruppentherapie liegt in der Schwierigkeit, genügend passende Teilnehmer für eine Gruppe zu finden – hier wären Vernetzung und Kooperationsstrukturen unter den Behandlern auszubauen. Auch sind die Vor- und Nachbereitungszeiten und die Vorhaltung einer adäquaten Infrastruktur (große Räume, Sekretariat) aufwändig.

Rezidivprophylaxe

Von der ursprünglichen Intention der Psychotherapeuten, eine Rezidivprophylaxe im Sinne einer niederfrequenten Erhaltungstherapie für die langfristige Behandlung chronisch kranker Patienten vorzusehen, ist die jetzt gefundene Lösung weit entfernt. Die Krankenkassen sahen in der Erhaltungstherapie eine Ausweitung der Höchstkontingente und lehnten diese deshalb strikt ab. Was übrig blieb, ist die Möglichkeit, zum Ende der Langzeittherapie einen bestimmten Anteil des maximal möglichen Behandlungskontingents für eine niederfrequente Behandlung vorzusehen.

Ein zusätzlicher positiver Effekt auf die Stabilisierung der Patienten kann bezweifelt werden, denn eine Richtlinien-Psychotherapie konnte auch bisher schon niederfrequent und langfristig angelegt werden. Einziger Vorteil ist jetzt, dass der 2-Jahres-Zeitraum bis zur erneuten gutachterfreien KZT bereits beginnt, wenn das Ende der regulären Richtlinientherapie und der Beginn der Rezidivprophylaxe angezeigt wird.

Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens

Wesentliche Arbeitserleichterungen sind die Vergrößerung des ersten Bewilligungsschrittes einer Langzeittherapie, die nicht mehr obligatorische Begutachtung bei Fortführungsanträgen und die für neu zugelassene Vertragspsychotherapeuten wichtige Befreiung der Kurzzeittherapie von der Berichtspflicht.

Die Zweiteilung der KZT stößt bei Psychotherapeuten auf einhellige Ablehnung. Sie erzeugt unnötigen bürokrati-

schen Aufwand und erscheint völlig überflüssig, denn keine Therapie wird nur wegen der Hürde eines KZT- 2-Antrags beendet, wie es wohl die Intention der Krankenkassen war.

Auswirkungen auf die Wartezeit für Patienten

Die DPtV hat bei ihren Mitgliedern im März 2018, also ein Jahr nach der Reform der Richtlinie, erneut die Wartezeiten erhoben (Veröffentlichung der Ergebnisse geplant in Psychotherapie Aktuell 4/2018). Im Vergleich zur Erhebung im März 2017 zeigte sich:

- Die Wartezeit auf das Erstgespräch hat abgenommen.
- Die Wartezeit auf die Akutbehandlung liegt deutlich unter der bisherigen Wartezeit auf eine RL-PT.
- Die Wartezeit auf den Beginn der antragspflichtigen RL-PT hat zugenommen.
- Die Anzahl der neu in die antragspflichtige RL-PT aufgenommenen Patienten hat leicht abgenommen (–4,9%), es gibt aber zusätzliche Aufnahmen in Akutbehandlung.

Es hat also die erwartete Leistungsverschiebung stattgefunden: Durch die neuen Versorgungsangebote werden insgesamt mehr Patienten gesehen, kurzfristige Akutbehandlungen werden gut angenommen, die Aufnahmen in die längeren RL-PT haben abgenommen.

Eine weitere Umfrage der DPtV Ende 2017 unter Mitgliedern in Privatpraxen zeigt, dass Krankenkassen seit Inkrafttreten der Richtlinienreform ihren Versicherten immer häufiger die Kostenzusage nach § 13 Abs. 3 SGB V und damit den Zugang zur Psychotherapie über die Kostenerstattung verweigern, wenn diese nicht in zumutbarer Zeit einen Therapieplatz bei Vertragspsychotherapeuten finden. Die Umfrage belegt das restriktive, oft unfreundliche und diskriminierende Verhalten der Kassen gegenüber ihren eigenen Versicherten, obwohl die Patienten einen Rechtsanspruch darauf haben. Das BMG verhält sich demgegenüber passiv, wie eine Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion der Grünen vom März 2018 zeigt.

Insbesondere vor dem Hintergrund der dringend benötigten Reform der Bedarfsplanung, sollten die Krankenkassen von ihrer Blockadehaltung abrücken. Gerade psychisch kranke Patienten sind – krankheitsbedingt – oft nicht in der Lage, zermürbende Auseinandersetzungen mit ihrer Kasse um Kostenerstattungszusagen zu führen.

Finanzielle Auswirkungen für die Psychotherapeuten

Erste Auswertungen von Abrechnungsergebnissen der KVen zeigen einen deutlichen Rückgang der probatorischen Sitzungen und der Gesprächsleistungen nach den EBM-Ziffern 22220 und 23220 zugunsten von Sprechstunde und Akutbehandlung.

Die durchschnittlichen Umsätze stiegen ab dem Quartal 2/2017 an. So betrug die Steigerung zum Beispiel im Bereich der KV Rheinland-Pfalz bei den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vom 3. Quartal 2016 zum 3. Quartal 2017 6,2% (bereinigt um die Steigerung des Orientierungswertes). Der Anstieg lässt sich allerdings nicht nur auf den Substitutionseffekt, sondern auch auf eine Zunahme der Arbeitsleistung, gemessen an der Gesamtzahl von Sitzungen zu je 50 Minuten, zurückführen. Zu vermuten ist, dass die Psychotherapeuten damit auf die große Nachfrage nach Sprechstunden reagiert haben und zudem die Verpflichtung, mindestens zwei Sprechstunden pro Woche anzubieten, mit zusätzlicher Arbeitszeit abdecken.

Fazit nach einem Jahr

Das Fazit nach einem Jahr PT-RL: Der gesetzliche Auftrag an die Gremien der Selbstverwaltung wurde teilweise erfüllt. Der Zugang der Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung wurde erleichtert, das Behandlungsangebot ist flexibler. Die formalen und finanziellen Bedingungen für die Gruppenpsychotherapie wurden verbessert. Bei der Rezidivprophylaxe ist die Verbesserung marginal. Negativ ist insbesondere die Zweiteilung der KZT.

Dadurch, dass mehr Patienten frühzeitiger von Psychotherapeuten gesehen werden, verschärft sich der Versorgungsdruck. Die mit der Richtlinienreform im GKV-VSG vorgesehene Reform der Bedarfsplanung (Fristsetzung war der 1.1.2017) wurde noch immer nicht umgesetzt. Alle Maßnahmen zur Ausweitung der Terminservicestellen (TSS) – auch die verpflichtende Vermittlung von probatorischen Sitzungen für ‚zeitnah erforderliche Behandlung' – können im Bereich der Psychotherapie nur durch ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot greifen. Die enorme Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den unterschiedlichen Regionstypen im Bereich der Psychotherapeuten entspricht nicht der Häufigkeit psychischer Erkrankungen. Neben den ländlichen Regionen besteht ein stärkerer Bedarf in den so genannten mitversorgten Regionen im Umland größerer Städte.

Ausblick: Nach der Reform ist vor der Reform?

Richtlinien sind nicht für die Ewigkeit gemacht, sondern sollten sich den veränderlichen Erfordernissen der Versorgung anpassen (nicht umgekehrt!). Neben der Beseitigung der Reformmängel, insbesondere der Zweiteilung der KZT und echter Verbesserungen für eine Rezidivprophylaxe beziehungsweise Erhaltungstherapie für chronisch psychisch kranke Patienten, ist an weitere Schritte zu denken: Dazu könnte zum Beispiel die Einführung niedrigschwelliger psychoedukativer Gruppen gehören wie auch die Einführung von Koordinierungsleistungen und Etablierung von strukturierter Kooperation unterschiedlicher Fachgruppen – dies wird im NPPV-Projekt („Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung") des Innovationsfonds in der KV-Region Nordrhein von Psychiatern, Neurologen und Psychotherapeuten gerade gemeinsam erprobt. Die Erfahrungen bei der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zeigen: Die Versorgung psychisch kranker Menschen bedarf weiterhin der Unterstützung durch die Politik. □

AUTOREN

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch, Aachen
Bundesvorsitzende der DPtV
Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel, Münster
stellv. Bundesvorsitzender der DPtV

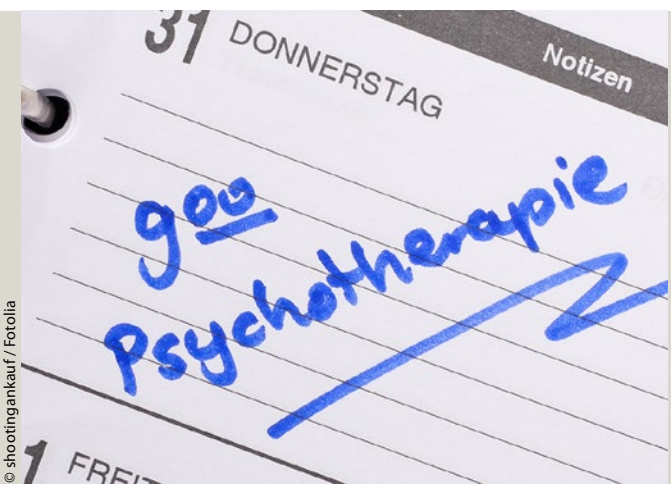
Neue Leistungen für psychisch kranke Menschen

Stellenwert der Richtlinien-Psychotherapie

In der 2017 neu formulierten Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung sind neue Leistungen ergänzt worden. Erste bundesweite Erhebungen dazu haben gezeigt, dass nahezu alle Menschen, die sich bei Terminservicestellen wegen psychischer Probleme gemeldet haben, für psychotherapeutische Sprechstunden und psychotherapeutische Akutbehandlungen an ambulante Vertragsärzte und -psychotherapeuten vermittelt werden konnten.

Braucht jeder Mensch seinen Psychotherapeuten, um eigene und soziale Krisen überwinden zu können? Sind Ergotherapeuten, Krankenschwestern und Heilpraktiker „Verhaltenstherapeuten"? Ist jeder Arzt auch Psychotherapeut? Aussagen und Fragen dieser Art, in denen menschliche Befindlichkeitsstörungen ein Fall für den Psychotherapeuten sein sollen oder jedes Gespräch als Psychotherapie bezeichnet wird, sind auch 18 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes und 50 Jahre nach Einführung der Psychotherapie-Richtlinien (PT-RL) in Deutschland immer noch Thema. Wie gut, dass Psychotherapien in Deutschland mit einer weltweit beispielhaften Qualität und in einem abgestimmten Regelwerk durchgeführt werden. Dies sichert allen gesetzlich versicherten psychisch kranken Menschen die Bezahlung einer hohen Stundenzahl je nach psychotherapeutischem Verfahren durch ihre Krankenkassen.

In der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V), die im Jahr 2017 im Rahmen einer vom Gesetzgeber vorgegebenen Strukturreform neu formuliert wurden, sind neue Leistungen eingefügt worden, um den Bedürfnissen der Patienten in flexiblerer Weise gerecht zu werden. Dies betrifft unter anderem psychotherapeutische Sprechstunden und die psychotherapeutische Akutbehandlung mit den Verfahren der Verhaltenstherapie und der psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) zusätzlich zur Richtlinientherapie. Dieses Regelwerk und die geforderte akademische Qualifikation aller Psychotherapeuten mit Spezialisierung in einem der psychotherapeutischen Verfahren dienen dem Schutz psychisch kranker Menschen aller Altersgruppen und der Trennung psychischer Erkrankungen von Alltagssorgen und -reaktionen. Es bleibt zu hoffen, dass in dem jetzt neu zu verhandelnden Psychotherapeutengesetz der Verfahrensbezug, die Verfahrensvielfalt und die Richtlinienkompetenz für die Ausbildung zukünftiger Psychologischer Psychotherapeuten beibehalten werden und der hohe Standard bei psychotherapeutischen Krankenbehandlungen in Deutschland erhalten werden kann.



© shootingankauf / Fotolia

Terminservicestellen vermitteln Patienten innerhalb von vier Wochen an Ärzte und Psychotherapeuten.

Ausgangssituation

Es ist eine Zunahme der erstattungsfähigen psychotherapeutischen Angebote zu verzeichnen, beispielsweise Internetangebote zur Überbrückung von Wartezeiten, eigene Angebote der Krankenkassen an ihre Patienten, Angebote der Kliniken in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und Home Treatment. Vor diesem Hintergrund wurde schon seit Jahren in den psychotherapeutischen Verbänden, aber auch bei Vertretern der Krankenkassen über eine Flexibilisierung der Angebote der Psychotherapie-Richtlinie nachgedacht. Zusätzlich waren die langen Wartezeiten zur Richtlinien-Psychotherapie (RL-PT) ein Dauerbrenner für Kritik aus den Reihen der Politiker und Patientenvertreter.

Die vorrangigen Ziele der Diskussionen zwischen den Vertretern verschiede-

ner psychotherapeutischer Verbände waren eine Stärkung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker durch Vertragsärzte und -psychotherapeuten und somit ein Erhalt und Ausbau der hochwertigen Psychotherapie in der ambulanten Versorgung. Mehr als bisher sollte mit den Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinie erreicht werden, dass im Leistungsgeschehen das differenzierte Angebot der Psychotherapeuten deutlich wird. Dazu sollte eine Flexibilisierung des psychotherapeutischen Leistungsangebots innerhalb der Struktur der Psychotherapie-Richtlinie erreicht werden.

Niedrigschwellig, zielgenau, zeitnah

Außerdem sollte eine zielgenauere Zuweisung von Patienten zu einer RL-PT oder einem anderen individuellen Hilfebedarf möglich sein, mit niedrigschwelligem Zugang und intensiver Diagnostikphase. Zudem sollten am Bedarf des Patienten orientierte, zeitnahe Behandlungsangebote in die Psychotherapie-Richtlinie integriert werden. Für Patienten und ihre Familien war außerdem eine bessere Orientierung im System der verschiedenen behandelnden Fachgruppen intendiert. Für alle Psychotherapeuten der verschiedenen Fachgruppen war der Schutz der Vergütung wichtig. Nach intensiven Diskussionen im Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie der KBV wurde dem Vorstand der KBV ein sogenanntes gestuftes Versorgungssystem empfohlen und der Politik präsentiert.

Zeitgleich wurde seit mehreren Jahren in den Gremien der verschiedenen Kassenverbände über eine Reform der Psychotherapie nachgedacht, da Patienten sich über zu lange Wartezeiten beschwerten, und die schlechte Erreichbarkeit von Psychotherapeuten (meist nur über Anrufbeantworter) für Patienten und Kassenvertreter seit Jahren ein Ärgernis war. Das Ergebnis der Diskussionen in den Kassenverbänden wurde in einem eigenen Modell des GKV-Spitzenverbands in einem Positionspapier zur „Reform des Angebots der ambulanten Psychotherapie“ veröffentlicht.

Der Gesetzgeber hat die Diskussionen der KBV und der psychotherapeutischen Verbände sowie des GKV-Spitzenverbands aufgenommen und bei der Reform des SGB V in § 92 Abs. 6a den folgenden Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie formuliert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förde-

Tab. 1: Obligate psychotherapeutische Sprechstunden

Alle Psychotherapeuten sind nach SGB V verpflichtet, psychotherapeutische Sprechstunden zu erbringen.
Bei vollem Versorgungsauftrag müssen 100 Minuten pro Woche erbracht werden, bei halbem Versorgungsauftrag 50 Minuten pro Woche.
Erwachsene Patienten haben Anspruch auf insgesamt 150 Minuten Sprechstunden mit diagnostischer Abklärung; Kinder, Jugendliche sowie sorgeberechtigte Bezugspersonen auf 250 Minuten Sprechstunden (in Einheiten von 25 Minuten, EBM Ziffer 35151 für 25 Minuten).
Patienten sind verpflichtet, vor einer RL-PT eine psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch zu nehmen (bis auf wenige Ausnahmen).
Therapeuten sind verpflichtet, den Patienten oder sorgeberechtigten Bezugspersonen am Ende der psychotherapeutischen Sprechstunde die „Individuelle Patienteninformation“ (PTV 11) und die „Allgemeine Patienteninformation“ (PTV 10) auszuhändigen.

Tab. 2: Probatorische Sitzungen

Erstmals wird der Zweck der probatorischen Sitzungen in der Psychotherapie-Richtlinie beschrieben.
Vor Beginn einer RL-PT (KZT oder LZT) sind immer zwei obligate probatorische Sitzungen verpflichtend.
EBM Ziffer 35150, 621 Punkte, entspricht 66,16 Euro je 50 Minuten
Vor einer Akutbehandlung sind keine probatorischen Sitzungen vorgesehen.
Soll nach einer Akutbehandlung eine RL-PT erfolgen, so sind probatorische Sitzungen notwendig.
Bei Erwachsenen können höchstens 200 Minuten und bei Kindern und Jugendlichen höchstens 300 Minuten (6 Sitzungen à 50 Minuten) probatorischer Sitzungen durchgeführt werden.

Tab. 3: Kurzzeittherapie

Generell von der Gutachterpflicht befreit
Aufgeteilt in KZT 1 und KZT 2 mit jeweils 12 Stunden (EBM-Ziffer 35401 und 35402 für TP; 35411 und 35412 für AP; 35421 und 35422 für VT, 841 Punkte, entspricht 89,60 Euro je 50 Minuten)
Antragspflichtig – nur der Patient bekommt eine Rückmeldung von der Krankenkasse.
Nur noch 24 Stunden statt bisher 25 Stunden
Als Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung
Frühestens nach der siebten Sitzung kann KZT 2 beantragt werden.
Spätestens zur achten Sitzung der KZT 2 (insg. 20. Sitzung) soll eine Umwandlung beantragt sein.
Anzeige des Endes einer KZT auf PTV12

rung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

Flexibleres Therapieangebot ...

Durch neue psychotherapeutische Leistungen in der Psychotherapie-Richtlinie neben der RL-PT (Kurzzeittherapie, KZT, und Langzeittherapie, LZT) sind eine ausführliche Diagnostik mit differenzialdiagnostischen Untersuchungen und eine Überprüfung der Indikationsstellung vorgesehen.

Die psychotherapeutischen Sprechstunden werden in Zeiteinheiten von 25 Minuten durchgeführt und dienen der Klärung, ob eine krankheitswertige Störung vorliegt, die innerhalb des GKV-Systems behandelt wird, ob eine psychiatrische oder neurologische oder sonstige körperliche Abklärung notwendig ist, ob ambulante Maßnahmen ausreichen oder teilstationäre/stationäre Maßnahmen in Klinik oder Rehabilitations-Einrichtungen notwendig sind und ob zusätzliche Maßnahmen außerhalb des GKV-Systems eingeleitet werden sollten. Damit ist intendiert, dass auch vor einer RL-PT psychodiagnostische Untersuchungen den klinischen Eindruck ergänzen und spezifizieren und die Breite des Versorgungsangebots für den individuellen Patienten genutzt werden kann. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gibt es zwei zusätzliche psychotherapeutische Sprechstunden, damit die Diagnostik und Indikationsstellung mit Kindern oder Jugendlichen und deren Bezugspersonen erfolgen kann.

Zur weiteren diagnostischen Klärung, insbesondere bei akuten psychischen Störungsbildern und Krisen, wie Panikattacken, Depressionen, Erregungszuständen, Essstörungen, Suizidalität ist die psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt worden. Diese soll in Gesprächseinheiten von 25 Minuten spätestens vierzehn Tage nach Durchführung einer 50-minütigen psychotherapeutischen Sprechstunde durchgeführt werden. Dabei sollen nur Methoden und Techniken der Psychotherapie-Richtlinie angewandt werden, also Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie, in denen der Therapeut zugelassen ist. Der Therapeut muss den Beginn der psychotherapeutischen Akutbehandlung mit Angabe der Daten der vorherigen Sprechstunden der Krankenkasse anzeigen, er muss aber nicht wie bei der KZT oder LZT auf eine Rückantwort warten, da die psychotherapeutische Akutbehandlung nur anzeigepflichtig ist. Damit unterliegt sie aber genauso wie die psychotherapeutische Sprechstunde der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

... mit neuen Leistungen

Mit diesen neuen Leistungen zur erweiterten Diagnostik und Indikationsstellung soll vor einer RL-PT eine für das individuelle Krankheitsbild des Patienten passende Zuweisung der Angebote im GKV-System gelingen, sodass letztendlich diejenigen Patienten, die wirklich einer RL-PT und LZT bedürfen, zielgerichteter herausgefiltert werden können. Ob das allerdings gelingen kann, lässt sich aktuell noch nicht beurteilen und wird wohl auch in Zukunft wegen fehlender Vergleichsdaten schwer nachzuweisen sein. Es ist aber zu begrüßen, dass das Augenmerk in der neuen Psychotherapie-Richtlinie mehr auf die Indikationsstellung für die verschiedenen möglichen Behandlungsmaßnahmen in und außerhalb des GKV-Systems gerichtet sein kann.

Früher konnten diagnostische Untersuchungen in begrenztem Umfang nur im Rahmen der probatorischen Sitzungen durchgeführt werden. Die Diagnostik wurde oft auch in die KZT verlagert. Die probatorischen Sitzungen dienen jetzt weiterhin der diagnostischen Prüfung, allerdings auf das Richtlinien-Verfahren bezogen, und zur Überprüfung der Passung mit einem Therapeuten. Erstmals wird die Funktion probatorischer Sitzungen im Text der neuen Psychotherapie-Richtlinie definiert. Neu ist, dass zur verfahrensspezifischen Prüfung zwei probatorische Sitzungen obligatorisch vor einer KZT oder LZT durchgeführt werden müssen, auch nach einer Akutbehandlung, wenn anschließend in eine KZT umgewandelt werden soll.

Mehr Patienteninformation

Obligatorisch ist bei der Beendigung einer psychotherapeutischen Sprechstunde die Ausgabe der Formblätter PTV 10 und PTV 11 an die Patienten beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen an die Bezugspersonen. Im Formblatt PTV 10 sind die wichtigsten Informationen zur ambulanten Psychotherapie für die Patienten zusammengefasst und die psychotherapeutischen Verfahren beschrieben. Damit soll auf die Qualität der ambulanten Psychotherapie in der GKV, das Versorgungsangebot, Formalien, sowie die Qualifikation der Therapeuten hingewiesen werden. Das Formblatt PTV 11 enthält die wichtigsten individuellen Informationen für einen Patienten nach den Sprechstunden, gegebenenfalls auch diagnostischen Untersuchungen, in Kurzfassung mit den ersten Diagnosen und Vorschlägen für das weitere Prozedere. Es ist eine Art Laufzettel, mit dem ein Patient einem Therapeuten oder Arzt erste Informationen zur Durchführung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder RL-PT mitbringen kann. Der Patient kann sich damit zur Vermittlung weiterer Termine an die Terminservicestellen und auch an Beratungsstellen außerhalb des GKV-Systems wenden.

Vereinfachung des Gutachter-Verfahrens

Nach der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie ist die KZT (KZT1 und KZT2) für alle Therapeuten generell nicht mehr gutachterpflichtig, aber formal antragspflichtig. Das gilt allerdings nicht, wenn innerhalb des Zeitraums von zwei Jahren nach Beendigung einer RL-PT erneut eine KZT erfolgen soll. Dann muss ein Bericht an einen Gutachter nach den Vorgaben des PTV 3 verfasst werden. Grundsätzlich können Kassen immer ein Gutachterverfahren einleiten, zum Beispiel bei offensichtlicher Aneinanderreihung mehrerer KZT bei verschiedenen Therapeuten.

Mit der Einführung der neuen psychotherapeutischen Leistungen können jetzt ohne Antragsverfahren 19 Therapieeinheiten à 50 Minuten für Einzelbehandlungen mit Erwachsenen und 23 Therapieeinheiten mit Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden (je-

weils inklusive probatorischer Sitzungen). Wenn eine RL-PT mit einer KZT durchgeführt wird (auch unter Anrechnung der Therapieeinheiten für eine vorherige psychotherapeutische Akutbehandlung), stehen ohne gutachterpflichtigen Antrag insgesamt 31 Therapieeinheiten für die Behandlung von erwachsenen Patienten und 35 Therapieeinheiten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zur Verfügung (zuzüglich 6 Therapieeinheiten für Bezugspersonen). Es sind allerdings die Formalien des PTV 12 bei der Anzeige der Akutbehandlung und des PTV 2 bei der Antragsstellung einer KZT 1 und KZT 2 zu erfüllen. Wichtig ist auch, dass auf dem Formblatt PTV 12 auch das Ende einer Akutbehandlung und das Ende einer KZT oder LZT angezeigt werden muss. Vor allem die doppelte Beantragung der KZT ist sehr ärgerlich und vor dem Hintergrund des eigentlich angestrebten Bürokratieabbaus absurd, wurde aber von den Vertretern des GKV-Spitzenverbands unbedingt gefordert.

Eine weitere Vereinfachung ist die mögliche Kürzung des Berichts an einen Gutachter für den Erstantrag einer LZT und einen Umwandlungsantrag aus der KZT 2. Der Bericht kann nur zwei Seiten umfassen, sollte aber nach dem Leitfaden des Formblatts PTV 3 und auf den in der Psychotherapie-Richtlinie definierten Grundlagen der Verfahren abgefasst sein.

Eine große Erleichterung für Therapeuten ist, dass es in allen Verfahren nur noch einen Fortführungsantrag gibt, bei dem es den Kassen überlassen ist, ob ein Bericht an einen Gutachter erstellt werden muss. Die meisten Kassenverbände scheinen von der Befreiung vom Gutachterverfahren Gebrauch zu machen, sodass in der Praxis meistens nur ein Bericht an einen Gutachter zu Beginn einer LZT notwendig ist.

Tab. 4: Psychotherapeutische Akutbehandlung

— Wird nur der Krankenkasse angezeigt (PTV 12 mit Einverständnis des Patienten) – das heißt, es muss nicht auf die Genehmigung gewartet werden.
— Soll zeitnah beginnen (Empfehlung: innerhalb von 14 Tagen)
— Vorrangig zur Entlastung von akuter Symptomatik, Klärung notwendiger Maßnahmen
— Maximal 12 Einzelsitzungen in Einheiten von 50 Minuten, teilbar in 25 Minuten (EBM Ziffer 35152 mit 421 Punkten, entspricht 44,85 Euro)
— Stunden für Bezugspersonen sind in den 12 Einzelsitzungen enthalten.
— Es kann eine RL-PT angeschlossen werden (obligate Probatorik und KZT oder LZT).
— In der Akutbehandlung geleistete Stunden müssen in der KZT oder LZT angerechnet werden.
— Das Ende der Akutbehandlung wird auf PTV 12 angezeigt.

Tab. 5: Gruppentherapie

— Bei KZT kein Gutachterverfahren (EBM-Ziffern 355xx)
— KZT auch für tiefenpsychologisch fundierte PT (TP) und Analytische PT (AP) bei Kindern (neu)
— Teilnehmer bei allen Verfahren und allen Altersgruppen: mindestens drei und maximal neun
— Gruppen für Bezugspersonen sind möglich.
— Bei Gruppentherapien ist nach jeweils 10 Stunden eine Einzeltherapiestunde möglich, ohne vorherige Beantragung!
— Kombinationsbehandlung als Gesamtplan möglich
— Wie bei Einzeltherapie Wegfall eines Fortführungsschrittes bei LZT
— Wie bei Einzeltherapie nicht zwingend Gutachterverfahren bei Fortführung

Förderung der Gruppenpsychotherapie

Der Gesetzgeber hat im SGB V die Förderung der Gruppenpsychotherapie klar benannt. Das soll durch Antragsfreiheit von Gruppentherapien in KZT 1 und KZT 2 erreicht werden und durch die Flexibilisierung der Gruppengrößen mit drei bis neun Teilnehmern. Es muss bei Antragstellung nicht mehr wie früher zwischen kleiner und großer Gruppe unterschieden werden, sondern die Gruppe kann je nach Bedarf größer oder kleiner werden. Dazu wurde bei der Honorierung nach der Anzahl der Teilnehmer eine intelligente Lösung gefunden. Wie bei Einzeltherapien ist auch bei Gruppentherapien ein Fortführungsantrag weggefallen. Gutachterpflichtig sind Langzeitanträge und Umwandlungsanträge. Die Begutachtung des einen Fortführungsantrags liegt in der Entscheidung der Krankenkassen. Das Gleiche gilt für Kombinationsbehandlungen aus Einzel- und Gruppentherapie.

Schutz der Vergütung aller Psychotherapeuten

Zentrales Ziel der KBV und der Vertreter der psychotherapeutischen Verbände war der Erhalt der Antragspflicht bei der KZT, damit es bei der Durchführung von RL-PT weiter keine Wirtschaftlichkeitsprüfung gibt und die angemessene Vergütung laut BSG-Urteil geschützt bleibt. Das konnte erreicht werden, allerdings um den Preis einer Zweiteilung der KZT und eines erhöhten bürokratischen Aufwands bei der doppelten Beantragung, sowohl für Krankenkassenmitarbeiter als auch für Therapeuten. Die Vorabgenehmigung des Stundenkontingents durch die Krankenkassen befreit von der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Umgekehrt müssen aber Therapeuten, die vorrangig psychotherapeutische Sprechstunden abhalten und viele, nur anzeigepflichtige und nicht genehmigungspflichtige Akutbehandlungen durchführen, mit einer möglichen nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung rechnen, genau wie bei psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen.

Terminservicestellen

Eine ganz neue Dynamik hat sich dadurch ergeben, dass zeitgleich mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie für psychisch Kranke die Terminservicestellen für alle Menschen mit psychischen Problemen direkt ohne Überweisung zugänglich geworden sind.

Im Unterschied zur Praxis bei somatischen Erkrankungen brauchen Menschen mit psychischen Problemen keine Überweisung, um durch die Terminservicestellen vermittelt zu werden. Sie können sich direkt dort melden und sollen innerhalb von vier Wochen für Sprechstunden an einen Vertragspsychotherapeuten vermittelt werden. Dort müssen dann die Krankheitswertigkeit und Akuität der Störung geprüft werden. Gelingt das nicht innerhalb von vier Wochen, so haben die Patienten ein Anrecht auf eine Vermittlung an Therapeuten in einem Krankenhaus, die die gleiche Qualifikation wie die Therapeuten im ambulanten System besitzen. Allerdings wurde dabei nicht geprüft, ob in Kliniken dafür überhaupt Ressourcen vorhanden sind. Terminservicestellen können im Anschluss an Sprechstunden mit 50 Minuten Dauer auch eine Akutbehandlung vermitteln, wenn der Therapeut dies nach den Sprechstunden für notwendig erachtet und entsprechend auf dem PTV 11 vermerkt hat. Kann ein Therapeut die Akutbehandlung nicht selbst durchführen, darf er den Patienten zur Terminservicestelle zurückschicken.

Buchtipp

Bender/Berner/Best/
Dilling/Schaff/Uhlemann

Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung

2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage.
334 Seiten. Verlag medhochzwei,
Heidelberg, 2018. 49,99 €
ISBN 978-3-86216-470-7
eBook 978-3-86216-471-4

Seit dem 1. Oktober 2018 werden laut Schiedsamtsentscheidung bei dringendem Behandlungsbedarf mit einer RL-PT auch probatorische Sitzungen durch Terminservicestellen vermittelt. Dabei können Patienten bei zwei verschiedenen Therapeuten die Passung für ein Richtlinien-Verfahren prüfen, sie werden also maximal zweimal vermittelt. Das bedeutet, dass Therapeuten den Terminservicestellen neben Zeiten für psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlungen auch Zeiten für probatorische Sitzungen nennen sollen. Dazu wurde das Formblatt PTV 2 geändert und ist seit 1. Oktober 2018 nur noch in der neuen Fassung gültig.

Resümee

Erste bundesweite Erhebungen haben gezeigt, dass nahezu alle Menschen, die sich wegen psychischer Probleme bei Terminservicestellen gemeldet haben, an ambulante Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten für psychotherapeutische Sprechstunden und psychotherapeutische Akutbehandlungen vermittelt werden konnten. Patienten mussten nicht an Psychotherapeuten in Kliniken weitergeschickt werden. Das ist ein großer Erfolg für uns Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Es haben somit alle psychotherapeutisch tätigen Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre gemeinsame Versorgungsverantwortung und Stärke gezeigt. Wir haben innerhalb des ersten Jahres nach der Strukturreform einen niederschwelligen und zeitnahen Zugang zu mindestens einer Sprechstunde für Patienten geschaffen und eine Klärung der Krankheitswertigkeit und des Behandlungsbedarfs anbieten können. Wartezeiten zu einer ersten Abklärung sind jetzt kürzer als in manch anderem Fachgebiet.

Sowohl die Kontingente der psychotherapeutischen Sprechstunden als auch die der psychotherapeutischen Akutbehandlung ermöglichen eine zeitintensivere diagnostische und differenzialdiagnostische Einschätzung der Patienten, eine gezieltere Indikationsstellung im individuellen Fall und eine klarere Führung eines Patienten zu den notwendigen und wirtschaftlichen Maßnahmen. Allerdings wird dabei deutlich, dass längst nicht alle psychotherapeutisch tätigen Kollegen mit den lokalen Versorgungsangeboten vertraut sind und weiterhin beispielsweise psychotherapeutische Akutbehandlung oder RL-PT empfehlen, wenn eigentlich psychiatrische oder psychosomatische fachärztliche Behandlungen oder sozialpsychiatrische Maßnahmen indiziert wären.

Damit wird ein grundlegendes Problem der „Strukturreform" offensichtlich: Sie ist nämlich keine Strukturreform. Es wurden sinnvolle neue Leistungen geschaffen, die zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen können. Um diese aber patientengerecht umzusetzen, sind Versorgungsstrukturen mit enger Kommunikation und Kooperation aller Fachgruppen und Institutionen notwendig, die aktuell aber noch nicht bestehen.

Es wurde in den letzten Jahren viel an solchen vernetzten Strukturen gearbeitet, als Beispiel sei das Versorgungsmodell NPPV (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) der KV Nordrhein genannt. Oder der Vertrag der Vertragswerkstatt der KBV („Koordinierte und strukturierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychischen Erkrankungen im Kompetenzverbund") zur Bildung von Kompetenzverbünden für die vernetzte Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter anderem durch Kinder- und Jugendpsychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und in Kooperation mit Kinderärzten. Leider zeigen die Kassenverbände derzeit kein Interesse, einen solchen Vertrag zu finanzieren. Der Gesetzgeber sollte von uns allen aufgerufen werden, bei der kommenden SGB-V-Novellierung solche vernetzten Strukturen, in denen die Elemente der Psychotherapie-Richtlinie zielgerichteter umgesetzt werden könnten, flächendeckend für die Versorgung psychisch kranker Menschen zu fordern und umzusetzen. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Schaff, Weil der Stadt

Interview

Die Versorgung erwachsener ADHS-Patienten ist oft defizitär!

Dr. Johanna Krause, ADHS-Expertin und Pionierin der ersten Stunde in der Forschung zur adulten ADHS, schätzt die derzeitige Versorgungslage für Erwachsene mit ADHS als defizitär ein. Zu wenige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind bereit, die Störung zu behandeln.

? *Frau Dr. Krause, wie schätzen Sie die neue S3-Leitlinie „ADHS im Kindes- Jugend- und Erwachsenenalter" ein?*

Dr. Johanna Krause: Die neue Leitlinie konzentriert sich leider sehr auf die ADHS des Kindes- und Jugendalters, sie bedarf hinsichtlich der speziellen Aspekte der ADHS im Erwachsenenalter noch wesentlicher Ergänzungen.

- Im gesamten Text wird nicht darauf hingewiesen, dass bereits 2003 die weltweit ersten Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Erwachsenen-ADHS in Deutschland veröffentlicht wurden.
- Es überrascht, dass die erste Studie, die bei Erwachsenen mit ADHS die Wirkung von Methylphenidat auf das Dopaminsystem nachwies, selbst in der Langversion der Leitlinie keine Erwähnung findet.
- Der wichtige Zusammenhang, dass die Überbewertung psychosozialer Interventionen in Deutschland leider dazu führt, dass die für die Patienten oft entscheidende Medikamentengabe sich verzögert oder unter Umständen nicht erfolgt, wird völlig unverständlich wiedergegeben.
- In der Langversion findet sich die Aussage, dass bei Erwachsenen eine vor dem 18. Lebensjahr begonnene Behandlung mit Oros-Methylphenidat fortgeführt werden kann, dass dies auch für Lisdexamfetamin gilt, bleibt unerwähnt.
- Auf die erheblichen Unterschiede in der Dosierung von Stimulanzien zwischen Kindes- und Erwachsenenalter wird leider nicht hingewiesen; diese resultieren aus der abnehmenden Verfügbarkeit der Dopamintransporter im ZNS.

Nähere Ausführungen finden sich in meinem Buch „ADHS im Erwachsenenalter", das inzwischen in 4. Auflage erschienen ist.

? *Werden aus Ihrer Sicht Erwachsene mit ADHS in Deutschland ausreichend versorgt?*

Krause: In Deutschland gibt es leider viel zu wenige Psychiater, die sich für die Diagnostik und Behandlung Erwachsener mit ADHS interessieren. Die Verordnung der meisten wirksamen Medikamente im Rahmen der Behandlung einer ADHS müssen auf BTM-Rezept erfolgen – das vermittelt vielen Kollegen, diese Medikamente seien gefährlich. Hier besteht erheblicher Aufklärungsbedarf!

Es wird zu wenig über die hohe Effizienz der Behandlung referiert und die damit einhergehenden positiven Veränderungen in Ausbildung, Beruf und Sozialleben. Die Behandlung ist für Patienten und behandelnde Ärzte ein Gewinn, leider wird zu viel über schwierige Patienten mit schwierigen Komorbiditäten referiert und zu wenig über die vielen erfolgreich therapierten Patienten, die oft einem entscheidenden Wandel ihrer Lebensqualität erleben und entsprechend dankbar sind!

? *Wie schätzen Sie das neue Cannabisgesetz ein?*

Krause: Obwohl von allen Fachgesellschaften eine Behandlung der ADHS mit Cannabis abgelehnt wird, hat sich eine neue Gruppe von Ärzten gebildet, die oft ohne weitere Kenntnis der Symptomatik und der Behandlung von ADHS-Patienten Privatrezepte für Cannabis ausstellen, weil die Patienten über erhebliche Nebenwirkungen einer Stimulanzienbehandlung berichten. Sicher erfolgt oft eine Überdosierung von Stimulanzien, da noch immer einige Kollegen davon ausgehen, dass Erwachsene deutlich höhere Dosierungen brauchen als Kinder. Mögliche Nebenwirkungen bei Überdosierung sind innere Unruhe und Kopfschmerzen. Die Patienten berichten also über reale, sie sehr einschränkende Nebenwirkungen, die Deutung dieser Symptome erfolgt jedoch nicht im oben genannten Sinne.

© [M] ALLVISIONN / Getty Images / iStock (Symbolbild mit fotomodell)

Jenseits der Transition fällt die Behandlung Erwachsener mit ADHS oftmals defizitär aus.

Es gibt im Gesetz bisher keine Indikation für eine Therapie der ADHS. Da sich die primäre Symptomatik unter dem Einfluss von Cannabis oft bessert, glauben diese Ärzte, den Patienten zu helfen. Es wird dabei übersehen, dass die häufig resultierende psychische Abhängigkeit und mit langfristigem Cannabiskonsum einhergehende Störung von Merkfähigkeit und Antrieb die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt.

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

Versorgungsmodelle

Der Weg zu einer personenzentrierten Psychiatrie – eine Herausforderung

Seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 hat sich einiges bewegt, aber eine Analyse der heutigen Versorgungssituation zeigt, dass es immer noch eine Reihe von Problemen gibt. Zur Lösung beitragen könnten sogenannte Stepped-Care-Modelle in einem regionalen Netzwerk.

Seit der Neuordnung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung infolge der Psychiatrie-Enquete (1975) hat sich viel bewegt. Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde weitgehend in die gemeindenahe Allgemeinversorgung integriert, die großen Landeskrankenhäuser mit großen Bettensälen verschwanden, Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in den Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken und Institutsambulanzen wurden auf- und zehntausende Krankenhausbetten abgebaut. Verbrachten Patienten vor einigen Jahrzehnten im Schnitt noch mehrere Jahre in psychiatrischen Krankenhäusern, sind es heute nur noch wenige Wochen.

Was erreicht wurde

Es entstanden Präventionskonzepte, Beratungsdienste und Selbsthilfegruppen wurden eingerichtet, die Koordination und Planung verschiedener Versorgungsangebote wurde etabliert. Seit den 1980er Jahren wurden in Modellregionen neue Institutionen und Angebote aufgebaut, wie sozialpsychiatrische Dienste, ortsnahe Wohnheime und lokale Steuerinstanzen (Psychiatriekoordinatoren), welche mittlerweile bundesweit existieren. Die Kommunen übernahmen die Verantwortung für Menschen mit psychischen Erkrankungen; ambulante Leistungserbringer wie niedergelassene Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, ambulante Soziotherapie und ambulante psychiatrische Pflege spielen seitdem eine immer wichtigere Rolle.

Auch eine Reihe von legislativen Veränderungen trugen dazu bei, dass die Forderung der Enquete nach rechtlicher Gleichstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen heute als weitgehend erreicht gilt. Dazu gehören unter anderem die Psychiatrie-Personalverordnung, die Behindertenrechtskonvention, das Patientenrechtegesetz und das Bundesteilhabegesetz. Das heutige Versorgungssystem ist weit ausdifferenziert und umfasst eine Reihe von Sektoren und Berufsgruppen. Auch im internationalen Vergleich hat Deutschland eines der weltweit am besten ausgestatteten psychiatrischen Hilfesysteme. Nur in der Schweiz gibt es pro Kopf mehr ärztliche Spezialisten für die Psyche.

Deutschland hat eines der weltweit am besten ausgestatteten psychiatrischen Hilfesysteme.

© © Jürgen Priewe / Fotolia

Wo wir dringend handeln müssen

Dies ist allerdings kein Grund sich zurückzulehnen. Eine Analyse der heutigen Versorgungssituation zeigt, dass es immer noch eine Reihe von Problemen gibt, deren Lösung dringender denn je ist. Zentral ist dabei eine Forderung der Psychiatrie-Enquete, welche bis heute nicht umgesetzt ist: „Eine wirksame Koordination im System der beratenden, betreuenden und therapeutischen Angebote für psychisch Kranke und Behinderte." (Deutscher Bundestag, Bericht zur Lage der Psychiatrie, 1975 Bundestagsdrucksache 7/4200, Berlin).

Die Herausforderungen für die Zukunft, denen sich die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie stellen müssen, sind umfassend und anspruchsvoll. Die Kliniken sehen sich veränderten fachlichen, aber auch gesellschaftlichen und politischen Erwartungen ausgesetzt, die neue Anforderungen und Aufgaben mit sich bringen. Die zukünftige Stellung der Krankenhäuser im Netzwerk der gemeindenahen Angebote erfordert gezielte Veränderungen in verschiedenen Handlungsbereichen. Diese

Veränderungen werden nicht ohne direkten Einfluss auf die personelle Besetzung bleiben – dies gilt sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Dies muss sich auch in den in Kürze zu treffenden Nachfolgeregelungen zur Psychiatrie-Personalverordnung adäquat abbilden und eine vollständige Finanzierung insbesondere der Personalkosten miteinschließen. Aspekte der stabilen Qualität von Leistung spielen in allen Bereichen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine zunehmend größere Rolle – das gilt in besonderer Weise für die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die eine Behandlung im Krankenhaus benötigen. Die durch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften entwickelten evidenzbasierten Leitlinien decken inzwischen ein weites Spektrum an psychischen Störungen und an therapeutischen Maßnahmen ab – und fordern den Kliniken zunehmend neue diagnostische und therapeutische Maßnahmen ab. Psychosoziale Maßnahmen sowie störungsspezifische psychotherapeutische Verfahren treten dabei auch in den Kliniken mehr in den Vordergrund. Dabei ist darauf zu achten, dass die in den letzten Jahrzehnten zu beobachtende – teilweise ungebremste – Leistungsverdichtung im stationären und teilstationären Bereich bei gleichzeitig zunehmendem Fachkräftemangel einer Qualitätsorientierung nicht entgegenwirkt. Denn dies birgt die Gefahr, dass dem Patienten letztlich mehr geschadet als genutzt wird.

Die Schnittstellen zwischen Krankenhäusern und den vorwiegend ambulant arbeitenden Bereichen des Versorgungssystems müssen klar definiert werden. Während in der frühen Phase der Bemühung um eine verstärkte ambulante Behandlung „ambulant vor stationär" propagiert und später über „ambulant statt stationär" diskutiert wurde, erscheint es in Zukunft verstärkt erforderlich, „ambulant und stationär" zu denken und zu handeln. Der Maßstab muss dabei der konkrete Hilfe- und Versorgungsbedarf des individuellen Patienten sein. Unabhängig vom jeweiligen Setting müssen gleichartige Qualitätskriterien für die Behandlung gelten. Die aktuellen Bemühungen um eine Etablierung der stationsäquivalenten Behandlung müssen in ihrer Konsequenz zu einem bedarfsgerechten und flexiblen Übergang zwischen den jeweiligen Settings beitragen. Die Übergänge zwischen den verschiedenen Bereichen des Versorgungssystems erfordern eine eindeutige Definition und Strukturierung. Innovative vernetzte Versorgungsformen wie Modellprojekte nach §64b SGB V, Praxisnetze oder Projekte der gestuften Versorgung können dazu beitragen, moderne und zukunftsfähige Formen der Steuerung von Versorgung in der Region zu entwickeln. Der mit der bestehenden massiven Fragmentierung unseres Gesundheitswesens einhergehenden Gefahr von Brüchen und Abbrüchen an den Übergängen zwischen den Versorgungssektoren muss mit einer verstärkten Berücksichtigung der Behandlungskonstanz – und damit der Beziehungskonstanz – dringend entgegengewirkt werden. Dies muss im Übrigen auch zu einer besseren Integration psychiatrischer und psychosomatischer Angebote führen. Verschiebungen der Leistungsstrukturen zwischen beiden Bereichen werden im Ergebnis niemandem nützen. Psychiatrische Krankenhäuser sind in besonderer Weise geprägt von der Auseinandersetzung mit den Anforderungen an eine umfassende Autonomie der Patienten. Nicht nur die höheren rechtlichen Vorgaben in diesem Bereich, sondern insbesondere weitgehende ethische Anforderungen erfordern veränderte Haltungen und Einstellungen bei den Mitarbeitern und führen damit letztlich ebenfalls zu einer gravierenden Veränderung der Versorgungssituation. Assistierte Entscheidungsfindung bei Patienten mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit oder Bemühungen um eine partizipative Form der Entscheidungsfindung sind nur zwei Beispiele dafür.

Verbindliche Kooperation – Stepped-Care-Modell

Die drängendste Herausforderung in der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung besteht darin, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarfsgerecht und den subjektiven Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen angemessen sowie evidenzbasiert unter ökonomisch begrenzten Ressourcen und steigender Nachfrage aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Das im Juli 2018 veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenrats* zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt unter anderem den Ausbau der ambulanten und tagesklinischen Kapazitäten und die klare Verortung der Koordinationsverantwortung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Ziele der Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind neben der Symptomenreduktion vor allem die Stärkung der eigenen Ressourcen, die Ermöglichung von Teilhabe in allen Lebensbereichen und die Einbeziehung des Lebensumfeldes. Dabei sollten Diagnostik, Beratung und Behandlung möglichst niederschwellig und nach kurzen Wartezeiten erfolgen und die Kontinuität der Behandlung und der behandelnden Bezugspersonen gewährleistet sein. Die Intensität der Behandlung muss sich dem häufig wechselnden individuellen Bedarf der Patienten kontinuierlich anpassen.

Sogenannte Stepped-Care-Modelle, wie sie das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) oder das australische Gesundheitssystem kennen, könnten in Deutschland für eine ver-

Buchtipp

Hauth I, Falkai P, Deister A (Hrsg.)

Psyche Mensch Gesellschaft

Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: Forschung, Versorgung, Teilhabe

1. Auflage, 228 Seiten, 23 farbige Abbildungen, 8 Tabellen
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2017
ISBN: 978-3-95466-285-2 49,95 €

*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_website.pdf

bindliche, strukturierte, gestufte Versorgung psychisch erkrankter Menschen Modell stehen. Stepped-Care-Modelle gehen vom Bedarf der Patienten aus und bieten gezielte Entscheidungsunterstützung durch Leitlinien und Versorgungspfade, bei denen die verschiedenen Therapieangebote strukturiert und koordiniert von niedriger bis hoher Intensität definiert werden. Ein Baustein sollte eine Beratungs- oder Screening-Sprechstunde sein, die niederschwellig und zeitnah aufgesucht werden kann. Nach der diagnostischen Einschätzung wird der Behandlungsbedarf geklärt, notfalls eine Krisenintervention angeboten, bei psychosozialen Krisen ohne direkten Krankheitswert auf Beratungsstellen, Entspannungstherapie oder Coaching verwiesen. Sobald die Diagnose und ein weitergehender Therapiebedarf festgestellt wurden, kann durch den Facharzt beziehungsweise den ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten die weitere Behandlung übernommen werden. Je nach Schwere, Behandlungserfolg und Verlauf wechseln die Patienten in die nächste Stufe des Stepped-Care-Modells und erhalten je nach individuellem Bedarf zusätzliche Behandlungsmodule, wie Psychotherapie, ambulante Pflege, ambulante Soziotherapie bis hin zur stationären Aufnahme.

Stepped-Care-Modelle sollten in einem regionalen Netzwerk organisiert sein, dem alle ambulanten und stationären Leistungsanbieter angehören. Die Kooperation der definierten modularen Leistungen erfolgt strukturiert und am Stepped-Care-Versorgungspfad entlang abgestimmt. Die Qualitätssicherung erfolgt mit den üblichen Elementen wie Steuerungsgremien, Qualitätszirkeln, gemeinsamen Internetplattformen für Terminabsprachen und Informationsübermittlung. Die Überwindung der Sektorengrenzen in unserem hochfragmentierten System von Leistungsanbietern und Kostenträgern wird nur gelingen, wenn der Gesetzgeber Verpflichtungen und Anreize dazu schafft. Dies könnten Vergütungsanreize für die Koordination des Netzwerkes oder für das Ausüben einer Lotsenfunktion sein. Dabei geht es nicht primär um eine Aufstockung der Leistungen, sondern um eine gezieltere Steuerung. Nur so wird eine bedarfsgerechte sektorübergreifende Versorgung einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zur Sicherung des Patientenwohls leisten können. □

AUTOREN

Prof. Dr. med. Arno Deister
Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger
Dr. med. Iris Hauth

Korrespondenzadresse:
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN e.V.)
Reinhardtstr. 27b, 10117 Berlin

Buchtipp

Sprechen Sie Farsi?

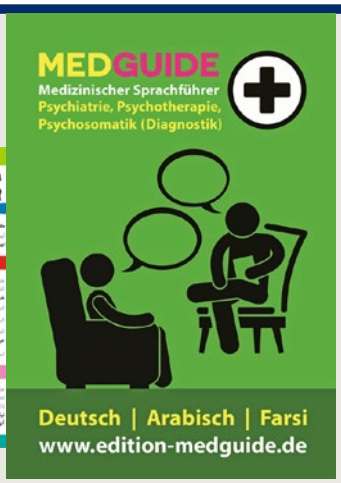
Der MedGuide-Sprachführer „Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik" erleichtert die Kommunikation mit Arabisch oder Farsi/Persisch sprechenden Patienten. Er unterstützt bei der Diagnostik psychischer Störungen auf der Grundlage einer ausführlichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Anamnese. Die Autoren Bettina Kleinmann und Michael Schwarz legen besonderen Schwerpunkt auf Fragen zur posttraumatischen Belastungsstörung und Dissoziation. Auch Migrationsaspekte – etwa der bislang erfolgte Grad der Integration – und einige kulturelle Besonderheiten kommen zur Sprache. So wird der Alltag von Patienten mit Migrationsgeschichte ebenso berücksichtigt.

Die Fragen und möglichen Antworten sind übersichtlich und gut strukturiert dargestellt: zunächst auf Deutsch, daneben in den Fremdsprachen, anschließend folgt eine Illustration in Piktogrammform, die das Erfahrene noch einmal bildlich darstellt.

Dieser MedGuide bietet somit für Psychiater, Psychotherapeuten, Suchtberatungsstellen und öffentliche Beratungseinrichtungen eine sehr umfassende Sammlung von Fragen und Antworten, die in der medizinischen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen wichtig sind.

Inhalte und beispielhafte Darstellung einer Seite sowie Zeige-Antwort-Karte (als Kopiervorlage im Buch)

Ergänzend kann der MedGuide „Allgemeinmedizin" (€ 19,90) als Grundlage für die somatische Diagnostik auch bei psychischen Störungen hilfreich sein. Dieser ist bereits in den Sprachen Deutsch/Arabisch/Farsi, Deutsch/Türkisch/Russisch und Deutsch/Tigrinya/Kurdisch erhältlich. **red**



Bettina Kleinmann und Michael Schwarz (Hrsg.)

MedGuide Medizinischer Sprachführer Psychiatrie / Psychotherapie / Psychosomatik (Diagnostik)

Deutsch – Arabisch – Farsi (Persisch)
39,90 €; ISBN 978-3-96005-505-1;
Edition MedGuide c/o Mandl & Schwarz-Verlag, Husum 2018

Nur direkt zu beziehen über:
www.edition-medguide.de

EX-IN – Genesungsbegleiter im ambulanten Einsatz

Die Wirklichkeit ist viel komplizierter als die Idee einer Revolution

Genesungsbegleiter sind Übersetzer und Brückenbildner aus der Selbsthilfe – einer von ihnen aus dem Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (NetzG-RLP e. V.) berichtet aus der eigenen Peer-Arbeit.

EX-IN Experten durch Erfahrung® in der Psychiatrie
EX-IN Deutschland e.V.

EX-IN werden die Genesungsbegleiter auch genannt. Der Begriff kürzt die englische Bezeichnung „Experience Involvement" ab. Das bedeutet so viel wie: Aus eigenem Erleben und eigener Anschauung einbringen, was Patienten fühlen, wie sie sich sehen und was sie wünschen. Einst selbst betroffen, fällt es den Genesungsbegleitern nicht schwer, Krisen und innere Konflikte zu verstehen. Sie kennen seelische Erschütterungen aus dem eigenen Leben und wissen genau, wie es sich anfühlt, depressiv zu sein oder unter einer Psychose zu leiden. Existenzängste, Antriebslosigkeit oder die Nebenwirkungen von Psychopharmaka – das alles ist ihnen bekannt.

Auf Augenhöhe mit dem Klienten

Der Klient weiß, dass mit dem EX-IN jemand vor ihm sitzt, der für sich einen Weg erarbeiten konnte, den eigenen Krisenmodus zu verlassen, oder zumindest eine Linderung erfahren hat. Dieses Wissen als Angebot weiterzugeben, ist der nicht ganz neue Gedanke der hinter Peer-Begleitung, hier EX-IN-Genesungsbegleitern, steht. Gleichberechtigt mit den Fachkräften, die sich das Wissen auf einer wissenschaftlichen Grundlage und im klinischen Alltag erarbeitet haben und somit ein nicht minder wichtiges und staatlich geprüftes Wissen haben. Bislang gehörten mögliche eigene Erfahrungen mit Krisen auf keinen Fall in ein therapeutisches Gespräch zwischen Klient und Berater. Es ist auch nicht opportun, dies seinen Arbeitgeber wissen zu lassen. Und ein absolutes No-go, geradezu Ausschlusskriterium, ist es, in einem ärztlichen oder therapeutischen Beruf mit solcherart eigenen Erfahrungen auf Klienten „losgelassen" zu werden.

Arbeiten im Haus der Seele

Nun also hält der EX-IN-Genesungsbegleiter Einzug in das bisher eher verschlossene System der psychiatrischen Helfer. Er darf nun quasi wie ein spezieller Türöffner in das Haus der Seele des Klienten eintreten. Das ist für ihn leichter, weil er viel früher als „vertrauter Freund des Hauses" von der Seele erkannt wird. Dieser spezielle Hausfreund bekommt vorab einen Vertrauensvorschuss. Denn manchmal wurde viel Vertrauen von vorherigen Einlass begehrenden Besuchern aus den unterschiedlichsten Gründen zerstört oder zumindest beeinträchtigt. Das dem EX-IN folgende, im Schlepptau befindliche multiprofessionelle Team, bekommt so früher als bisher Zugang zu den anderen Zimmern dieses Hauses und kann nun wiederum mit seinen eigenen speziellen Schlüsseln – dem wissenschaftlichen, evidenzbasierten Wissen – weitere Räume des Klienten anschauen und bei der Renovierung oder Neueinrichtung fachlich unterstützen und beraten.

Der neue „Begleiter auf Augenhöhe" bleibt dem Klienten spürbar und sichtbar, weiß er doch intuitiv und aus dem Gespräch, dass auch der EX-IN einst sein brüchiges Seelenhaus mithilfe von Fachkräften als für sich bewohnbar und schön gestalten konnte. Mithilfe der Coping-Elemente „Hoffnung" und „Zuversicht" verstärkt der EX-IN die Kraft und den Willen des Klienten sich auf neue Therapieziele einzulassen. Dieser weiß, dass sie ihm einiges abverlangen werden. Ob sich alle diese Anstrengungen für ihn lohnen werden, weiß der Klient zum Zeitpunkt seiner Krise nicht – und sein Therapeut hat doch erst einmal keine „wirkliche" Ahnung von seiner im Ausnahmezustand befindlichen Seele. Gerade in dem Stadium, wo der Mensch den Ausweg zur Selbstfindung nicht mehr findet oder vor der eigenen verschlossenen Tür steht, ist der EX-IN ein nicht zu unterschätzender starker Mutmacher!

Praxiserfahrungen

Wie gestaltet sich nun ein solcher Genesungseinsatz durch einen EX-IN in einem multiprofessionell aufgestellten Team, auch in der ambulanten Praxis, und wie kann er seine Wirksamkeit entfalten?

In der Ausbildung und den darauf folgenden Einsatzorten als EX-IN-Genesungsbegleiter habe ich des öfteren Sätze gehört wie:

- Noch nie gehört, aber Hut ab was Du da machst. Das ist wichtig!
- Wenn Dich was antriggert, wirst Du dann wieder krank?
- Sie sind der Meinung, nur weil Sie Krisen hatten, könnten Sie Menschen besser helfen als Fachleute das können?
- Ich finde es toll, dass Du das machst und es so etwas gibt! Kann ich das auch machen?
- Sag mal, ist das nicht nur eine Möglichkeit, damit die Psychiatrie billige Arbeitskräfte bekommt?
- Ich hoffe Sie reden den Klienten jetzt nicht die Medikamente aus!

Empirische Befunde zum Potenzial von Peer Arbeit

Entnommen aus dem Endbericht „EX-IN im Bezirk Oberbayern" der wissenschaftlichen Begleitforschung der Hochschule München

Weitere Literaturtipps:

J. Utschakowski, G. Sielaff u.a. Experten aus Erfahrung – Peerarbeit in der Psychiatrie, Psychiatrieverlag 2015

Jörg Utschakowski: Mit Peers arbeiten (Downloadmaterial © Psychiatrie Verlag 2015

Publikation	Methode	Zeitraum/Studien	Ergebnisse summarisch; Evidenzlevel, Empfehlungen
Repper & Carter 2011	Inklusive Literatur-Review	1995 bis 2010 20 Studien; qualitative und quantitative Methoden	Positive Effekte für Nutzer: reduzierte Hospitalisierung, größere Hoffnung, Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk Effekte für Peers: Recovery, Selbstbewusstsein, soziale Netzwerke, mehr Arbeitsmöglichkeiten, Stigmatisierung/Diskriminierung durch andere Mitarbeiter Keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Doughty & Tse 2011	Inklusive Literatur-Review, NHMRC-System	1980 bis 2008 27 Studien: 17 RCT, drei quasi randomisierte und sieben Vergleichsstudien	Positive Effekte für Nutzer: höhere Behandlungszufriedenheit, höhere Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk Artizipative Forschung: Peers als Rater oder Interviewer erhielten häufiger auch negative und kritische Antworten. Keine negativen Effekte Empfehlung: Ausbau von Peer-Arbeit
Walker & Bryant 2013	Literatur Review mit Metasynthese	1990 bis 2010 20 qualitative Studien (z.B. Interviews Fokusgruppen)	Positive Effekte für Nutzer: Rollenvorbilder, stärkere Hoffnung, Motivation, größeres soziales Netzwerk, bessere, schnellere, vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu Peers; Effekte für Peers: höhere Zufriedenheit, Recovery, Selbstbewusstsein, Wohlbefinden, soziale Netzwerke; niedrige Bezahlung und Stigmatisierung/Diskriminierung Effekte für andere Mitarbeiter: mehr Empathie und Recovery-Orientierung, Konkurrenzängste Keine negativen Effekte für Nutzer Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Rolle, Training und Supervision
Pitt et al. 2013	Systematisches Review mit Metaanalyse: Cochrane Collaboration; CONSORT	1979 bis 2011 11 RCT (n= 2 796)	Positive, signifikante Effekte für Nutzer: weniger Notaufnahmen; mehr gedeckte Bedürfnisse Keine negativen Effekte für Nutzer; Niedrig-moderate Evidenz Empfehlung der gründlichen Vorbereitung bei Implementierung von Peer-Arbeit
Mahlke et al. 2014	Narratives Review der aktuellen Literatur	2012 bis 2013	Empfehlung von Peer-Arbeit mit klarer Peer spezifischer Rolle, Ausbildung und Vorbereitung in Institutionen. Da keine negativen Effekte unbedingt empfohlen zur stärkeren Recovery Orientierung, Zwangsreduktion und entgegen Stigmatisierung der psychiatrischen Versorgung Keine negativen Effekte für Nutzer
Lloyd Evans et al. 2014	Systematisches Review mit Metaanalyse, Evidenzlevel nach GRADE	Beginn bis 2013 18 RCT (n = 5 597)	Positive, signifikante, Effekte: weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, Lebensqualität, größere Hoffnung, Empowerment und Recovery Keine negativen Effekte für Nutzer; Niedrige Evidenz; Nicht ausreichend für Empfehlung
Chinman et al. 2014	Literatur-Review, drei Evidenzlevel nach AEB	1995 bis 2012 Elf RCT, sechs quasiexperimentelle, drei Korrelationsstudien	Positive, inkonsistente Effekte: höhere Adhärenz, weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, stärkere Aktivierung, höheres soziales Funktionsniveau, größere Hoffnung, Selbstbestimmung und Recovery Keine negativen Effekte für Nutzer; Moderate Evidenz; Empfehlung von Peer-Arbeit und Kostendeckung

Auch für mich als Ex-IN gibt es Tage, die mich viel Kraft kosten, aber eben auch Tage, an denen wir uns als Team gegenseitig stärken und im Interesse des Klienten zusammenarbeiten, neue Erkenntnisse von Beziehungsarbeit erhalten und nicht zuletzt Spaß und Freude an unserer Arbeit haben. Ich sehe Menschen an ihren Aufgaben wachsen und spüre, dass sie mir vertrauen. Sie sprechen offen Situationen an, die ihnen bisher nicht gutgetan haben. Ich gebe Denkanstöße, spiegele das Verhalten, rede und vermittle. Ich bin Regulator, Fürsprecher und Vertrauensperson.

„Psychiatrie ist Beziehungsarbeit"

Ein von mir sehr geschätzter Professor und Chefarzt in der Akutpsychiatrischen Versorgung, den ich im Laufe meiner Tätigkeit als Genesungsbegleiter kennenlernen durfte, hat mir folgenden Leitsatz, der für ihn Erkenntnis und gelebte Haltung war, mit auf den Weg gegeben: „Psychiatrie, wer will das überhaupt in Abrede stellen, ist eben nur mit diesem ganz eigenen, qualitativ hochwertigen Anspruch an die eigene Beziehungsfähigkeit zu verstehen." Von seinen Worten bin ich heute noch nachhaltig beeindruckt. Vertrauen, das wissen wir alle, ist beim Umgang mit unseren Klienten, die in Krisen stecken, Grundvoraussetzung für Beziehungsarbeit. In besonderer Weise gilt dies auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

EX-IN – ein Gewinn für die Versorgung

Bei Themen der seelischen Gesundheit mangelt es weiterhin an notwendiger Aufklärung und profunder Informationsbeschaffung. Das trifft auch auf das neue Berufsfeld des EX-IN zu. Der Arzt und Wissenschaftler Sebastian von Peter forscht dazu, wie die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitern gelingen kann und fordert einen wertschätzenden Umgang mit ihnen. Alle Studien, auch aus dem internationalen Kontext, zeigen, wie wichtig es ist, dass die Institution sich selbst aufmacht und dass alle, die dort arbeiten, einen Veränderungsprozess durchlaufen. Ansonsten kann die Arbeit der Genesungsbegleiter nicht wirken. Die ersten Ergebnisse zeigen, Genesungsbegleiter waren von Anfang an ein Gewinn für die ambulante Versorgung von psychisch Kranken.

EX-IN, das bedeutet Selbsthilfe auf Augenhöhe mit tariflich festgelegten Konditionen, auf Basis der aktuellen Diskussion des PsychPV und den individuellen Behandlungsbedürfnissen von psychisch erkrankten Menschen.

Eine Herausforderung? Ganz sicher – für uns alle!

Ich glaube daran, dass sich in Zukunft langsam die angerosteten „Stellschrauben im Gesundheitssystem" durch uns Genesungsbegleiter leichter lösen lassen werden. Jedenfalls ist eine Neujustierung angesichts der häufiger werdenden psychischen Störungsbilder dringend angeraten. Jeder von uns trägt seinen Teil dazu bei. Jeder bestellt sein Feld auf dem Gebiet, auf dem er sich am besten auskennt. Noch sind die Wege zu diesen speziellen Feldern mit den besonderen Früchten der Teilhabe eher ungepflastert, überwuchert und unübersichtlich. Diesen Weg freizulegen ist ein großes Vorhaben und bedeutet für alle eine enorm herausfordernde Pionierarbeit.

Wir sind auf Offenheit, Mithilfe und Unterstützung angewiesen. Bisweilen brodelt es erst einmal heftig in den Räumen der pflegenden Kräfte und in den stationären und ambulanten Wartehallen.

Die Revolution steht derzeit noch auf einem weißen Blatt Papier mit einigen Anfangssätzen, – zu wenig, als das sie bereits zur gelebten Wirklichkeit geworden wäre. Die Selbsthilfe hat die Leuchtkraft dieses Ansatzes bereits früh erkannt und ist aktuell dabei, diesen Funken in die Gesellschaft zu tragen. Wir brauchen hierzu allerdings engagierte Visionäre und Mitstreiter.

Selbsthilfe in einer neuen Dimension

Ich möchte an dieser Stelle ein Zitat von Dr. Asmus Finzen wiedergeben, der das Ergebnis der Fachtagung „Auf dem Weg zur Reform – die Psychiatrie-Enquete wird 40" in der Zeitschrift Psychiatrische Praxis 42/2015 wie folgt zusammenfasste: „Die verbreitete Hoffnung, dass sich gleichzeitig eine neue therapeutische Kultur in der Psychiatrie entwickeln würde, wurde in mancher Hinsicht enttäuscht, zumal das Ziel der Enquete war, neue Strukturen bereitzustellen, nicht, sie mit Inhalt zu füllen." Professor Klaus Dörner hat anschließend in einem Zwiegespräch mit dem 1. Vorsitzenden des NetzG-RLP e. V., Franz-Josef Wagner, dazu festgestellt: „Das einzig Erfolgreiche der Psychiatriereform ist die Selbsthilfe."

Ich möchte dies um folgenden Gedanken ergänzen: EX-IN hat sich aus dem Gedanken der Selbsthilfe zu einem professionellen Angebot der Betroffenen für Betroffene entwickelt, bei dem der Einbezug von Erfahrungswissen im Vordergrund steht. Damit wird es zukünftig möglich sein, einen therapeutisch wirksamen Ansatz zu etablieren, den es so bislang noch nicht gab. Dieser Platz konnte auch nur deshalb so lange unbesetzt bleiben, weil er ausschließlich in der ehrenamtlichen und damit unentgeltlichen Selbsthilfe verankert schien. Der Selbsthilfegedanke konnte aber nie unmittelbar innerhalb eines direkten Praxisalltages stattfinden, er war immer beschränkt auf den Verweis, die örtlichen Selbsthilfegruppen aufzusuchen. Jetzt gibt es die Möglichkeit, Erfahrungswissen als förderungswürdigen Ausbildungsgang in eine entlohnte Tätigkeit und damit in den therapeutischen Bezug einzubringen. Das macht ehrenamtliche Selbsthilfe keinesfalls überflüssig und ist auch keine Herabstufung dieser wertvollen Unterstützung für Betroffene. Der Königsweg besteht darin, beide Möglichkeiten in Betracht zu ziehen.

Um die Revolution in die Realität zu überführen bedarf es jedoch noch vieler Soldaten!

AUTOR

Robert Jacobs
EX-IN Genesungsbegleiter, Schriftführer des Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (NetzG-RLP e.V.)

Weiterführende Informationen zu EX-IN und dem Landesnetzwerk:
www.exin-rlp.de
www.NetzG-Rlp.de

DGPPN Nachwuchsinitiative

Generation PSY wird drei

Generation PSY, die Nachwuchsinitiative der DGPPN, hat etwas zu feiern: Fünf Kampagnen, zehn Protagonisten, unzählige Postkarten und Plakate, die wir an Universitäten und Kliniken verschickt haben – www.generation-psy.de ist die Adresse für junge Psychiater und solche, die es werden wollen.

Zu den Angeboten der Generation PSY gehört neben fundierten und leicht verständlichen Informationen zum Beruf ein besonderes Servicepaket, das auf die unterschiedlichen Abschnitte der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie abgestimmt ist. Es umfasst beispielsweise Summer Schools, ein Mentoring-Programm und Intensivkurse zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Dreh- und Angelpunkt für junge Psychiater und Psychotherapeuten ist das Webportal **www.generation-psy.de**. Dort wird die Brücke geschlagen zwischen einem frischen, jugendlichen Auftritt und fundierten Informationen zum Beruf. Ein Konzept, das gut ankommt: Generation PSY gehört zu den Preisträgern des German Design Awards 2018 und hat der DGPPN einen großen Zulauf an Starter-Mitgliedern beschert.

Jetzt Mentee werden und von den Besten lernen

Jede Behandlung ist anders, denn jeder Patient und jede Störung sind anders. Diese Vielfalt des Faches können Bücher und Vorträge niemals abbilden, weshalb nur eines hilft: Ein Vor-Ort-Besuch in der Wirklichkeit. Wie? Durch Mentoring. Wir haben das perfekte Programm dafür. Hier lernst Du, wie Ärzte jeden Tag arbeiten, wie sie Patienten untersuchen, wie sie Störungen erkennen und sie individualisiert behandeln. Was Dir das noch bringt?

Mentees bekommen Praxis und Kontakte. Bei den hautnahen Einblicken profitierst Du einerseits von der Erfahrung deines Mentors, der Dich bei deinen ersten psychiatrischen Gehversuchen unterstützt. Andererseits hast Du dann zum Berufseinstieg auch schon erste Kontakte.

Wichtigste Frage: Was müssen Mentees bezahlen? Wichtigste Antwort: Nichts. Auch dank des ehrenamtlichen Engagements unserer Mentoren.

Die Dauer ist Verhandlungssache. Wie lange das Mentoring-Programm dauert? Kommt ganz drauf an. Auf Dich. Auf Deinen Mentor. Und auf die Schwerpunkte, die ihr setzen möchtet. Das alles klärt ihr vorher in einem Gespräch. Danach richtet sich auch die Dauer des Programms.

So melden sich Mentees an:
Alle Infos haben wir unter dem Menüpunkt „Angebote“ auf **www.generation-psy.de** zusammengestellt.

Psychiatrie-EM 2018: Dabei sein ist alles!

Was muss man unbedingt über den Psychiaterberuf wissen? Wie wird der erste Arbeitstag aussehen? Das alles und mehr erklären Mitglieder der Generation PSY auf dem DGPPN Kongress. Ende November treffen sich in Berlin nicht nur gestandene Experten vom Fach, sondern auch Medizinstudierende, PJler und Assistenzärzte. Die Generation PSY hat ein Programm auf die Beine gestellt, das es in sich hat. Die Themen sind so vielfältig wie das Berufsbild. Es warten rund 20 Workshops, Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures und Diskussionsforen. Die meisten Formate sind interaktiv gestaltet, sodass sich die Kongressteilnehmer direkt und ganz unkompliziert mit den Experten austauschen können. Außerdem stehen die Mitglieder der Generation PSY vor Ort beim „Kongress Speed Dating“ Rede und Antwort – die perfekte Gelegenheit, um Fragen loszuwerden und zu netzwerken. Wann? Am 30. November 2018, 17:15 – 18:45 Uhr im CityCube und anschließend gibt es ein gemeinsames Gettogether. Psychiatrie live und in Farbe kann man außerdem bei den Klinikvisitationen erleben. Auf dem Programm stehen die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Universitätsmedizin Berlin und das Alexianer St.-Joseph-Krankenhaus in Berlin-Weißensee. Alle Infos und Anmeldung auf **www.dgppnkongress.de**

DGPPN Kongress 2018: Nachwuchsprogramm			
Mittwoch, 28. November 2018			
08:30 – 09:30 Uhr	Raum M2	Besondere Veranstaltung	Einführung in den Kongress: Studierende treffen Psychiater (Arno Deister, Itzehoe)
13:30 – 15:00 Uhr	Saal London 3	Symposium	Herausfordernde Situationen in der Psychiatrie
15:30 – 16:30 Uhr	Saal A8	Lecture	Epigenetik: Dolmetscher im Vulnerabilitäts-Stress-Modell psychischer Erkrankungen (Katharina Domschke, Freiburg im Breisgau)
17:15 – 18:45 Uhr	Raum M2	Diskussionsforum	Junge Psychiatrie und frische Politik
17:15 – 18:45 Uhr	Saal London 1	Symposium	Typische Krankheitsbilder in der Psychiatrie
Donnerstag, 29. November 2018			
08:30 – 10:30 Uhr	Raum Weimar 2	Workshop	Mit Fug und Recht – was ich schon immer zu Rechtsfragen der Psychiatrie wissen wollte (Albrecht Wienke, Köln)
09:00 – 10:00 Uhr	Saal London 1	Lecture	Von den Geschlechtsorganen des Aals zur Traumdeutung: Sigmund Freuds Weg zur Psychoanalyse (Christfried Tögel, Pully, Schweiz)
10:00 – 12:00 Uhr		Klinikbesichtigung	Alexianer St. Joseph-Krankenhaus, Berlin-Weißensee
10:15 – 11:45 Uhr	Saal London 2	Diskussionsforum	Herausforderungen in der Assistenzarztzeit – ein Trialog über Augenhöhe, Altersunterschied und Erfahrung am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung
12:00 – 13:00 Uhr	Saal A1	Meet-the-expert	Psychopathologie – brauchen das junge Psychiater noch? (Thomas Fuchs, Heidelberg)
13:30 – 15:00 Uhr	Saal London 3	Symposium	Forensische Psychiatrie – ein Arbeitsfeld mit Zukunft
15:30 – 17:00 Uhr	Saal London 3	Diskussionsforum	Wie palliativ darf Psychiatrie sein? Schnittstellen und Grenzen von Palliativmedizin und Psychiatrie
15:30 – 16:30 Uhr	Saal A3	Meet-the-expert	Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Nahlah Saimeh, Düsseldorf)
17:15 – 18:45 Uhr	Saal London 1	Symposium	Ethik in der Psychiatrie
Freitag, 30. November 2018			
08:30 – 10:00 Uhr	Raum M2	Symposium	Wie viel Somatik braucht die Psychiatrie?
08:30 – 12:30 Uhr	Raum R12	Workshop	Das psychiatrische Gutachten: eine praxisnahe Einführung für Anfänger in der psychiatrischen Begutachtung (Felix Segmiller, Günzburg; Florian Riegg, München)
09:00 – 10:00 Uhr	Saal London 1	Lecture	Sozialpsychiatrie – customized care (Raoul Borbé, Ravensburg)
10:00 – 12:00 Uhr		Klinikbesichtigung	Campus Charité Berlin-Mitte
10:15 – 11:15 Uhr	Raum M1	Besondere Veranstaltung	Mein gutes Recht – Infoveranstaltung zur Tarifpolitik in Kooperation mit dem Marburger Bund (Christian Twardy, Berlin)
12:00 – 13:00 Uhr	Saal A1	Meet-the-expert	Posttraumatische Belastungsstörung (Andreas Maercker, Zürich, Schweiz)
13:30 – 15:00 Uhr	Saal London 3	Symposium	Im Dschungel der Psychotherapiemethoden
13:30 – 14:30 Uhr	Saal London 1	Meet-the-expert	Sucht (Andreas Heinz, Berlin)
15:30 – 17:00 Uhr	Saal London 1	Symposium	#EpicFail – wir müssen über Fehler reden
15:30 – 19:30 Uhr	Raum R4	Workshop	Crash-Kurs zur Vorbereitung der Rotation in der Neurologie (Volker Steinhagen, Rostock)
17:15 – 18:45 Uhr	Raum M2	Besondere Veranstaltung	Kongress Speed Dating
Samstag, 1. Dezember 2018			
08:30 – 12:30 Uhr	Raum R3	Workshop	Mein erster Dienst: psychiatrische Notfälle für Berufsanfänger (Jan Philipp Klein, Lübeck, Bastian Willenborg, Wendisch Rietz)
10:15 – 11:45 Uhr	Saal London 1	Symposium	Frischer Facharzt – was nun?
12:00 – 13:15 Uhr	Saal A4	Lecture	Internetbasierte Interventionen in Psychiatrie und Psychotherapie (Iris Hauth, Berlin)

Psychiater im Netz

Patienteninformationsseite mit weiterhin wachsenden Besucherzahlen

Das Patienteninformationsportal „Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPiN) von BVDP, BVDN und BDN hat im letzten Jahr weiter stark an Zuspruch gewonnen und einen neuen Rekord bei den Besucherzahlen erzielt.

Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum nahm die Zahl der Besucher auf dem NPiN-Portal bisher um rund 35 % auf rund 7,8 Millionen zu. Im ersten Halbjahr 2018 setzte sich also das Wachstum fort: Bis Juni wurden erstmals mehr als 4 Millionen Nutzer registriert. Bis Jahresende sind somit deutlich mehr als 8 Millionen Patienten und Interessierte, die die Internetseite nutzen werden, zu erwarten. Allerdings ist davon auszugehen, dass sich das dynamische Wachstum der letzten Jahre dann etwas abflachen wird.

Meist besuchte Internetseite zu psychiatrischen Themen

Mit aktuellen Informationen aus Forschung, Klinik und Praxis, Ratgeberartikeln und umfangreichen Informationsseiten zu psychiatrischen Erkrankungen sowie nützlichen Serviceangeboten zur Psychiatrie bieten die „Neurologen und Psychiater im Netz“ gut strukturiert, grafisch attraktiv und verständlich aufbereitet ein qualitativ hochwertiges und attraktives Angebot für Patienten und Interessierte. Die inhaltliche Kernkompetenz sowie die permanente Suchmaschinenoptimierung tragen dazu bei, die Position des Internetnetzwerkes als meistbesuchte Internetseite zu psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen weiter auszubauen.

Pressearbeit: Mit 150 Artikeln rund 22 Millionen Leser erreicht

Einen wesentlichen Anteil an den weiter zunehmenden Besucherzahlen hat die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Seit dem Start von NPiN im Herbst 2004 besteht eine enge Kooperation mit der Deutschen Presse-Agentur (dpa). Die von der NPiN-Redaktion erstellten und von Experten der Berufsverbände freigegebenen Ratgeberartikel zu psychischen und neurologischen Erkrankungen führten im Jahr 2017 zu 38 Agenturmeldungen, die an Presse, Rundfunk- und Fernsehredaktionen verteilt wurden. Mit 150 Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften wurden rund 22 Millionen Leser erreicht. Diese Daten beruhen auf Erhebungen unseres Clipping-Dienstes. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass hier nur die Artikel erfasst sind, die auch als Quelle NPiN angeben. In regelmäßigen Abständen vorgenommene Stichproben der NPiN-Redaktion zeigen, dass die tatsächliche Zahl der veröffentlichten Artikel und damit der erreichten Leser etwa um das Dreifache höher liegt.

Praxis-Homepage

Das größte psychiatrisch-neurologische Informationsportal im deutschsprachigen Raum ist auch die ideale Plattform für niedergelassene Psychiater, Nervenärzte und Neurologen, um sich mit einer Praxis-Homepage zu präsentieren und Patienten über ihre ärztlichen Leistungen, Behandlungsschwerpunkte, Praxiszeiten und vieles mehr zu informieren. Einen visuellen Eindruck von der Praxis vermitteln Bilder des Praxisteams und der Behandlungsräume. Wer bereits über eine Praxis-Homepage verfügt, kann diese über einen Eintrag in der Ärzteliste auf der Startseite der Patientenplattform verlinken. Damit wird auch die bereits bestehende Homepage erheblich besser über Suchmaschinen gefunden. Die monatlichen Abonnementkosten für eine Praxis-Homepage bei den NPiN liegen zwischen 8 und 12 EUR (zzgl. MwSt). Bei einer Anmeldung bis zum 31. Januar 2019 ist die Homepage-Erstellung im Rahmen der diesjährigen Kongressaktion kostenfrei. Das Anmeldeformular auf der nächsten Seite enthält alle wichtigen Informationen. □

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

Praxis-Homepage & PraxisApp
Neurologen und Psychiater im Netz

Herausgegeben von Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz

Sonderaktion bis 31.1.2019
Kostenfreie Erstellung Ihrer Praxis-Homepage

Ihre Anmeldung

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

☐ **Einzelpraxis**
8,– €/Monat*

☐ **Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft**
12,– €/Monat*

PraxisApp*

☐ **PraxisApp „Mein Neurologe“**
5,– €/Monat* pro Arzt
☐ mit Online-Video-Sprechstunde zusätzlich 2,50 €/Monat* pro Arzt

für folgende Ärzte

☐ **PraxisApp „Mein Psychiater“**
5,– €/Monat* pro Arzt
☐ mit Online-Video-Sprechstunde zusätzlich 2,50 €/Monat* pro Arzt

für folgende Ärzte

* Alle Preise zzgl. ges. MwSt., Preis für MVZ oder Klinik auf Anfrage.

* Die PraxisApp kann nur in Verbindung mit einer Praxis-Homepage gebucht werden.

Ihre Daten

Titel, Name, Vorname

Bei Gemeinschaftspraxen: weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon/Fax

Webseite

Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung

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

E-Mail zur Veröffentlichung auf Ihrer Arzt-Homepage

E-Mail für Korrespondenz/Login in die PraxisApp-Verwaltung

Weitere Angaben

wie Sprechstundenzeiten, Besonderheiten, Schwerpunkte, Fremdsprachen

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

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.

☐ Ich/Wir bestätige/n, Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.

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

Schicken Sie Ihre Anmeldung an:

Monks Ärzte im Netz GmbH
Tegernseer Landstraße 138
81539 München
E-Mail: support@neurologen-und-psychiater-im-netz.org
Fax: 089 / 64 20 95 29

Mehr Informationen unter
www.monks-aerzte-im-netz.de
oder unter 089 / 64 24 82 12

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

Substitutionstherapie bei Opioidabhängigkeit

Seit 1. Juni 2018 steht mit Zubsolv® ein neues Präparat für die orale Substitutionstherapie in Deutschland zur Verfügung. Patienten und Ärzte profitieren vor allem von der schnellen Auflösung und der höheren Bioverfügbarkeit der neuen Sublingualtablette. So kann zum einen die Sichtvergabe schneller und sicherer erfolgen, zum anderen kann durch die höhere Bioverfügbarkeit eine geringere Wirkstoffbelastung der oftmals multimorbiden Patienten resultieren.

Die neue Sublingualtablette enthält die in der Substitutionstherapie etablierten Wirkstoffe Buprenorphin und Naloxon. Buprenorphin unterdrückt bei opioidabhängigen Patienten die Entzugssymptome, während Naloxon die sichere Anwendung erhöht und den Missbrauch des Arzneimittels verhindert. Somit ist die Wahrscheinlichkeit, dass Zubsolv® missbräuchlich appliziert wird, deutlich geringer als bei der alleinigen Einnahme von Buprenorphin. Durch die weiterentwickelte Galenik zerfällt Zubsolv® im Mund normalerweise innerhalb von 40 Sekunden (mittlere Zeit bis zur vollständigen Auflösung (5,7/1,4 mg) fünf Minuten) [Jönsson M et al. Studie OX219-014, data on file; Webster L et al. J Addictive Diseases 2016;35(4):325–38] und somit signifikant schneller als das Referenzpräparat Suboxone® (mittlere Zeit bis zur vollständigen Auflösung (8/2 mg) 12,5 Minuten) [Fischer A et al. Drug Development and Industrial Pharmacy 2015; 41(1):79–84]. „Die schnellere Auflösung sorgt für mehr Sicherheit in der Vergabe und bedeutet für unsere Patienten und das Praxisteam eine enorme Zeitersparnis", so Stephan Walcher, Suchtmediziner aus München. Die im Vergleich zu anderen Buprenorphin-haltigen Produkten bis zu 30 % höhere Bioverfügbarkeit und die daraus resultierende geringere Substanzbelastung sind für Walcher weitere Pluspunkte: „Viele unserer Suchtpatienten sind multimorbide; vor allem sie profitieren davon."

Die neue Sublingualtablette ist zur feineren Dosistitration in sechs verschiedenen Wirkstärken erhältlich; unterschiedliche Tablettenformen ermöglichen eine einfache Zuordnung der Wirkstärken. „Wir sind uns sicher, dass Zubsolv® die Palette an Substituten bereichert sowie eine sichere und individuelle Versorgung der Patienten ermöglicht," so Anders Fogstrup von Mundipharma Deutschland. **red**

Nach Informationen von Mundipharma

Cariprazin effektiv gegen Negativsymptomatik bei Schizophrenie

Mit dem Wirkstoff Cariprazin steht ab sofort eine neue Therapieoption bei Schizophrenie zur Verfügung. Einer Studie zufolge wirkt der D3-selektive Partialagonist an D2- und D3-Rezeptoren signifikant besser auf die Negativsymptomatik bei Schizophrenie als das Standard-Antipsychotikum Risperidon.

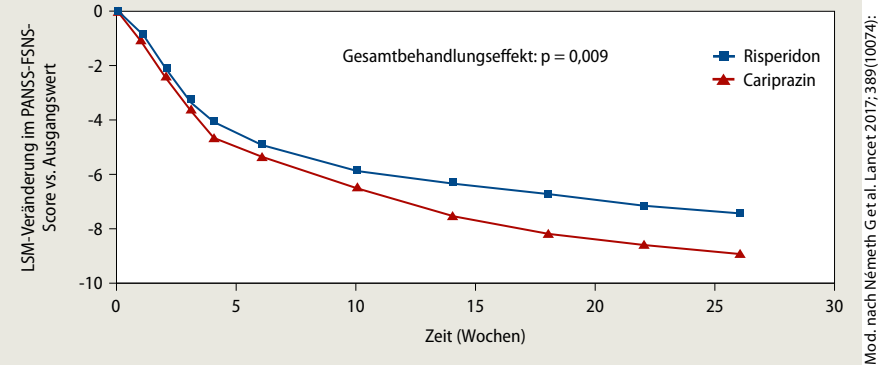
Stehen beim akuten psychotischen Schub vor allem die Positivsymptome im Fokus, spielen im Langzeitverlauf vor allem Negativsymptome wie Apathie, Alogie, Avolition, Anhedonie, sozialer Rückzug, affektive Verflachung und gestörte Aufmerksamkeit eine große Rolle, und zwar bei „sicher weit mehr als der Hälfte alle Patienten", wie Professor Göran Hajak, Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialstiftung Bamberg Klinikum am Michelsberg bei einer Presseveranstaltung des Unternehmens Recordati ausführte.

Negativsymptome haben einen erheblichen Einfluss auf das Funktionsniveau der Patienten im Alltag und beeinträchtigen ihre Fähigkeit, selbstständig zu leben, sozial aktiv zu sein, persönliche Beziehungen zu pflegen, zu arbeiten und zu lernen, betonte Professor Wolfgang Schreiber, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirksklinikum Mainkofen/Deggendorf. Während sich die Positivsymptome oftmals gut therapieren ließen, stelle die Negativsymptomatik noch immer eine Herausforderung in der Behandlung dar. Hier könnte der kürzlich zugelassene Wirkstoff Cariprazin (Reagila®) ins Spiel kommen, denn das D3-/D2-partialagonistisch wirkende atypische Antipsychotikum mit zehnfach höherer Affinität zu den D3- als zu den D2-Rezeptoren lindert die negativen Symptome einer Schizophrenie einer Studie zufolge besser als Risperidon.

In dieser multizentrischen, doppelblinden Studie wurde Cariprazin bei 461 mittelschwer erkrankten Schizophreniepatienten, die an überwiegender Negativsymptomatik litten, mit Risperidon verglichen [Németh G et al. Lancet 2017;389(10074):1103–13]. Die Patienten erhielten nach einer vierwöchigen Eindosierungsphase über 26 Wochen entweder Risperidon (3–6 mg, Zieldosis 4 mg) oder Cariprazin (3–6 mg, Zieldosis 4,5 mg).

Beim primären Endpunkt, dem PANSS-FSNS (Positive and Negative Syndrome Scale-Factor Score for Negative Symptoms) zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p = 0{,}002$) zugunsten von Cariprazin. Auch beim sekundären Endpunkt, dem PSP(Personal and Social Performance Scale)-Gesamt-Score, war Cariprazin Risperidon statistisch signifikant überlegen ($p < 0{,}001$).

Nach Einschätzung von Hajak können mit dem neuen Wirkstoff im Vergleich zu Risperidon „hervorragende und klinisch wertvolle" Verbesserungen der Negativsymptomatik sowie der daraus resultierenden Funktionsfähigkeit der Patienten erreicht werden. In vorausgegangenen Studien war bereits



Mod. nach Németh G et al. Lancet 2017; 389(10074): 1103–13

Abb. 1: Vergleich der Wirksamkeit von Cariprazin und Risperidon. Ab Woche 14 zeigt Cariprazin signifikant bessere Ergebnisse in der Verbesserung der Negativsymptomatik (PANSS-FSNS).

die Wirksamkeit von Cariprazin in der Behandlung akuter Exazerbationen [Durgam S et al. Schizophr Res 2014;152(2–3):450–7; Durgam S et al. J Clin Psychiatry 2015;76(12): e1574–82; Kane JM et al. J Clin Psychopharmacol 2015;35(4):367–73] sowie zur Rezidivprophylaxe in der Langzeitbehandlung [Durgam S et al. Schizophr Res 2016;176(2–3): 264–71] von Patienten mit Schizophrenie gezeigt worden.

Sicherheit und Verträglichkeit von Cariprazin sind laut Studienlage gut, fasste Hajak zusammen. Werde langsam eindosiert (Start mit 1,5 mg, Steigerung über zwei Wochen bis auf maximal 6 mg), sei das Risiko für extrapyramidalmotorische Störungen mit 5,9 % ähnlich klein wie unter Risperidon. Auch das Akathisierisiko sei mit 5,0 % gering einzustufen. Der Wirkstoff verursache keine relevante Hyperprolaktinämie, sei metabolisch unauffällig und bewirke eine geringere Gewichtszunahme als viele andere Antipsychotika. Zudem habe Cariprazin in den Studien keine schwere oder schwerwiegende QT-Zeit-Verlängerung verursacht.

Dr. Gunter Freese

Launch-Pressekonferenz „Reagila®: Neuer Therapieansatz zur Behandlung der Schizophrenie", 24.5.2018, Frankfurt am Main; Veranstalter: Recordati Pharma

Nasenspray bei therapieresistenter Depression

Im Rahmen des 31. Internationalen Kongresses für Neuropsychopharmakologie (CINP) in Wien stellte Janssen aktuelle Daten aus den zulassungsrelevanten klinischen Phase-III-Studien zum Esketamin-Nasenspray* zur Behandlung von therapieresistenter Depression vor.

In die doppelblinde, randomisierte, multizentrische Langzeitstudie wurden 705 Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren mit therapieresistenter Depression aufgenommen, definiert als Nichtansprechen (≤ 25 % Verbesserung) auf eine adäquate Medikation mit zwei bis fünf Antidepressiva in der aktuellen Episode der Depression, gemessen mit dem Massachusetts General Hospital Antidepressant Treatment Response Questionnaire (MGH-ATRQ). Die Teilnehmer erhielten zunächst in der 16-wöchigen Induktionsphase Esketamin-Nasenspray plus ein Antidepressivum (Duloxetin, Escitalopram, Sertralin oder Venlafaxin). Nach dieser initialen Behandlung erreichten 176 Patienten eine stabile Remission und 121 Patienten ein stabiles Ansprechen. Bei der weiteren Behandlung nach Randomisierung mit Esketamin-Nasenspray und einem Antidepressivum zeigte sich in der Gruppe der stabilen Remission eine statistisch signifikante Überlegenheit in Bezug auf ein Wiederauftreten der depressiven Symptomatik (p = 0,003). Verglichen wurde die Therapie in beiden Gruppen mit einem oralen Antidepressivum plus Placebonasenspray. Darüber hinaus zeigten Patienten in stabiler Remission, die mit Esketamin-Nasenspray und einem oralen Antidepressivum behandelt wurden, ein um 51 % geringeres Rückfallrisiko (HR = 0,49; 95 %-KI: 0,29–0,84) im Vergleich zu Patienten in der Kontrollgruppe. Zu den häufigsten (> 5 %) unerwünschten Ereignissen bei den Esketamin-behandelten Patienten zählten vorübergehende Störungen des Geschmackssinns, Gleichgewichtsstörungen, Dissoziation, Schläfrigkeit und Schwindel.

Präsentiert wurden zudem Daten einer offenen, multizentrischen Phase-III-Langzeitsicherheitsstudie mit 802 Patienten (SUSTAIN-2). Sie zeigten, dass für Erwachsene mit therapieresistenter Depression das Esketamin-Nasenspray zusammen mit einem oralen Antidepressivum (Duloxetin, Escitalopram, Sertralin oder Venlafaxin) im Allgemeinen verträglich war. Auch bei dauerhafter Anwendung über einen Zeitraum von insgesamt bis zu einem Jahr wurden keine unerwarteten sicherheitsrelevanten Ereignisse beobachtet. Die Daten der Langzeitsicherheitsstudie zeigten, dass die Behandlung mit Esketamin-Nasenspray in Kombination mit einem oralen Antidepressivum zu einer Verbesserung der depressiven Symptome über bis zu 48 Wochen führte (sekundärer Endpunkt: Wirksamkeit, gemessen am MADRAS Total Score). **red**

*Esketamin-Nasenspray zur Behandlung der therapieresistenten Depression ist in Deutschland noch nicht zugelassen. Der Wirkstoff Esketamin hat aber bereits in anderen Darreichungsformen und Indikationen eine Zulassung.

Poster von Janssen Pharmaceutical Companies beim 31. Internationalen Kongresses für Neuropsychopharmakologie (CINP), 16.–19.6.2018, Wien

Herausforderung Depressionstherapie

Mit einer neuen Initiative „DeBeNa – Depression behandeln. Natürlich." unterstützt Bayer Ärzte bei der Behandlung von Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen. Zum einen soll der Arzt über die Therapiemöglichkeiten mit Phytopharmaka aufgeklärt und bei der Patientenkommunikation unterstützt werden. Zum anderen soll das Bewusstsein dafür erhöht werden, dass eine frühzeitige Behandlung die Chance bietet, schweren Verläufen vorzubeugen. Dadurch kann der Einstieg in die Therapie auf „natürlichem Weg" erleichtert werden. Auf dem Portal depression-behandeln-natuerlich.de erhalten Betroffene und Angehörige verlässliche Informationen zum Thema Depressionen. In einem geschützten Bereich kann der Arzt dem Patienten weiterführende Informationen zum Krankheitsbild und zur Therapie mit hoch dosiertem Johanniskraut (Laif®900) zur Verfügung stellen. **red**

Nach Informationen von Bayer

Aufklärung über Schizophrenie

Eine aktuelle Forsa-Umfrage zeigt, dass junge Menschen über die Krankheitszeichen der Schizophrenie kaum informiert sind. Zudem herrschen Vorurteile und Ängste. Dabei ist die Erkrankung häufig: Etwa einer von 100 Menschen erkrankt im Laufe seines Lebens an Schizophrenie. Erste Symptome zeigen sich oft im jungen Erwachsenenalter. Die Auswirkungen für die Betroffenen sind enorm und führen unbehandelt nicht selten zu sozialer Isolation und einer schlechten Zukunftsperspektive. Den Welttag der seelischen Gesundheit (World Mental Health Day) (10. Oktober 2018), der unter dem Motto „Young People and Mental Health in a Changing World" stand, nutzten Otsuka Pharma und die Lundbeck GmbH, um über das Krankheitsbild der Schizophrenie aufzuklären und die Chancen der Früherkennung und frühen Behandlung aufzuzeigen. Moderne Medikamente sind nur ein Baustein der Behandlung der Schizophrenie. Durch Aufklärungsarbeit und Förderung der Früherkennung psychischer Erkrankungen setzen sich die beiden Unternehmen für eine bessere Versorgung der Patienten ein. **red**

Nach Informationen von Otsuka und Lundbeck

BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat
Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände
Baden-Württemberg: Volker Bretschneider
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: Egbert Wienforth, Gereon Nelles
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 Saßmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder
EBM/GOÄ: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl
Neue Medien: Bernhard Michatz
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Gunther Carl
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: Gereon Nelles

Ausschüsse
Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: P. Christian Vogel, Markus Weih
Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate
Demenz: Jens Bohlken
Epileptologie: Ralf Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther
Neurootologie, Neuroophtalmologie: Klaus Gehring
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: Greif Sander

Geschäftsstelle des BVDN
Dagmar 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 04350500000200229227,
BIC DUISDE 33 XXX
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN
Politische Geschäftsstelle Berlin:
RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer
Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763
E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN
1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Elmar Busch, Moers; Klaus Gehring, Itzehoe; Martin Südmeyer, Potsdam; Heinz Wiendl, Münster
Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

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

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

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

BDN-Landessprecher
Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Thomas Gilleßen
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf
Bremen: N. N.
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt
Hessen: Rupert Knoblich
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

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: P. Christian Vogel, München
Schriftführer: P. Christian Vogel, München
Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt
Beisitzer: Sabine Köhler, Jena, Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate
ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto
Autismusspektrumstörungen: Christa Roth-Sackenheim
Forensik: P. Christian Vogel
Gutachterwesen: P. Christian Vogel
Migrationssensible psych. Versorgung: Greif Sander
Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim
PTSD: Christa Roth-Sackenheim
Sucht: Greif Sander
Transexualität: P. Christian Vogel
Kontakt BVDN: Sabine Köhler

BVDP-Landessprecher
Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl, Thomas Hug
Berlin: Michael Krebs und Alicia Navarro-Urena
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: Sebastian von Berg
Hamburg: Ute Bavendamm
Hessen: Martin Finger
Mecklenburg-Vorpommern: Caterina Jacobs
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Egbert Wienforth
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: David Steffen
Sachsen: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Sabine Köhler
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN

Berufsverband Deutscher Neurologen BDN

Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP

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 €, angestellter Arzt 300 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).**
- ☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, 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 €, angestellter Arzt 300 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).**
- ☐ **Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.**
- ☐ **Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.**

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

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

Tel.-Nr. _____ **Fax** _____ **E-Mail/Internet:**_____

Ich bin ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt/ärztin** ☐ **Facharzt/in**
☐ **Weiterbildungsassistent/in** ☐ **Neurologe/in** ☐ **Nervenarzt/ärztin** ☐ **Psychiater/in**
☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____

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

- ☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie**
- ☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG**
- ☐ **Die Rehabilitation**
- ☐ **Psychiatrische Praxis**
- ☐ **Psychotherapie im Dialog**
- ☐ **Balint-Journal**
- ☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- ☐ **Gratis NERFAX-Teilnahme erwünscht**
- ☐ **Gratis Mailservice „Das muss man wissen …" erwünscht**

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.)