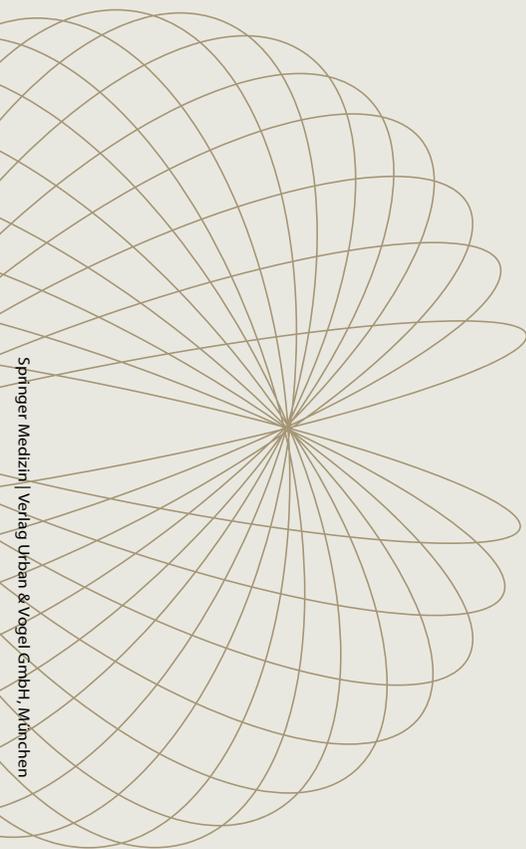


7-8 August 2012 _ 23. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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



Zwangsbehandlungen
BGH-Urteil verunsichert Ärzte

Ambulante neuropsychologische Therapie
Neue Richtlinie verbessert Neurorehabilitation

CME: Impulskontrollstörungen
Warum Glücksspiel und Stehlen pathologisch werden

NEUROTRANSMITTER-Telegramm 2/2012

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände in dieser Ausgabe:
ZIPP: Praxishonorare der Fachgruppen im Vergleich





»Die Evaluation der 73b- und 73c-Verträge wurde erst vor Kurzem mit großem Tamtam pressewirksam zelebriert. Dabei sind die Ergebnisse eher dürftig ...«

Dr. med. Frank Bergmann
Vorsitzender des BVDN

Keep cool – mit „Cool-Down-Pink“!

Die Auswirkung von Farben und Licht auf Stimmung und Befindlichkeit ist kein wirklich neues Thema. Aber wer hätte gedacht, dass ausgerechnet „rosa“ als wirkungsvoller Lösungsansatz für gesellschaftliche Probleme gehandelt wird? Der psychologische und physiologische Effekte von „Cool-Down-Pink“ auf das menschliche Verhalten – so der Titel – ist in einem wissenschaftlichen Kurzbericht von Daniela Späth, Diplom-Farbedesignerin, veröffentlicht worden. Steigender Aggressivität in vielen Bereichen vom Justizvollzug über Schulen bis hin zu medizinischen Einrichtungen und öffentlichen Security-Zonen lässt sich nach Darstellung der Designerin schon durch einen neuen Anstrich – in rosa – begegnen. So zeige der Einsatz im Justizvollzug in der Schweiz nach vier Jahren ein positives Ergebnis. Nach Aussage der Gefängnisdirektorin habe sich das aggressive Verhalten von Häftlingen massiv reduziert, auch beruhigten sich aggressive Häftlinge in deutlich kürzerer Zeit. Dies bedeute eine effiziente Verbesserung der Haftsituation sowie eine Optimierung der Sicherheit. „Cool-Down-Pink“ komme auch in Schulen, psychiatrischen Spitälern und Einrichtungen für geistig Behinderte zum Einsatz. Die Wirkung auf alkoholisierte Personen in Ausnüchterungszellen sowie in anderen Bereichen befinde sich noch in der laufenden Evaluation (...).

Wartezimmer in „Cool-Down-Pink?“

Die Beobachtungen im Justizvollzug erfolgten in zehn verschiedenen schweizerischen Gefängnissen durch die Vollzugsbeamten. Als Vergleich wurde das Verhalten in weißen Zellen herangezogen. Nach Auskunft des Gefängnisdirektors im Hochsicherungsstrakt Pfäffikon habe sich im Beobachtungszeitraum das aggressive Verhalten der betroffenen Häftlinge in vier Zellen, die in „Cool-Down-Pink“ gestaltet wurden, massiv reduziert. Negative Verhaltensänderungen oder Nebenwirkungen seien nicht beobachtet worden!

Vielleicht gönnen Sie sich bei der nächsten Renovierung nicht nur ein Wartezimmer, sondern auch ein Arztzimmer in „Cool-Down-Pink“? Der Ärger über die anwachsende Bürokratie oder die letzte Honorarabrechnung wird sekundenschnell verfliegen und sich in ein Bedürfnis nach Frieden und Harmonie transformieren.

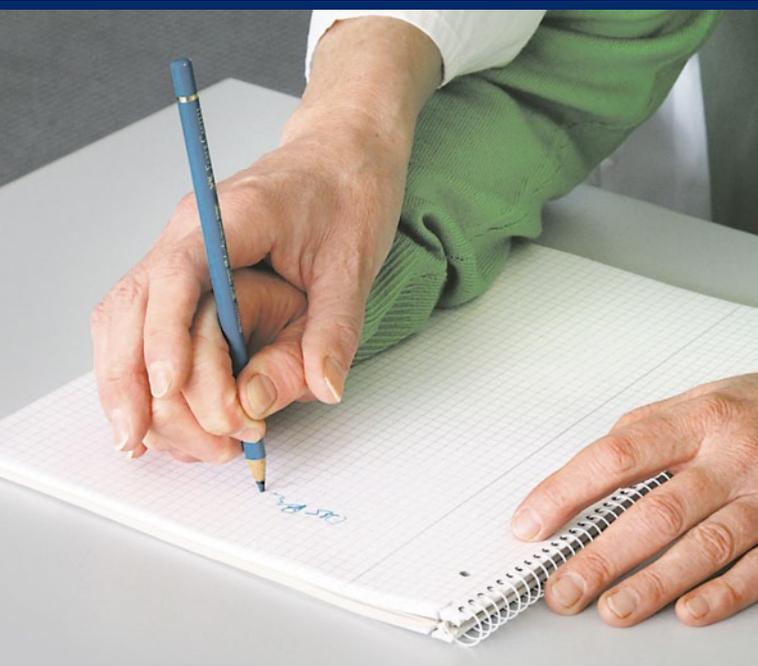
Für die Zweifler unter Ihnen: Annina Sahli et al. kommen in einer Evaluation zur subjektiven Wahrnehmung der Patienten im „Cool-Down-Pink“ gestrichenen Isolierbereich zu dem lapidaren Resümee: „Gemäß unseren Evaluationsergebnissen lässt sich vermuten, dass die Wirkungsweise von Farben auf Menschen eher etwas sehr individuelles ist.“ Cool!

Was bringen die 73b- und 73c-Verträge wirklich?

Eine sehr engagierte und auch sehr emotionale Diskussion findet in Baden-Württemberg zu den 73b- und 73c-Verträgen der HÄVG beziehungsweise MEDI statt. Die unterschiedlichen Standpunkte dazu konnten Sie in den letzten Ausgaben des NEUROTRANSMITTER eingehend studieren. Das eher dürftige Evaluationsergebnis wurde erst vor Kurzem mit großem Tamtam pressewirksam zelebriert. „Der Gelbe Dienst“, politischer Informations- und Hintergrunddienst in Berlin, schreibt dazu in seinem Beitrag „Win-Win, Wann?“ unter anderem: „(...) Die Ergebnisdaten der Evaluation scheinen bei genauerer Betrachtung nicht zwingend und uneingeschränkt die Vorzüge des Lotensystems an die formellen Vorgaben der HZV-Verträge zu binden.“ Und weiter: „(...) Für die Krankenkassen ist im Ergebnis die Vermeidung einer unkoordinierten Facharztinanspruchnahme ein Pyrrhussieg, da gleichzeitig die im internationalen Vergleich bereits sehr hohe Besuchsfrequenz in Hausarztpraxen sogar noch weiter angewachsen ist. (...) Inwieweit der messbare Rückgang der Medikationskosten tatsächlich durch die HZV-Verträge hervorgerufen wird, bleibt jedenfalls offen (...)“

Sonnige Tage!

Ihr



8 Neue Richtlinie zur Neurorehabilitation

Ende 2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die neuropsychologische Diagnostik und Therapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen. BVDN, BDN und BVDP begrüßen diese Entscheidung sehr. Es besteht die Hoffnung, dass die betroffenen Patienten von einer verbesserten ambulanten neuropsychologischen Therapie profitieren.

24 Bessere Integration Schädelhirnverletzter

Die Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung hat eine Resolution zur besseren Integration Schädelhirnverletzter verabschiedet. Die konsequente Erfüllung der Forderungen würde endlich das SGB IX und sein Teilhabeparadigma umsetzen.

Hinweis

Auf Seite 68 befindet sich der Medizin Report aktuell „Multiple Sklerose: Studien sprechen für zukünftige orale Basistherapie“.

Wir bitten um Beachtung.

Titelbild: „swimmer“
© Anna Bocek

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Die neue Richtlinie zur ambulanten neuropsychologischen Therapie

Stellungnahme von BVDN, BDN und BVDP

9 Versorgung von ZNS-Patienten jetzt verbessern

10 Gesundheitspolitische Nachrichten

BGH verbietet psychiatrische Zwangsbehandlung ohne richterliche Anordnung

Ärzte müssen negative Bewertung hinnehmen

Nachbesetzung von Vertragspraxen in überversorgten Gebieten

Praxisinvestitionen rückläufig

13 Alte Vorurteile gegen psychisch Kranke

Stellungnahme von DGPPN, BDN und BVDP zum Barmer-Arzneimittelreport 2012

14 Im Jahr 2009 die Kurve gekriegt

Neues aus dem BVDN-Landesverband Saarland

18 Moderne Patientenkommunikation nutzen

BVDN schließt Kooperationsvertrag mit „TV-Wartezimmer“

Rund um den Beruf

20 Schweizer Verhältnisse – bald auch in Deutschland?

Renommierter Psychiatrieprofessor in Bern vom Dienst suspendiert

Interview zum Thema mit den Präsidenten der Fachgesellschaften Professor Wolfgang Oertel (DGN) und Professor Peter Falkai (DGPPN)

24 Teilhabe muss zur Normalität werden

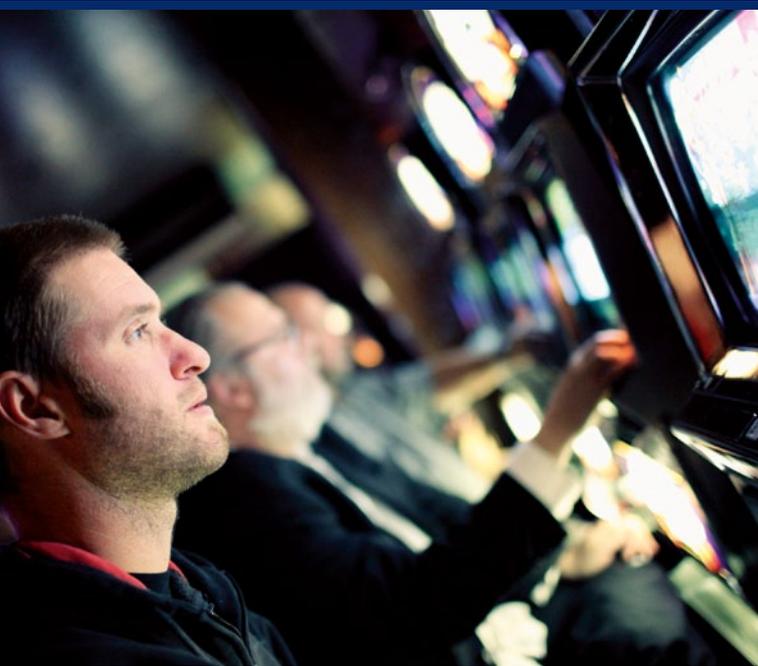
Resolution für eine bessere Integration Schädelhirnverletzter

25 Führung und Mikropolitik

Serie Erwerbs-Coaching – Teil IV

28 Zertifizierte Demenzversorgung

Dr. Heike-Ariane Washeim im Praxisporträt



50 Impulse außer Kontrolle

Impulskontrollstörungen spiegeln sich in einer heterogenen Gruppe von Störungen wider, bei denen Erkrankte den unwiderstehlichen Drang oder Impuls verspüren, Handlungen auszuführen, die ihnen oder der Allgemeinheit schaden. Es wird kontrovers diskutiert, ob es sich um eine eigenständige Krankheitsgruppe oder um ein unspezifisches Symptom unterschiedlicher psychischer Erkrankungen handelt.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese

Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435

E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl

Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930

E-Mail: carlg@t-online.de

Offizielles Organ des

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



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

- 32 Angst und Depression**
Im Alter oft untypische Symptome
- 40 Selbsttötung**
Mehr Suizidversuche bei Frauen, höhere Letalität bei Männern
- 44 AGATE: Tics bei Kindern und Jugendlichen**
Arzneimittel in der psychiatrischen Therapie
- 46 PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**
Unklare Seh- und Gedächtnisstörungen
- 50 CME: Impulskontrollstörungen**
Warum Glücksspiel und Stehlen pathologisch werden
- 56 CME-Fragebogen**



Journal

- 62 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Carlo Levi: „Christus kam nur bis Eboli“
- 66 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Anna Bocek II
Lebendigkeit innen wie außen

- 29 Kleinanzeigen**
- 58 Pharmaforum**
- 65 Bücher**
- 70 Termine**
- 72 Verbandsservice**
- 77 Impressum/Vorschau**

Stellungnahme von BVDN, BDN und BVDP

Die neue Richtlinie zur ambulanten neuropsychologischen Therapie

Zahlreiche Patienten nach Schlaganfall oder Schädelhirntrauma können nach Abschluss der stationären Akutbehandlung und anschließenden Neurorehabilitation nicht ausreichend ambulant versorgt werden. Das soll eine neue Richtlinie ändern. Sie sieht ein mehrstufiges Verfahren zur Einleitung und Durchführung von neuropsychologischen Leistungen vor, die durch Ärzte und Psychotherapeuten mit neuropsychologischer Zusatzausbildung erbracht werden sollen. Damit wurde ein jahrelanger Entscheidungsprozess im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgreich beendet.

BVDN, BDN und BVDP, die Berufsverbände der neurologisch und psychiatrisch tätigen Ärzte, begrüßen es sehr, dass der G-BA am 24.11.2011 beschlossen hat, die neuropsychologische Diagnostik und Therapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen. Vor allem für zahlreiche Patienten mit erworbener Hirnschädigung wird sich damit eine Versorgungslücke schließen. Niedergelassene Neurologen und Psychiater, ambulante Spezialisten der Neurorehabilitation und ärztliche Psychotherapeuten haben auf KBV-Seite an dem langwierigen Entscheidungsprozess im G-BA mitwirken dürfen.

Es geht um die Versorgung von bis zu 60.000 Patienten, die an den Folgen eines Schlaganfalls, Schädelhirntraumas oder sonstiger neurologischer Erkrankungen leiden, und die bisher nach Abschluss der stationären Akutbehandlung und der stationären oder ambulanten Neurorehabilitation nicht ausreichend ambulant versorgt werden konnten. Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Probleme der höheren Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsleistungen, exekutive Probleme im Denken, Planen und Handeln sowie die psychischen Störungen und die komplexe psychophysische Minderbelastbarkeit nach organischer Hirn-

schädigung – all das kann nach Umsetzung der neuen Richtlinie und Zulassung von qualifizierten Therapeuten in naher Zukunft behandelt werden.

Mehrstufiges Verfahren für neuropsychologische Leistungen

Nach der neuen Neuropsychologie-Richtlinie sollen neuropsychologische Leistungen in einem mehrstufigen Verfahren eingeleitet werden: Die Feststellung der Indikation erfolgt durch Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurochirurgie sowie durch Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Anschließend wird die vertiefende neuropsychologische Diagnostik und Therapie durch Fachärzte, ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten erfolgen, die eine spezifische, neuropsychologische Zusatzqualifikation erworben haben und die von der KV zur Durchführung der Neuropsychologie-Leistungen spezifisch zugelassen werden.

Die neuropsychologische Therapie kann zukünftig in Einzelsitzungen und als Gruppenbehandlung erbracht werden. Zu Beginn der Behandlung ist eine Phase von bis zu fünf probatorischen, diagnostischen Sitzungen vorgesehen; anschließend soll die zuständige Krankenkasse über den Therapiebeginn informiert werden.



© Michaela Illian

Damit Patienten nach Schlaganfall oder Schädelhirntrauma auch nach Ende der Akutbehandlung und Rehabilitation ausreichend betreut werden, gibt es die Neuropsychologie-Richtlinie.

Was jetzt zu tun ist:

- Zur wirklichen Umsetzung in der Versorgung der zahlreichen hirnverletzten Menschen gilt es jetzt, im Bewertungsausschuss und in den sonstigen Gremien der Selbstverwaltung rasch die Bedingung für die Zulassung von entsprechend qualifizierten Ärzten und Psychologen zu konkretisieren, Zulassungen auszusprechen und gegebenenfalls auch Übergangsbestimmungen festzulegen.
- Die Kostenträger müssen ausreichend „neues“ Geld für die neue ambulante Therapieleistung zur Verfügung zu stellen.
- Die DGN und Berufsverbände müssen auf die Bundesärztekammer einwirken, damit die neuropsychologische Qualifikation für Fachärzte in einem entsprechenden Weiterbildungs-Curriculum festgelegt wird – wie dies schon einmal Ende der neunziger Jahre geplant war, im damaligen Weiterbildungsprozess der Bundesärztekammer aber nicht umgesetzt wurde.
- Die neuropsychologische Fachgesellschaft GNP muss mit dafür sorgen, dass die Zahl der zur ambulanten Zulassung befähigten psychologischen Psychotherapeuten und neuropsychologisch Qualifizierten so zunimmt, dass in überschaubarer Zeit eine flächendeckende Versorgung der Patienten möglich wird.
- Der einzelne neuropsychologisch qualifizierte Therapeut, der wie viele seiner Kollegen meist im stationären klinischen oder rehaklinischen Kontext „groß“ geworden ist, möge daran arbeiten, die besonderen Anforderungen und Bedingungen der ambulanten sozialräumlich orientierten Patientenversorgung und die komplexen Probleme der Anpassungs- und Integrationsarbeit des Betroffenen und seines sozialen Umfeldes einfühlsam und qualifiziert anzuwenden.

Als Behandlungsmaßnahmen sind nach den individuellen Erfordernissen folgende Punkte vorgesehen:

- restitutive Therapieinterventionen, also Behandlung zur neuronalen Reorganisation,
- kompensatorische Therapie mit dem Ziel der Überwindung kognitiver Störungen und dem Erlernen von Ersatzstrategien sowie
- integrative Therapie als Maßnahme zur Verarbeitung und psychosozialen Anpassung und zur Reintegration in das soziale Umfeld trotz Residuen und Minderbelastbarkeit.

Auch langfristige Therapien möglich

Die neue Neuropsychologie-Richtlinie erlaubt auch langfristige Therapieprozesse, wie sie bei schwergradig Hirngeschädigten gelegentlich erforderlich sind. Der Therapieprozess wird begleitet von einem fortzuschreibenden Therapieplan und unterliegt der Dokumentations- und Qualitätssicherungspflicht. Eine Abstimmung zwischen neuropsychologischen Therapeuten, behandelnden Ärzten und anderen therapeutisch Beteiligten ist ausdrücklich möglich und erwünscht, Interventionen mit Angehörigen und so-

zialen Bezugspersonen sind dezidiert erlaubt.

Der G-BA hat einen jahrelangen Entscheidungsprozess nach umfangreicher, wissenschaftlicher und formaler Prüfung beendet. Die niedergelassenen Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Nervenheilkunde begrüßen das sehr. Sie stehen den neu hinzukommenden neuropsychologisch tätigen Kollegen ausdrücklich kooperativ als Partner zur Verfügung. Wünschenswert wäre, wenn auf der Ebene der in vielen Regionen entstandenen ZNS-Netze („Zentren für Neurologie und Seelische Gesundheit“) regionale Arbeitsgruppen zur gemeinschaftlichen Implementierung der neuropsychologischen Behandlung entstünden. In einem Pilotprojekt im Raum Köln/Bonn/Koblenz sind erste Ansätze für eine solche Zusammenarbeit bereits erkennbar. □

AUTOREN

Dr. Dr. med. habil. Paul Reuther (AG Neurorehabilitation im BVDN), Bad Neuenahr-Ahrweiler
Dr. med. Frank Bergmann (BVDN), Aachen
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim (BVDP), Andernach
Dr. med. Uwe Meier (BDN), Grevenbroich

Kurz & Knapp

Versorgung von ZNS-Patienten jetzt verbessern

— Einen Besuch von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) im Vorfeld der Wahl in Nordrhein-Westfalen in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein nutzte der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann, um den Minister erneut auf Defizite bei der Versorgung von ZNS-Patienten anzusprechen.

Besonders schwierig sei die Betreuung in Nordrhein-Westfalen, weil die ambulante Medizin hier noch stärker unterfinanziert sei, als in anderen Bundesländern. Es komme aber nicht nur auf die sogenannte Konvergenz an, also darauf, das Honorar auf das Bundesniveau anzuheben. Nötig sei darüber hinaus, dass die besonderen Zuwächse im neuropsychiatrischen Bereich abgebildet werden. Bergmann verwies unter anderem auf die Studie von Wittchen [European Psychopharmacology, 2011; 21: 655–79], nach der 38,2% aller Einwohner der EU (plus Schweiz, Norwegen, Island) einmal pro Jahr an einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung leiden, das sind 164,8 Millionen Menschen. Deutschland sei von dieser Entwicklung nicht ausgenommen, das zeigten unter anderem die Krankmeldungen aufgrund von ZNS-Erkrankungen.

Bergmann wies in diesem Zusammenhang auf die zum Teil absurd langen Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz hin. Mit einem kleineren Teil der Krankenkassenüberschüsse ließen sich die Unterfinanzierung und damit Defizite in der Versorgung lindern, so der BVDN-Vorsitzende. Das sei besser, als überflüssige Diskussionen um die Abschaffung der Praxisgebühr oder gar eine Senkung der Beiträge.

Bereits im November 2011 hatte Bergmann Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr bei dessen Besuch im Aachener Zentrum für Seelische Gesundheit über die Situation bei der ambulanten Versorgung von ZNS-Patienten informiert.

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

URTEIL MIT WEITREICHENDEN FOLGEN

BGH verbietet psychiatrische Zwangsbehandlung ohne richterliche Anordnung

➔ Eine Patientin hatte wegen der im Rahmen einer Zwangsbehandlung bei ihr eingetretenen Traumatisierung bis zum Bundesgerichtshof (BGH) geklagt. Der BGH hat in seiner Entscheidung beschlossen, dass bei psychisch Kranken ohne richterliche Anordnung keine Zwangsbehandlung durchgeführt werden darf. Die Möglichkeit einer Zwangsmedikation müsse an den verfassungsrechtlichen Grundsätzen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von 2011 neu ausgerichtet werden. Bisher stützten sich die Zwangsbehandlungen bei psychisch Kranken auf den § 1906 Abs.1 Nr.2 BGB. Dies sei nun nicht mehr ausreichend. Bereits 2011 habe das BVerfG eine gesetzliche Grundlage angemahnt, in der die Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung eingegrenzt werden. Das Betreuungsgericht ermächtigt nur zur Unterbringung des Betroffenen zur Heilbehandlung. Eine Zwangsbehandlung sei hiermit nicht geregelt. Damit habe der gesetzliche Betreuer eines psychisch kranken Patienten keine Möglichkeit einer Zwangsbehandlung zuzustimmen, die im Rahmen eines Aufenthaltes in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung durchgeführt wird. Maria Klein-Schmeink, Sprecherin für Prävention und Patientenrechte der Grünen, hat eine schnelle und klare gesetzliche Regelung angemahnt. Die gegenwärtige Rechtsunsicherheit für Patienten und medizinisches Personal sei inakzeptabel. Im Betreuungsrecht müssten die rechtlichen Voraussetzungen zur Zwangsbehandlung bei psychisch Kranken differenzierter formuliert werden. Außerdem fordert Klein-Schmeink innovative Möglichkeiten akuter Krisenhilfe für Patienten, die Medikamente ablehnen.

Akute Fälle würden derzeit zu stark „stations- und medikamentenlastig“ behandelt.

Kommentar: Professor Dr. Peter Falkai, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), hat aus fachlicher Sicht eingewandt, dass hierdurch die Behandlung schwerst psychisch Kranker behindert werden könne. Unzurechnungsfähige Patienten hätten nicht ohne Grund einen gesetzlichen Betreuer. Tatsächlich ist es leicht vorstellbar, dass durch zusätzliche Einbeziehung eines Richters oder Gutachters eine fachlich qualifizierte notwendige psychiatrische Zwangsbehandlung im wohlverstandenen gesundheitlichen Interesse des Betroffenen in medizinisch unverantwortlicher Weise hinausgezögert, gar nicht oder mit unzurechnungsfähigen Mitteln durchgeführt wird. Die Auffassung von Klein-Schmeink, auch bei absoluter Indikation für medikamentöse Zwangsbehandlung auf Medikamente zu verzichten, falls der Patient dies wünscht, ist hochproblematisch. Zum einen sind bei einer derartigen Regelung im Einzelfall Be-



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

»Es ist denkbar, dass notwendige Zwangsbehandlungen nun in unverantwortlicher Weise hinausgezögert, gar nicht oder mit unzurechnungsfähigen Mitteln durchgeführt werden.«

handlungsdefizite zu befürchten, die heutzutage nicht mehr zu verantworten sind. Andererseits muss auch in einer solchen Situation berücksichtigt werden, ob die Einstellung des Patienten zur medikamentösen Behandlung nicht im Zusammenhang mit seiner krankheitsbedingt möglicherweise eingeschränkten Geschäftsfähigkeit gesehen werden muss. **gc**

Hat der Bundesgerichtshof mit seiner Entscheidung dem Patientenwohl gedient?



© Ulf Deck / dpa

INTERNETPORTALE

Ärzte müssen negative Bewertung hinnehmen

➔ Ärzte müssen Bewertungen auf einem öffentlichen Internetportal grundsätzlich hinnehmen. Dies hat das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt Anfang März 2012 entschieden. Eine Revision beim Bundesgerichtshof (BGH) ist eingeleitet. Eine Ärztin hatte wegen

der teils sehr schlechten Bewertungen in einem frei zugänglichen und öffentlichen Internetportal gegen den Betreiber des Portals geklagt. Nach dem Urteil des OLG Frankfurt hat die Ärztin keinen Anspruch auf Löschung der Daten und Unterlassung der

Beurteilungen. Das Recht der Ärztin auf informationelle Selbstbestimmung müsse gegenüber dem Recht auf Kommunikationsfreiheit der Patienten zurückstehen. Die Patienten hätten freie Arztwahl und die Ärzte müssten sich dem Wettbewerb stellen. Heut-



Negative Bewertung auf Internetportalen muss ein Arzt hinnehmen.

und anderer Krankenkassen hebt sich vergleichsweise positiv ab. Hier wird kein Freitext veröffentlicht. Patienten können nur Noten zu Beurteilungskategorien wie Praxisorganisation, Qualität, Freundlichkeit etc. abgeben, die dann zu einer Gesamtnote gemittelt werden. Außerdem ist eine Mindestzahl von abgegebenen Bewertungen erforderlich, um einseitige Beurteilungen aufgrund geringer Häufigkeiten zu vermeiden. Unberücksichtigt bleiben auch hier jedoch systematische Negativtrends in der Beurteilung, weil Ärzte natürlich nicht nur im freiberuflichen Wettbewerb, sondern auch zur umfänglichen Wirtschaftlichkeit in der Behandlung von GKV-Patienten verpflichtet sind.

Das Hauptproblem bilden kommerzielle Bewertungsportale, bei denen ungefilterte Freitexte ohne Berücksichtigung der subjektiven Gesamtqualität, verschiedener Beurteilungskategorien und statistischer Relevanz veröffentlicht werden. Hier gibt es einen inakzeptablen Wildwuchs an Beurteilungsmöglichkeiten nicht nur bei Ärzten und Lehrern, auch bei anderen Freiberuflern und Handwerkern, der zum Schutz der Betroffenen zukünftig gesetzlich geregelt werden muss. Man kann nur hoffen, dass der BGH irgendwann einmal eine einschränkende Regelung trifft. Internetbasierte soziale Netzwerke wurden ja bereits auf einen besseren Daten- und Persönlichkeitsschutz der Teilnehmer verpflichtet.

gc

zutage gehörten hierzu auch öffentlich zugängliche Quellen und Bewertungsmöglichkeiten beispielsweise im Internet. Die Patienten hätten das Recht auf Meinungsäußerung auch mit einer subjektiven Einschätzung. Die Ärztin könne sich nicht darauf berufen, dass die laienhaften Patientenbewertungen mangels Objektivität und Kompetenz nicht werthaltig seien. Ihre juristischen Grenzen finden die Meinungsäußerungen der Patienten jedoch im Verbot von unwahren Tatsachenbehauptungen und beleidigenden Werturteilen.

Kommentar: Das Urteil des OLG Frankfurt folgt der gleichen Linie wie bereits publizierte Fälle von Lehrerbewertungen im Internet durch Schüler. Auch die Lehrer müs-

sen ihre öffentliche Bewertung als freie Meinungsäußerung dulden, sofern es sich nicht um Beleidigungen oder unwahre Tatsachenbehauptungen handelt. Falls es sich um solche nicht hinnehmbare Äußerungen handelt, kann der Arzt juristisch gezielt gegen den Bewerter vorgehen, und falls dieser anonym bleibt, gegen den Betreiber des Internetportals. Hier kann dann Löschung, Unterlassung, Widerruf oder Richtigstellung verlangt werden. Falls ein wirtschaftlicher Schaden eingetreten ist, etwa durch nachweisbar entgangenes Honorar, kann der Arzt auch einen Schadensersatzanspruch stellen. Die juristischen Hürden hierfür sind allerdings hoch, denn der Nachweis des Schadens dürfte nur sehr schwer zu führen sein. Das Ärzte-Beurteilungsportal der AOK

GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ

Nachbesetzung von Vertragspraxen in überversorgten Gebieten

Seit dem 1.1.2012 gilt das neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Unter anderem soll im Rahmen einer revidierten Bedarfsplanung die Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten verbessert und gleichzeitig die Überversorgung in Ballungsgebieten reduziert werden. Ab 2013 können die Zulassungsausschüsse in überversorgten und gesperrten Gebieten (Versorgungsgrad über 110%) die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen. Dazu muss der Zulassungsausschuss mehrheitlich zu der Erkenntnis gelangen, dass die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und dass eine bedarfsunabhängige Praxisschließung nicht

vorliegt. Wenn sich ein Kind, der Ehegatte oder Lebenspartner oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um den Kassenarztsitz bewirbt, darf die Nachbesetzung nicht abgelehnt werden. In Zulassungsgebieten, in denen noch keine Überversorgung herrscht (zwischen 100% und 110%), können zeitlich befristete Neuzulassungen erfolgen. Lehnt der Zulassungsausschuss die geplante Veräußerung einer Vertragsarztpraxis an einen Kaufinteressenten im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens ab, muss die KV dem aufgebenden Arzt eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis bezahlen. Der Verkehrswert setzt sich zusammen aus der Praxiseinrichtung (Möbel, Geräte,

Raumausstattung) und dem ideellen Praxiswert (Patientenstamm, Zusammenarbeit mit Institutionen, Lage und Ruf der Praxis). Der ideelle Praxiswertanteil ist nur schwer zu bestimmen. Es existieren verschiedene rechnerische Bewertungsmöglichkeiten. Es spielt keine Rolle, ob eine Nachbesetzung tatsächlich erfolgt oder ob es sich um eine Entschädigung wegen Ablehnung der Nachbesetzung handelt. Der Verkehrswert wird von einem Sachverständigen bestimmt. Der Zulassungsausschuss kann dieses Ergebnis nicht selbst korrigieren und hat nur einen eingeschränkten Beurteilungsspielraum nach Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG). Besteht Einigkeit zwischen abgebendem Arzt und dem Kaufinteressent-

ten, darf der Zulassungsausschuss gegen den Willen der Vertragsparteien keinen abweichenden Praxiswert bestimmen.

Kommentar: Bisher war ein Gutachterverfahren nur dann erforderlich, wenn im Nachbesetzungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss dem abgebenden Arzt mehrere Angebote vorlagen und der Zulassungsausschuss den geeigneten Bewerber nebst zutreffendem Kaufpreis zu ermitteln hatte. Mit „Praxisstilllegungen“ nach GKV-VStG gibt es bisher keine Erfahrungen. In sehr vielen Fällen dürften bei zukünftig zu

versagender Nachbesetzung die genannten Ausnahmetatbestände (Kind, Ehegatte, bisher mitarbeitender Arzt als Nachfolger) greifen. Wie der Verkehrswert bei Einbehalt der Zulassung in überversorgten Gebieten durch die KV in einem Begutachtungsverfahren rechnerisch ermittelt wird, werden die ersten Fälle (und die Rechtsprechung dazu) zeigen. Falls sich kein überenahmewilliger Kollege findet, der die Praxis weiterführen möchte, kann sich das geplante Modell für den in den Ruhestand gehenden Arzt sogar positiv auswirken. Diese Verfahrensweise gilt jedoch nur für über versorgte

Gebiete. Ist ab 2013 allerdings eine Weitergabe eines Praxissitzes in einem überversorgten Gebiet an einen bereits feststehenden Nachfolger geplant, wäre es wichtig, vorsorglich die Ausnahmekriterien zu erfüllen; beispielsweise durch rechtzeitige Heirinnahme des Praxisnachfolgers im Rahmen von Jobsharing oder einer Zulassungsteilung. Praxisübergaben, die noch vom Zulassungsausschuss 2012 genehmigt werden, können bis Anfang 2013 erfolgen. Man sollte sich aber im Rahmen des Nachbesetzung schriftlich zusichern lassen, dass diese Regelung auch gewährt wird. **gc**

ZI-PRAXIS-PANEL

Praxisinvestitionen rückläufig

Das Praxis-Panel des Zentralinstituts (ZI) für die kassenärztliche Versorgung (ZIPP) hat gezeigt, dass die Investitionen in Vertragsarztpraxen rückläufig sind. Das ZI ermittelt regelmäßig die wirtschaftliche Situation bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. In den Jahren 2006 bis 2008 haben die Praxisinhaber durchschnittlich 32% weniger investiert als zuvor. Vor allem betroffen waren hiervon Praxen in ländlichen Regionen. Die Praxisinhaber gaben den offenen Investi-

onsbedarf mit circa 21.000€ an. Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des ZI rechnete diese Beträge auf bundesweit 2 Milliarden € hoch.

Kommentar: Dieses Ergebnis ist alarmierend! Die medizinischen Möglichkeiten und der technische Fortschritt nehmen deutlich zu. Im Schnitt aller Arztpraxen sinken allerdings die an der Kaufkraft gemessenen

Überschüsse. Früher wurde dies durch sinkende Punktwerte angezeigt, heutzutage durch sinkende RLV-Werte bei höherer Arbeitsverdichtung und steigenden Patientenzahlen. Um als Freiberufler zu investieren, ist Vertrauen in die wirtschaftliche Zukunft erforderlich. Daran mangelt es offenbar bei vielen Kolleginnen und Kollegen, wie die Schwierigkeiten zeigen, einen Praxisnachfolger zu finden, vor allem im ländlichen Raum. Es fehlt an günstigen und vertrauenswerdenden wirtschaftlichen Umgebungsvariablen sowie an der öffentlichen Wertschätzung für die Arbeit der niedergelassenen Vertragsärzte. **gc**

Arzneimittelreport: Alte Vorurteile gegen psychisch Kranke

Die DGPPN, der BVDN und der BVDP wenden sich gegen die unwissenschaftlichen Schlussfolgerungen über die Verschreibung von Psychopharmaka sowie die erneute Stigmatisierung psychisch Kranker im aktuellen Barmer-Arzneimittelreport. Nach dem Arzneimittelreport 2012 der Barmer GEK werden Frauen etwa zwei- bis dreimal mehr Psychopharmaka verschrieben als Männern. Fazit des Reports: Solche geschlechtsspezifischen Differenzen seien medizinisch kaum begründbar, widersprechen den wissenschaftlichen Leitlinien und bürden ein hohes Abhängigkeitsrisiko.

„Bei Frauen treten Depressionen und Angststörungen weit häufiger auf als bei Männern, ebenso ist ihre Bereitschaft, sich mit psychischen Störungen in ärztliche

Behandlung zu begeben, höher. In beiden Indikationen – Depressionen und Angst-erkrankungen – empfehlen die Leitlinien Psychopharmaka. Dagegen ist bei Alkoholismus, der bei Männern viel häufiger als bei Frauen vorkommt, eine Arzneimitteltherapie gemäß geltender Leitlinien nicht regelhaft und nur unter spezifischen Bedingungen indiziert. Leitliniengemäße Behandlung hat folglich eine höhere Verordnungsraten von Psychopharmaka bei Frauen zwingend zur Folge“, so Professor Peter Falkai, Präsident der DGPPN. Mit dem Barmer-Arzneimittelreport würden erneut Vorurteile verbreitet, die psychische Störungen den Status von „Missbefindlichkeiten“ zuweisen.

Die Fachgesellschaft und die Berufsverbände weisen erneut daraufhin, dass viele

psychische Störungen chronische Erkrankungen seien, die leitlinienbasiert eine Dauertherapie mit Psychopharmaka erforderlich machen. „Dass diese mit unerwünschten Wirkungen verbunden sind, ist bekannt und gilt genauso für jede andere Arzneimitteltherapie, wie zum Beispiel für Bluthochdruck und Diabetes. Es muss aber betont werden, dass die Pharmakotherapie leitlinienbasiert einen integralen Bestandteil einer multidimensionalen Therapie psychischer Erkrankungen darstellt. Diese führt bei den Betroffenen nachweislich zu einem höheren Gewinn an Lebensqualität und Selbstbestimmung“, so Professor Falkai.

Die ausführliche Stellungnahme finden Sie unter www.dgppn.de.

Quelle: Presseinformation von DGPPN, BDN und BVDP

BVDN-Landesverband Saarland

Im Jahr 2009 die Kurve gekriegt

2009 war bei den saarländischen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen der Tiefpunkt erreicht: Die Praxen standen vor dem wirtschaftlichen Ende. Aus der Verzweiflung wuchsen Protestaktionen auf allen Ebenen und gipfelten in einem Aktionstag mit geschlossenen Praxen und einer Großveranstaltung in Saarbrücken. Das war der Wendepunkt.

Im Jahr 2009 waren wir in einer katastrophalen Situation“, berichtet Dr. Helmut Storz, 1. Vorsitzender BVDN-Landesverband Saarland, „doch der Aufschrei auf allen Ebenen ist bei der KV angekommen“. Bis dahin gab es viele Spannungen. Eine breite Öffentlichkeitsarbeit, viele Gespräche und Interventionen haben schließlich zu einer positiven Zusammenarbeit geführt, die es heute ermöglicht, Probleme lösungsorientiert anzugehen. Ein Aspekt dabei ist sicher die Präsenz des BVDN in verschiedenen Gremien. Storz selbst ist Mitglied der Vertreterversammlung der KV, aber auch in relevanten Ausschüssen (beratender Fachausschuss Fachärzte oder beratender Fachausschuss Psychotherapie). Darüber hinaus ist er im Expertenrat Psychiatrie, der sich unter anderem um sektorenübergreifende Versorgungsprojekte im Saarland kümmert, oder im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen tätig.

Vorsichtiger Optimismus

Im Saarland stellen die Nervenärzte die große Mehrheit der Fachärzte im neurologisch-psychiatrischen Bereich, vor allem die Gruppe der Neurologen ist sehr klein. Der BVDN fand 2011 gemeinsam mit der KV Saarland eine Lösung, indem Nervenärzte und Neurologen einen gemeinsamen Fallwert erhalten. So lassen sich Honorarschwankungen der kleinen Gruppe der Neurologen gut auffangen, erläutert Storz und ergänzt: „Das hat auch zur Beruhigung im Berufsverband beigetragen.“ Psychiater haben im Saarland einen eigenen Fallwert sowie die Gesprächsleistungen im QZV, so dass die Vergütung der Psychiater nicht ausschließlich fallzahlbezogen erfolgt. Die vom BVDN auf Bundesebene durchgesetzten Verbesserungen sieht Storz in Saarland derzeit durch die Regionalisierung der Honorarverteilungskompetenz noch nicht gefährdet. „Es gibt die Ein-

sicht bei der KV, dass die Änderungen der letzten Jahre notwendig und angemessen waren, sodass von ihr nicht vorgeesehen ist, an den geschaffenen Grundstrukturen auf absehbare Zeit etwas zu ändern.“ Wenn irgendwann ein neuer EBM in Kraft tritt, kann das natürlich wieder anders aussehen.

Neuen Herausforderungen stellen

Die derzeit weitgehend zufriedenstellende wirtschaftliche Situation der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater im Saarland ist jetzt auch die Basis für eine stärkere Beschäftigung mit Modellen der integrierten Versorgung. „Wir haben uns bisher abwartend verhalten und beobachtet, was in anderen Bundesländern, anderen Netzen passiert“, sagt Storz, „wir mussten ja zuerst einmal unsere Vergütungssituation in der KV verändern“. Ein erster Schritt in die integrierte Versorgung ist nun getan: Im Mai gründeten



© Neir013 / Fotolia.com

2009 wurde es bei den saarländischen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen existenziell richtig eng, doch schlussendlich haben sie die Kurve – fast wie die Saar in der bekannten Saarschleife – noch ganz gut gekriegt.

über 20 Praxen im Saarland ein Ärztenetz nach dem Modell der ZNS-Netze in Rheinland-Pfalz. Das saarländische Netz ist nun in den IV-Selektivvertrag „Multiple Sklerose“ mit der BKK/LKK-Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland eingestiegen. Ein Modell aufbauend aus dem Hausarztvertrag wie in Baden-Württemberg ist für den BVDN im Saarland dagegen nicht denkbar, sagt Storz: „Wir präferieren Add-on-Verträge.“

Neue Wege zur Sicherung der Versorgung sind vonnöten, denn die Lage im Saarland ist schwierig. Das Land steckt mitten in einem dramatischen Strukturwandel mit hoher Morbidität und hohem Krankenstand. Die Folge: hohe Fallzahlen pro Arzt – Storz nennt im Mittel 1.000 Fälle pro Praxis – und eine hohe Inanspruchnahme der Kliniken. Der Ärztemangel im stationären Bereich führt zudem dazu, dass in einer Klinik Institutsambulanz und Tagesklinik nicht richtig betrieben werden können. Psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Pati-

enten müssen lange auf einen Therapieplatz warten. „Da müssen wir überbrücken und stationäre Versorgungsaufgaben quasi noch mit übernehmen“, klagt Storz. Die mittlerweile in Heime verlegten chronischen Patienten sind ebenfalls von Niedergelassenen zu betreuen. Dabei haben es schwer psychisch Kranke nach Meinung von Storz bei dem jetzigen System ohnehin schwer. Eine fallzahlorientierte Honorierung in der Praxis wird den Anforderungen nicht gerecht und in den Kliniken führt der Ärztemangel zu Kapazitätsproblemen. „Ich mache mir große Sorgen, dass gerade die chronisch schizophrenen Patienten zu kurz kommen“, sagt Storz, „wir müssen in diesem Bereich Behandlungspfade und neue Konzepte entwickeln, um die Versorgung zu gewährleisten“.

Generationswechsel wirft seine Schatten voraus

Der Ärztemangel wird auch die Praxen noch stärker betreffen. Im Saarland ist

die neuropsychiatrische Fachgruppe nach den Chirurgen die älteste und braucht bald viel Nachwuchs. Doch damit sieht es in den Kliniken schlecht aus, und das Interesse sich niederzulassen, ist gering, weiß Storz. Offen ist, wie die im Saarland noch vorherrschenden Nervenarztsitze in neurologische und psychiatrische Praxen umgewandelt werden können, wenn sich kaum mehr „Doppelfachärzte“ für die Nachfolge einer Nervenarztpraxis finden. So warten auch nach den Erfolgen von 2009, als die ambulante nervenärztliche, psychiatrische und neurologische Versorgung durch den BVDN wieder auf sichere Beine gestellt werden konnte, viele weitere Herausforderungen auf die Fachgruppe im Saarland. □

AUTORIN

Friederike Klein, München

NEUE SEMINARREIHE VON BVDN, BDN, BVDP

Erwerben Sie Coaching-Kompetenz für neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt

Im Rahmen der Initiative „Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt“ der Berufsverbände verweisen wir auf das erste Seminar „Coaching-Kompetenz für Ärzte in Hannover“ unter der Leitung von Dr. Annette Haver, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Associate Coach DBVC. In dem Seminar werden Kenntnisse zur effektiven Behandlung und Beratung von Patienten mit psychischen Problemen im Arbeitsleben vermittelt. Eine wichtige Grundlage hierfür ist das Erlernen der interaktiven Beratungsform und systemischer Techniken, wie der zirkulären Fragetechnik und der Systemvisualisierung. Weitere wichtige Lerninhalte sind die Leistungsmodulation und die Karriereberatung. Weiterhin werden die Themen „Arbeitsklima“, „Differenzialdiagnose Depression – Burnout“, „Motivation“, „Wahrnehmung und Selbstfürsorge“ bearbeitet. Die erlernten Methoden und Erkenntnisse können sowohl

im Praxisalltag angewandt werden, als auch als Basis dienen, ein kompetenter Ansprechpartner bei spezifischen Fragestellungen in Unternehmen/Institutionen zu sein oder Präventionskonzepte zu entwickeln. Hierzu werden auch die Themen Akquise und Konzepterstellung bearbeitet.

Das Seminar wird in einer Kombination von Impulsvorträgen, praktischen Übungen und interaktivem Arbeiten ausgeführt. Die Teilnehmer erhalten zu Beginn einen Arbeitsordner mit allen Unterlagen. Vor jeder Übung werden entsprechende detaillierte Arbeitsblätter verteilt. Nach dem Seminar wird allen Teilnehmern ein Arbeitsprotokoll überreicht (per Mail oder Post).

___Seminar – Teil 1

Donnerstag, 30. August 2012, von 16.00 bis 20.30 Uhr, und Freitag, 31. August 2012, von 9.00 bis 18.00 Uhr

___Seminar – Teil 2

Freitag, 12. Oktober 2012, von 14.00 bis 20.30 Uhr, und Samstag, 13. Oktober 2012, von 9.00 bis 15.00 Uhr

Ort: Stephansstift Zentrum für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH, Kirchröder Str. 44, 30625 Hannover

Teilnahmegebühr: 1.200 € plus MwSt, inklusive Catering. Zimmerreservierung (bitte selbst anmelden): Stephansstift Zentrum für Erwachsenenbildung gemeinnützige GmbH, Kirchröder Str. 44, 30625 Hannover, Tel.: 0511 5353-311, Fax: 0511 5353-596

Weitere Informationen und Anmeldung telefonisch unter 02151 4546921 (Geschäftsstelle der Berufsverbände).

Dr. med. P. Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler
Schatzmeister BVDN

BVDN schließt Kooperationsvertrag mit „TV-Wartezimmer“

Moderne Patientenkommunikation nutzen

Der BVDN hat mit dem Unternehmen „TV-Wartezimmer“ einen Kooperationsvertrag abgeschlossen. Mitglieder, die sich bis zum 30.9.2012 für TV-Wartezimmer entscheiden, erhalten das Angebot zum Vorzugspreis von 99 € pro Monat bis 31.11.2012. Inhaltlich bietet TV-Wartezimmer neben Nachrichten und Unterhaltung fundierte, vom BVDN geprüfte Informationsfilme zu neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen.

Mit Beginn der Kooperation mit dem BVDN erweitert das Unternehmen „TV-Wartezimmer“ sein Angebot um Themen aus den Bereichen Neurologie und Psychiatrie. So sollten Informationsfilme über Demenz, Angst/generalisierte Angststörungen, Schlaganfall, bipolare Störungen ebenso wie Suchterkrankungen, Parkinson, Epilepsie und Kopfschmerzkrankungen (Migräne etc.) den Patienten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten in der neurologischen oder psychiatrischen Praxis aufzeigen.

TV-Wartezimmer ist nach eigenen Angaben mit mittlerweile mehr als 5.600 Bildschirmen in deutschen Praxen Marktführer in der audiovisuellen Patientenkommunikation. Das Freisinger Unternehmen bietet für Patienten verständlich aufbereitete Informationen zu Vorsorge und Therapiemethoden, dank dieser der Patient schon vorbereitet in das Sprechzimmer geht. Das täglich aktualisierte

TV-Wartezimmer-Programm besteht aber nicht nur aus Themen rund um die Gesundheit, sondern zeigt auch preisgekrönte Tier- und Reisedokumentationen, stündlich aktuelle Nachrichten, regionale Wettermeldungen, Filmbeiträge über die Projekte der SOS-Kinderdörfer etc.

Gezielte Information und Aufklärung bereits im Wartezimmer

TV-Wartezimmer arbeitet bereits über lange Jahre und meist exklusiv mit verschiedenen Partnern zusammen, darunter der Deutsche Olympische Sportbund, Marco Polo Film, die Heinz Sielmann Stiftung, die Mediengruppe Klambt, der Ehapa-Verlag, die SOS-Kinderdörfer, die DRF Luftrettung, ebenso die BLZK (Bayerische Landeszahnärztekammer), LAGH (Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen), der BVDD (Berufsverband der Deutschen Dermatologen), die DGSP (Deutsche Gesell-

schaft für Sportmedizin und Prävention – Deutscher Sportärztebund e.V.), der BVOU (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.), die DDS (Deutsche Diabetes Stiftung), der DFV (Deutscher Facharztverband) sowie zahlreiche Arztnetze.

„Ziel unserer Kooperation mit TV-Wartezimmer ist die fundierte und gezielte Information und Aufklärung. Mit diesen, vom BVDN geprüften Filmen können wir monatlich etwa fünf Millionen Patienten und deren Angehörige dank der bundesweiten Streuung über TV-Wartezimmer direkt in Arztpraxen und Kliniken erreichen“, betont Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender des BVDN. Und Markus Spamer, Gründer und Geschäftsführer von TV-Wartezimmer, fügt hinzu: „Neben den Informationsfilmen konzipieren wir zudem ein BVDN-Nachrichtenformat, in dem jeweils aktuelle Themen des BVDN vorgestellt werden.“ **red**



© TV-Wartezimmer

Angebot für BVDN-Mitglieder!

Mitglieder des BVDN, die sich im Aktionszeitraum bis 30.9.2012 für TV-Wartezimmer entscheiden, erhalten TV-Wartezimmer zum Vorzugspreis von 99 € bis 31.11.2012. Weitere Informationen gibt es unter Angabe ihrer BVDN-Mitgliedsnummer bei:
TV-Wartezimmer GmbH & Co. KG,
Raiffeisenstraße 31, 85356 Freising,
Tel.: 08161-49 09-0, Fax: 08161 49 09 330, E-Mail: info@tv-wartezimmer.de,
www.tv-wartezimmer.de

Renommierter Psychiatrieprofessor in Bern vom Dienst suspendiert

Schweizer Verhältnisse – bald auch in Deutschland?

In Bern ist der Klinikdirektor der psychiatrischen Universitätsklinik, Professor Dr. Werner Strik, fristlos von allen klinischen und universitären Aufgaben suspendiert worden. Die Vorwürfe gegen den angesehenen Psychiater erscheinen diffus. Was steckt dahinter?

Ohne Abmahnung oder Schlichtungsversuche beantragte die geschäftsführende Juristin des psychiatrischen Universitätsspitals Bern, Regula Mader, im Februar 2012 die Entlassung des Klinikdirektors Professor Dr. Werner Strik. Ohne offizielle Begründung wurde gleichzeitig in der Lokalpresse verbreitet, er sei fristlos von allen klinischen und universitären Aufgaben freigestellt. Es folgt eine Welle der Empörung: In offenen Briefen wird Strik von 68 seiner akademischen Mitarbeiter sowie von Pflegefachpersonen, Studenten und zahlreichen schweizer und nichtschweizer Fachkollegen unterstützt. Die medizinische Fakultät Bern stellt sich mit 79 Unterschriften geschlossen hinter ihn. Anfang Juni lehnte die Universität Bern den Entlassungsantrag als unbegründet ab.

Diffuse Vorhaltungen

Die fristlose Kündigung eines Arbeitsvertrages ist in Deutschland wie in der Schweiz nur bei schwerwiegenden Verfehlungen gerechtfertigt, beispielsweise bei schweren finanziellen Vergehen oder fachlichen Fehlern. Der schweizerischen Tageszeitung „Der Bund“ waren tendenziöse diffuse Vorhaltungen zur medizinischen und Ausbildungsqualität zu entnehmen, die Zusammenarbeit mit Strik sei schwierig und eine Rückkehr in sein Amt ausgeschlossen. Erst geraume Zeit später konnte man in der „Weltwoche“ eine neutrale Darstellung mit Hintergrundinformationen finden.

Werner Strik studierte Medizin in Italien und Deutschland, bevor er seine psychiatrische Weiterbildung an der Universitätsklinik Würzburg absolvierte.

Nach einem Forschungsaufenthalt in Zürich wurde er 1998 als Direktor der Universitäts-Psychiatrie nach Bern berufen. Strik etablierte in 14 Jahren eine leistungsfähige wissenschaftliche Arbeitsgruppe mit einer Vielzahl hochwertiger neurowissenschaftlicher Publikationen, in seiner Klinik wurden mehrere Millionen Franken an Forschungsgeldern eingeworben. Auch in der wissenschaftlichen Nachwuchsförderung war er erfolgreich und ehemalige Mitarbeiter besetzten zum Beispiel die Lehrstühle in Zürich und Tübingen. Den klinischen Betrieb strukturierte er in eine moderne Psychiatrie mit wirtschaftlichen Kennzahlen um. An der medizinischen Fakultät ist Strik seit vielen Jahren geachtetes Mitglied des Vorstandes und er ist aktuell deren Finanzchef.

Schulenstreit?

Der Lehrstuhl für Psychiatrie wird durch die Universität Bern besetzt. Damit verbunden ist die Leitung der Psychiatrischen Universitätsklinik „Waldau“, die direkt und ausschliesslich dem Gesundheitsminister Perrenoud unterstellt ist. Dieser ist von Beruf Psychiater und leitete selbst etliche Jahre eine kantonale psychiatrische Versorgungsklinik im Berner Jura. Bereits zu dieser Zeit kam es zu fachlichen Auseinandersetzungen zwischen dem Berner Lehrstuhlinhaber Werner Strik und dem späteren Gesundheitsminister. Offenbar spielen unterschiedliche Auffassungen über die wissenschaftliche Entwicklung der Psychiatrie eine Rolle. Über die genauen Hintergründe lässt sich jedoch nur spekulieren. Den Versuch der Spitaldirektorin, Strik von seiner Lehr- und Forschungs-

tätigkeit und sogar den Kontakt zu seinen Patienten und Mitarbeitern ohne Ankündigung abzuschneiden, unterband glücklicherweise die Kantonsregierung. Was übrig bleibt, sind die unterschiedlichen Auffassungen über die Prioritäten in einer Universitätsklinik. Über diesen Konflikt, der nun zwischen Spitaldirektion und Universität Bern ausgetragen wird, muss die Kantonsregierung entscheiden. Damit wird dieser merkwürdige Fall zu einem Politikum, mit Präzedenzcharakter für die universitäre Medizin.

Ökonomische Zwänge

Bezogen auf Deutschland kann man sich die Frage stellen, ob ähnliche Vorgänge auch hier in Zukunft möglich sind. Schon heute befinden sich Krankenhäuser, Kassenarztsitze und sogar ganze Universitätskliniken in privater Hand. Entsprechend geraten nicht nur die Krankenversorgung, sondern auch Forschung und Lehre direkt oder indirekt unter den Druck ökonomischer Erwägungen. Die ärztliche und wissenschaftliche Unabhängigkeit steht zunehmend unter dem Einfluss von Politik und Finanzwelt. Gerade in unseren konservativen Fächern Psychiatrie und Neurologie, die sich nur schwer mittels „getakteter Medizin“ durchökonomisieren lassen, ist die Gefahr renditeorientierter oder dogmatischer politischer Einflüsse für Krankenversorgung und Wissenschaft hoch. Als Beispiel hierfür in Deutschland sei die entstandene Dichotomie zwischen Psychosomatik und Psychiatrie genannt, die weder medizinisch noch gesundheitsökonomisch oder versorgungspolitisch zu rechtfertigen ist. gc

NACHGEFRAGT

„Hohes Maß an medizinischer und akademischer Unabhängigkeit bewahren“

Zu den Vorgängen rund um die Suspendierung Striks in Bern fragten wir die Präsidenten der beiden großen deutschen Fachgesellschaften Professor Dr. Wolfgang Oertel (DGN) und Professor Dr. Peter Falkai (DGPPN).

? Welche Konfliktfelder könnten zur Suspendierung von Professor Strik geführt haben?

Professor Falkai: Wahrscheinlich die unterschiedliche Auffassung, welche Aufgaben, Rechte und Pflichten eine Person in einer solchen Position hat. Es wird insbesondere um finanzielle Aspekte, aber auch die Außendarstellung der Psychiatrie gegangen sein.

Professor Oertel: Offenbar sind es nicht nur persönliche Rivalitäten und Auseinandersetzungen zwischen den psychiatrischen Schulen. Striks Einsatz für Qualität in Krankenversorgung, Forschung und Lehre steht möglicherweise Klinikleitung und Politik bei der Schwächung der universitären Medizin im Wege.

? Halten Sie die für die Suspendierung eines Klinikdirektors, der auch Lehrstuhlinhaber und Wissenschaftler ist, angegebenen Gründe für sachgerecht und nachvollziehbar?

Oertel: Nein, konkrete Gründe werden ja nicht angegeben. Das dürfte juristisch kaum haltbar sein, ganz zu schweigen vom persönlichen Aspekt, wie hier mit einem renommierten Wissenschaftler umgegangen wird.

Falkai: Die Gründe sind für mich nicht klar, daher ist das Vorgehen für mich auch nicht nachvollziehbar. Insbesondere da nach meinem Informationsstand kein Versuch einer Konfliktlösung oder Mediation vorangegangen ist.

? Trauen Sie sich aus der Distanz eine Beurteilung der Situation an der Universität Bern und den Universitäts-Psychiatrischen Diensten zu?

Oertel: An der Psychiatrie ist wohl abzulesen, was möglicherweise auf die medizinische Fakultät in Bern zukommt.

Nach neuesten Meldungen soll ja das Berner Universitätsklinikum mit den nicht-universitären Kliniken fusionieren. Das würde die Qualität von Forschung und Lehre gefährden.

Falkai: Die Beurteilung ist schwierig, wobei aktuelle Presseberichte darauf hindeuten, dass eine Fusion des Berner Universitätsklinikums mit nicht-universitären Kliniken bevorsteht. Meines Erachtens könnte das mit einer Beeinträchtigung der Qualität von Lehre und Forschung verbunden sein.

» An der Psychiatrie ist wohl abzulesen, was möglicherweise auf die gesamte medizinische Fakultät in Bern zukommt. «

? Kennen Sie Professor Strik persönlich? Glauben Sie, dass es nach 14 Jahren plötzlich unmöglich ist, mit ihm zusammenzuarbeiten?

Falkai: Ich kenne Werner Strik als Kollegen, Wissenschaftler und Vortragenden aus vielen Situationen glaube ich recht gut. Ich kann es mir nicht vorstellen, warum man nach 14 Jahren plötzlich nicht mehr mit ihm zusammenarbeiten könnte.

? Kennen Sie ähnlich gelagerte Fälle in der Schweiz oder in Deutschland? Können Sie sich eine solche Vorgehensweise in Deutschland vorstellen?

Oertel: Ich habe von ähnlichen Fällen in Zürich und in Basel gehört. Offenbar wurde auch hier die Debatte rufschädigend in der Tagespresse geführt. In Deutschland werden solche Konflikte bislang diskreter ausgetragen, eine solche Härte in der Auseinandersetzung kenne ich nicht. Aber auch hierzulande erleben wir insbesondere an privatwirtschaftlich



© DGN

Prof. Dr. med.
Wolfgang Oertel
DGN-Präsident



© DGPPN

Prof. Dr. med.
Peter Falkai
DGPPN-Präsident

geführten Häusern zunehmend, dass Klinikchefs ausgetauscht werden, wenn sie ihr Haus nicht entsprechend den ökonomischen Vorgaben der Geschäftsführung leiten.

Falkai: Ein solches Vorgehen ist mir nicht bekannt, wobei ich das Gefühl habe, dass sich in Deutschland die Situation in den letzten Jahren zu Ungunsten eines Lehrstuhlinhabers und Klinikleiters verändert hat. Ursache ist meines Erachtens die zunehmende Bedeutung wirtschaftlicher Gesichtspunkte, wobei Aspekte

der Forschung oder Lehre dahinter zurückzuweichen scheinen.

? In der Schweiz arbeiten nicht wenige deutsche Mediziner in Führungspositionen. Kann man deutschen Kollegen noch empfehlen, Stellen in der Schweiz anzutreten?

Oertel: Die Arbeitsbedingungen in der Schweiz sind vordergründig attraktiv. Aber jeder von uns kennt deutsche Kollegen, die nicht Fuß fassen und bald wieder zurückkehren.

Falkai: Die Schweiz gehört traditionell zu den Ländern, in die Kollegen aus Deutschland sowohl aus der klinischen als auch akademischen Psychiatrie gerne hingehen um zu arbeiten. Als Gründe wurden und werden mir gute Arbeitsbedingungen und eine gute Bezahlung genannt. Ob hier ein Paradigmenwechsel vollzogen worden ist, wage ich nicht zu beurteilen und würde deswegen auch das Vorgehen beim Kollegen Strik genau beobachten.

? *Ist die Psychiatrie durch unterschiedliche – dogmatische – Auffassungen besonders gefährdet? Bestehen gegenläufige Interessen zwischen Krankenversorgung und akademischer Tätigkeit sowie Politik und finanziellen Interessen?*

Falkai: Da Psychiatrie auch wesentlich aus der Interaktion mit der Gesellschaft lebt, ist sie dogmatischen Auffassungen immer ausgesetzt. In der Regel sind die Dinge aber einfacher gelagert. Häufig liegen solchen Konstellationen persönliche Konflikte zugrunde, die natürlich auch verbunden sind mit der Auffassung, die jemand vertritt aufgrund seiner Biografie, professionellen Hintergrundes und Interessenlage.

Oertel: Klinische und akademische Medizin sind in Deutschland wie in der Schweiz einer zunehmenden Beeinflussung ausgesetzt. Neurologie und Psychiatrie sind besonders gefährdet, weil die erforderliche intellektuelle Leistung nicht

in betriebswirtschaftlichen Tabellen abzubilden ist. In der Psychiatrie erschweren der Konflikt zwischen den Schulen sowie öffentlich agierende Patienten den fachlichen Laien wie Betriebswirten, Juristen und Politikern die Einschätzung der Situation in besonderer Weise.

? *Sehen Sie die Unabhängigkeit von medizinischer und akademischer Tätigkeit auch in Deutschland gefährdet?*

Oertel: In Deutschland kümmert sich die Politik eher zu wenig und überlässt das Feld der Wirtschaft und der Finanzwelt. Der Fusionsversuch zwischen Fresenius und Rhön hat uns vor Augen geführt, wie Krankenhäuser und sogar Universitätskliniken im Kampf um die Marktdominanz zum Spielball von Börsenspekulationen werden. Klinikchefs verlieren ihre Gestaltungsmöglichkeiten, da die Weiterentwicklung der Häuser nicht nur an medizinischen Gesichtspunkten, son-

dern auch an ökonomischen Anforderungen eines börsennotierten Unternehmens ausgerichtet wird. Universitäre Aufgaben werden hierdurch potenziell gefährdet. Krankenhäuser sollen aber nicht primär Gewinne erwirtschaften, sondern Krankenversorgung und im akademischen Bereich zusätzlich Forschung und Lehre kostendeckend und qualitativ hochwertig sicherstellen.

Falkai: Wenn ich den Paradigmenwechsel in Deutschland von einer unabhängigen zu einer angestellten Professur sehe – und selber erfahren habe –, so hat sich hier viel geändert, wobei viele Aspekte auch gut sind und etliche von uns diese Veränderung ja auch wollten. Ich denke, dass wir aber in Deutschland nach wie vor ein hohes Maß an Unabhängigkeit von medizinischer und akademischer Tätigkeit haben, und uns diese aber auch bewahren müssen.

Vielen Dank für das Interview!

Fortbildungsakademie: Seminar zur Sexualmedizin

In der kurzen „Geschichte des Traktors auf ukrainisch“ von M. Lewycka klagt der betagte Vater der Protagonistin, dass er sich seiner wesentlich jüngeren Freundin gegenüber schäme, weil es bei der Sexualität ziemlich hapere. Befragt, woran es denn liege, meint er, der ehemalige Traktorspezialist, dass seine „Hydraulik“ nicht mehr in Ordnung sei. Dank moderner PDE-5-Hemmer ist dieses Problem meist schnell behoben. Wenn aber mehr als die „Hydraulik“ nicht richtig funktioniert, wenn es denn gar in der Psyche klemmt, an wen können sich Patienten und Patientinnen dann wenden, wollen sie sich diagnostisch und therapeutisch kompetent versorgt wissen?

Keine Frage: Bei allen komplexeren Problemstellungen der Sexualmedizin sind Psychiater, Nervenärzte (und Neurologen) und natürlich auch Psychotherapeuten in besonderer Weise gefragt. Kein medizinisches Fach ist schließlich stärker mit den psychosozialen Auswirkungen der Sexualität befasst als die Psychiatrie. Nicht zufällig stammt das klassische Standardwerk „Psychopathia sexualis“ von

Richard von Krafft-Ebing, einem Psychiater, der zwar die längste Zeit seines Berufslebens an Kliniken tätig war, sich aber in seinen jüngeren Jahren zunächst mit einer Praxis in Baden-Baden selbstständig gemacht hatte.

Weit ist das Feld der Themen, mit denen wir uns auf sexualmedizinischem Gebiet konfrontiert sehen. Ob Erkrankungen wie Depressionen, Psychosen, Angststörungen (aber natürlich in der Neurologie auch MS, Morbus Parkinson, Plegien etc.) – sie alle können die Sexualität ganz erheblich beeinträchtigen. Der zweithäufigste Grund, warum Patienten ein Gespräch über das Sexualleben mit uns führen wollen, liegt in der Tatsache begründet, dass viele Antidepressiva oder Antipsychotika und auch andere Medikamente unserer Fachgebiete durch unerwünschte Wirkungen die Sexualität beeinträchtigen können. Die Medikamenten-Compliance ist wegen der hierdurch bedingten Funktionsstörungen wie Libidominderung oder erektile Dysfunktion ihn hohem Maße belastet, ein Problem, das nicht einfach als in Kauf zu nehmen-

de Petitesse abgetan werden kann. Häufig werden aber auch primäre Sexualprobleme wie Transsexualität, Dyspareunie, Unklarheiten der sexuellen Orientierung, süchtiges Sexualverhalten, sexuelle Aberrationen wie Pädophilie oder Fetischismus in unseren Praxen thematisiert, vor allem dann, wenn die Patienten eine hierfür bereite Gesprächsatmosphäre vorfinden. Dies hat uns dazu bewogen, im Rahmen der Seminarangebote der Fortbildungsakademie eine spezielle Veranstaltung über Sexualmedizin anzubieten. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Fortbildungsakademie: www.akademie-psych-neuro.de.

Das Seminar finden vom **15. – 16.9.2012, in Frankfurt am Main** statt und ist mit 14 CME-Punkten zertifiziert.

Das Anmeldeformular sowie weitere Informationen sendet Ihnen gerne Dipl.-Psych. N. Daoud, Würzburg.
E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de.

PD Dr. med. A. Zacher, Regensburg

Resolution für eine bessere Integration Schädelhirnverletzter

Teilhabe muss zur Normalität werden

Circa 800.000 Menschen, darunter sehr viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind von einem erworbenen Hirnschaden betroffen, was ungefähr 1 % der Bevölkerung entspricht. Jährlich kommen 50.000 bis 80.000 Patienten neu hinzu. Als „Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung“ fordern wir eine bessere Teilhabe dieser Menschen an der Gemeinschaft und der Arbeitswelt.

Die akute und rehabilitative Anfangsbehandlung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden ist häufig sehr gut, die nachgehende individuelle Weiterversorgung und Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das Lebensumfeld dagegen meist unzulänglich. Wegen der komplexen und individuellen neuropsychologischen Folgen der Hirnschädigung sind die Betroffenen oft in Selbstversorgung, Selbstregulation und Anpassungsfähigkeit beeinträchtigt und deshalb auf langfristige individuelle Behandlung und Begleitung angewiesen. Teilhabedefizite

müssen frühzeitig erkannt und fachkundige sowie flexible individuelle Interventionen in der realen Lebenswelt des Betroffenen angeboten werden. Dazu gehören Maßnahmen der schulischen beziehungsweise beruflichen Re-Integration, des selbstständigen oder strukturiert unterstützten Wohnens und fördernde tagesstrukturierende Maßnahmen.

Durch den Verzicht auf die weitere Förderung von Teilhabe und Inklusion wird die Wirksamkeit der gesamten vorherigen Versorgungskette in Frage gestellt. Dieses stellt aus gesellschaftlicher Sicht

eine Ressourcenverschwendung dar und ist unethisch.

Unsere Forderungen

Die „Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung“ (AG Teilhabe) hat als Interessenvertretung der Betroffenen folgende Forderungen:

- die Berücksichtigung und offizielle Anerkennung der besonderen Bedarfe von Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Sozialrecht und in der Gesundheitsberichterstattung;
- den ungehinderten Zugang zu individuell bedarfsgerechten Teilhabeleistungen ohne zeitliche Verzögerung und bürokratische Hürden;
- ein frühzeitiges partizipatives Planen der individuellen Maßnahmen zum Erreichen von Teilhabe und Inklusion schon mit Beginn der neurologischen Behandlungs- und Rehakette;
- eine trägerübergreifend verbindliche Festlegung der dafür notwendigen Therapieleistungen (sozialräumig erreichbare Komplex- und Einzeltherapien in vernetzter teilhabeorientierter Form); dazu gehört auch eine flächendeckende Verfügbarkeit der ambulanten neuropsychologischen Behandlung;
- eine am Bedarf orientierte, ausreichend lange und ausreichend intensive sowie zielorientierte Durchführung von Interventionen zur Heilung, Kompensation, Anpassung und Vermeidung von Verschlimmerung;
- ein unabhängiges, individuelles, sachkundiges Fall- und Versorgungsmanagement zur Koordination der



© Arbeitsgemeinschaft Teilhabe c/o ZNS Hannelore Kohl Stiftung

Auch dem dreißigjährigen Torsten Ritter, der nach einem Autounfall zu den Betroffenen gehört, würde die Umsetzung der Resolution dabei helfen, sich noch besser in sein Umfeld integrieren zu können.



Teilnehmer des 6. Nachsorgekongresses (NSK) am 2. März 2012

nachgehenden Leistungen und zur Überwindung der Hemmnisse an Schnittstellen im gesamten Versorgungssystem;

- eine anbietende, aufsuchende fachkundige Beratung der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes;
- gesetzliche Regelung der Finanzierung von Beratung, Teilhabepflicht und Fallmanagement als trägerübergreifende Schwerpunktaufgabe aller Leistungsträger;
- und ein regelmäßiges, kritisches Hinterfragen der erreichten Teilhabe- und Inklusionssituation des Einzelnen und Anpassung an neue Entwicklungen.

Wir erwarten neben der Erfüllung dieser Forderungen eine Verwirklichung der Menschenrechte nach der UN-BRK und ein konsequentes Umsetzen des SGB IX und seines Teilhabeparadigmas!



AUTOREN

Die Resolution wurde verabschiedet von den Mitgliedern der AG Teilhabe und den Teilnehmern des 6. Nachsorgekongresses (NSK). Die AG Teilhabe ist ein Zusammenschluss folgender Verbände: Bundesarbeitsgemeinschaft Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen (BAG), Bundesverband Rehabilitation (BDH), Bundesverband ambulante/teilstationäre Neurorehabilitation e. V. (BV-ANR e.V.), Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e.V., Selbsthilfegruppe „Hirnverletzte und Angehörige“, Selbsthilfeverband FORUM GEHIRN e. V., ZNS Hannelore Kohl Stiftung.

Kontakt: Achim Ebert, Sprecher der AG Teilhabe, c/o ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, Rochusstr. 24, 53123 Bonn

Erwerbs-Coaching – Teil IV

Führung und Mikropolitik

Die Lehrbücher der Arbeits- und Organisationspsychologie beinhalten immer ein Kapitel zum Thema Führung; das Thema Mikropolitik und Moral in Organisationen wird vergleichsweise seltener bearbeitet, obgleich es für den praktischen Bezug in eine menschliche Arbeitswelt sehr interessant erscheint.

Zur Mikropolitik finden sich verschiedene Definitionsversuche, etwa: „Es ist Mikropolitik (...), wenn Verhalten strategisch geplant wird, um kurz- oder langfristige Eigeninteressen zu maximieren, die entweder übereinstimmen mit den Interessen anderer, oder auf ihre Kosten gehen.“ [1]. Oswald Neuberger beschreibt in seinem Vorwort Mikropolitik etwas allgemeiner, systemischer [2]: „Mikropolitik ist ein (...) Schatten der Ordnung, immer präsent, wenn auch fast immer exkommuniziert. Mikropolitik ist somit nicht dem Machiavellismus oder der subversiven Selbstsucht der Akteure geschuldet, sondern hervorgerufen durch die unerfüllbaren Diktate der Ordnung.“ Neuberger behauptet etwas provokant weiter [3]: „Dieser Mythos der Normalität der Regelbefolgung kann (...) als widerlegt gelten. Zum normalen Verhalten

in Organisationen gehört unweigerlich die Regelverletzung.“ Im Fazit seines Buches gibt er den handelnden Akteuren (Führungskräften und Mitarbeitern) drei Handlungsratschläge [4]:

1. Versuche nicht perfekt zu sein; sei möglichst gut!
2. Lerne dazu, suche und entwickle Alternativen!
3. Rechne mit Zerreißproben – und richte dich in Widersprüchen ein! Nerdinger benennt im Grunde mikropolitische Aktivitäten mit dem Begriff der „Führung von unten“, wenn Mitarbeiter versuchen, ihre Führung in eine gewünschte Richtung zu beeinflussen [5].

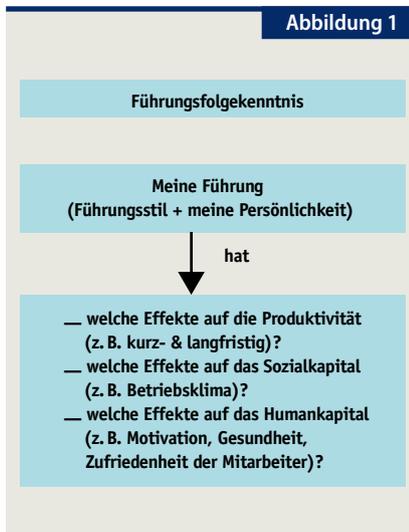
Mikropolitik ist eben nicht nur abweichendes Verhalten, sondern untersucht und beschreibt die ganze Palette realer menschlicher (un)bewusster Arbeitsmuster [6], taktischer Kommuni-

Eine wichtige Frage zur Beurteilung der Führungskraft: Weiß der Chef wirklich, welche Effekte er tatsächlich bei den Mitarbeitern auslöst?

© Thomas Reimer / Fotolia.com



Abbildung 1



kationsstile, strategischer Planungen und letztendlich auch erwerbsbezogener Haltungen außerhalb der politisch korrekten Aussagen und Leitbildern in Hochglanzbroschüren. Man darf gespannt sein, welchen Platz es zukünftig in der Arbeits- und Organisationspsychologie einnehmen wird.

Tabelle 1

Gesundheitsförderliches Führen

Stufe I: Führungsfehler vermeiden, die

- stressen
- kränken
- verunsichern

Stufe II: Führungskompetenzen entwickeln, die direkt gesundheitsförderlich sind.

- Personenspezifisches Führen anstreben (z. B.)
 - Überforderungsneigung erkennen und coachen
 - Dysbalancen erkennen und coachen
- Mitarbeiter coachen
- Dialektische Führungskompetenzen anwenden

Stufe III: Reife Führungshaltung leben

Den Rahmen suchen und gestalten, innerhalb dessen sich der Geführte zu seiner einmaligen Persönlichkeit entfalten kann.

So führen, wie man selber geführt werden möchte.

Führung

Führung ist ein klassischer Teil der Arbeits- und Organisationspsychologie und bearbeitet unterschiedliche Themen, Führungsstile, Führungsverhalten, Menschenbilder der Führung und Führungspersönlichkeiten. Grundsätzlich darf man in Analogie zur Kommunikationstheorie festhalten: „Nicht-Führung geht nicht, irgendeine Art der Führung wird durch die Führungskraft immer angewandt; bewusst und/oder unbewußt.“ Die zweite wichtige ergänzende Aussage lautet: „Irgendeine Wirkung wird die praktizierte Führung auf alle drei wichtigen unternehmerischen Parameter (Produktivität, Sozialkapital, Humankapital) haben.“ Die dritte entscheidende Aussage, die aus beratender und oder coachender Sicht hierzu sinnvoll geäußert werden kann, ist eine Frage an die Führungskraft: „Wissen Sie wirklich, welche Führungseffekte Sie tatsächlich bei den Mitarbeitern auslösen und zu welchen unternehmerischen Konsequenzen diese Führungseffekte führen können in Bezug auf

- Produktivität,
- Sozialkapital und
- Humankapital?“

Die persönliche Kenntnis um die Effekte der eigenen Führung bezeichnet das Erwerbs-Coaching-Konzept als Führungsfolgenkenntnis der Führungskraft (**Abbildung 1**). Mit diesen drei Aussagen betrachtet das Erwerbs-Coaching-Konzept das Führungsthema relativ deutlich unter einem systemischen und einem Erwerbsbeziehungsaspekt. Dieser kurze Artikel beschränkt sich deshalb auf die zwei Themen:

- Arbeitsselbsterfahrung als Führungskraft,
- Gesundheitsförderliches Führen, eine Ermutigung.

Arbeitsselbsterfahrung als Führungskraft

Eine Führungskraft der SAP AG [7] sagt hierzu unmissverständlich: „Der Zugang zum Mitarbeiter führt über die eigene Erfahrung.“ Um diese Aussage zu verdeutlichen werden exemplarisch etwas überzeichnete Beispiele dargestellt:

- Wenn Führungskräfte eine rein leistungsorientierte, sich selber grenzwertig fordernde (und langfristig

überfordernde) Einstellung entwickelt haben, wird sich dies auf ihre Führungskompetenz auswirken. Sie werden diesen Arbeitstil als normal und erstrebenswert ansehen. Sie werden weiter blind für Überforderungsverhalten sein und dann bei psychisch-seelischer Erschöpfung in der Arbeitsanforderung überrascht und hilflos reagieren.

- Wenn Führungskräfte eine schonende und berufliche Herausforderungen ängstlich verarbeitende Einstellung entwickelt haben, werden sie entsprechend vorsichtig arbeiten und führen. Dieser Stil kann je nach eigenem mikropolitischen Geschick gut getarnt sein. Dieser Führungsstil wird gegebenenfalls als freundlich (von den Mitarbeitern) und wenig effektiv (von der obersten Führung) empfunden werden.
 - Wenn Führungskräfte eine egoistische bis zynische Einstellung entwickelt haben, werden sie vermehrt darauf achten, die anstrengende Arbeit möglichst auf die anderen zu verteilen. Ihr Führungsstil wird mit der Zeit als unfair und beziehungsfeindlich empfunden werden.
 - Wenn Führungskräfte eine misstrauische Einstellung gegenüber Mitarbeitern und deren „freiwilligem“ Engagement entwickelt haben, werden sie einen eher kontrollierenden Führungsstil entwickeln mit entsprechenden Rückwirkungen auf das Sozialkapital.
 - Wenn Führungskräfte eine eher großzügige und bequeme Einstellung zum Mitarbeiterengagement aufgebaut haben, werden sie mehr Handlungsspielraum geben, ohne diesen Prozess ausreichend zu begleiten ...
 - Wenn Führungskräfte sehr dominant sind, werden sie intrinsische Teamkreativität wahrscheinlich eher erdrücken ...
 - Wenn Führungskräfte zu konflikt-scheu sind, werden sie sich zum Beispiel über Unruhe innerhalb der Abteilung wundern ...
- Zur Arbeitsselbsterfahrung der Führungskraft gehört demnach als Basis die sichere Kenntnis des primären Führungsstiles auch infolge der eigenen Persönlichkeit („Wie führe ich spontan und wa-

rum?“). Dieser individuell gewachsene, primäre Führungsstil mag in bestimmten Situationen, für bestimmte Mitarbeiter passend sein – gleichzeitig kann er in anderen Situationen, für andere Mitarbeiter unpassend oder störend sein („Welche Stärken und welche Schwächen hat mein primärer Führungsstil grundsätzlich?“).

Zur Arbeitsselbsterfahrung der Führungskraft gehört weiter die grundsätzliche achtsame Bereitschaft, das eigene Verhalten in Führungssituationen immer wieder zu hinterfragen: „Wie wirke ich wahrscheinlich konkret auf diesen Mitarbeiter in dieser Situation? Welche Führungseffekte möchte ich auslösen und welche realen Effekte löse ich möglicherweise tatsächlich aus?“ Die Beschäftigung mit diesen Fragen leitet bereits zu einer achtsamen, gesundheitsförderlichen Führung über. Eine wichtige zu akzeptierende Tatsache für Führungskräfte ist, dass sie kaum noch ehrliche Rückkopplungen in Bezug auf ihr Führungsverhalten bekommen werden. Zu sehr wird diese Antwort von mikropolitischen Überlegungen geprägt sein, etwa: „Wie wird die Führungskraft reagieren, wenn ich dies oder jenes offen anspreche?“ Dies wiederum bedeutet, dass die Führungskraft besonders achtsam und sorgfältig untersuchen sollte, wie sie eigentlich wirkt. Beispielsweise scheint das freundliche „Einschmeicheln“ eine der häufigsten mikropolitischen Taktiken zu sein, die von Führungskräften überraschend selten als solche auch erkannt werden [8]. Wenn dies nun von der Führungskraft als reale Rückmeldung über den praktizierten Führungsstil aufgefasst wird, schätzt sie ihre Führungsfolgen wahrscheinlich falsch ein und das Missverständnis nimmt seinen Lauf ...

Gesundheitsförderliches Führen, eine Ermutigung

In letzter Zeit scheint die Literatur zu diesem Thema zuzunehmen, wahrscheinlich auch weil das Präventionsthema immer mehr Beachtung findet. Entsprechend viele unterschiedliche Konzepte gibt es zu diesem Thema. Im Erwerbs-Coaching-Konzept wird zunächst für ein einfaches, gestuftes Konzept zum gesundheitsförderlichen Führen geworben (**Tabelle 1**), welches bei Interesse nahezu beliebig vertieft werden kann.

Für die erste Stufe gesundheitsförderlichen Führens gilt sehr klar die Erkenntnis einer Führungskraft: „Ich weiß, dass gut gemeint längst nicht immer auch gut gemacht ist. Ich sollte deshalb mein Machen, das heißt, die konkrete Gestaltung von Erwerbsbeziehungen, achtsam hinterfragen und gegebenenfalls korrigieren, modulieren.“ Wenn Führungskräfte ernsthafte die Haltung einnehmen können, dass sie in Bezug auf ungewollte Stressoren, Kränkungen und Verunsicherungen achtsamer werden wollen, um diese (nie zu vermeidenden Interaktionen) zu reduzieren, dann ist sicherlich ein guter Anfang gemacht. Selbstverständlich bedeutet ein achtsamer Führungsstil keineswegs, dass sich die Führungskraft nun immer freundlich und konfliktscheu verhalten muss.

Wiederholte Kränkungen stellen eine wesentliche Ursache für das Phänomen der inneren Kündigung dar [9], das nach gängiger Einschätzung die Produktivität nicht unerheblich reduzieren kann. Alleine deshalb wird es sich schon lohnen, dass Führungskräfte ermutigt werden, ihre Gestaltung von Erwerbsbeziehungen achtsam und vor allem regelmäßig zu

hinterfragen: „Gebe ich Anlass zu Kränkungen, gegebenenfalls durch unbedachte Äußerungen, vielleicht nur, weil ich selber unter Stress, Zeitdruck stand?“

Im Erwerbs-Coaching-Konzept wird besonders auf die Fähigkeit geachtet, bewusst eine dialektische Haltung unter Einbezug der gesundheitsförderlichen Führungsfähigkeiten einnehmen zu können: — auf der einen Seite (wie beschrieben) achtsam gegenüber möglichen vermeidbaren Stressoren, insbesondere aus der Beziehungsgestaltung heraus, — auf der anderen Seite aber auch nicht vermeidend gegenüber Stressoren, die eben nicht zu umgehen sind.

Bei der Einnahme dieser dialektischen Haltung wird es zwangsläufig zu intrapsychischen Spannungen kommen, die nicht immer auflösbar sind und unter Umständen von der Führungskraft eine Zeit lang offen gehalten und ausgehalten werden müssen. Diese Tatsache stellt dann auch einen Aspekt emotionaler Arbeit von Führungskräften dar.

Der nächste Beitrag der Serie beschäftigt sich mit dem Thema „Emotionale Arbeit“. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Marius Poersch

Arzt für Neurologie, Arzt für Psychiatrie
Spezielle Schmerztherapie, Rehawesen
OA der Dr. von Ehrenwall'schen Klinik
Geschäftsführer Institut für ErwerbsCoaching
www.erwerbiscoaching.de



Weitere Infos auf springermedizin.de

Zusatzqualifikation für Ärzte – Erwerbs-Coaching Teil I-III

Die Zusatzqualifikation „Erwerbs-Coaching“ fasst das außermedizinische und medizinische Wissen zum Arbeitsthema zusammen. Dadurch ergeben sich neue Sichtweisen und Interventionsmöglich-

keiten. zur Prävention psychisch-seelischer Fehlbeanspruchung der Erwerbstätigen (**2880134, 2995496, 3028772**).

Berufliche Gesundheitsbelastung

Die seelischen Belastungen des Psychotherapeuten wirken durch stetige Bezie-

hungsarbeit auch auf ihre Patienten und damit den Heilungserfolg (**2895282**).

Diese Artikel finden Sie, indem Sie den Titel oder die (in Klammern gesetzte) ID-Nummer in die Suche eingeben.

LITERATUR

1. Ferris et al. 1989 zitiert in Neuberger O: Mikropolitik und Moral in Organisationen. Lucius & Lucius, UTB 2006, S. 5
2. Neuberger O. Mikropolitik und Moral in Organisationen. Lucius & Lucius, UTB 2006, S.IV
3. Neuberger O. Mikropolitik und Moral in Organisationen. Lucius & Lucius, UTB 2006, S. 487
4. Neuberger O. Mikropolitik und Moral in Organisationen. Lucius & Lucius, UTB 2006, S. 558
5. Nerdinger FW, Blickle G, Schaper N. Arbeits- und Organisationspsychologie. Führung von Mitarbeitern. Springer 2008, S. 87 ff.
6. Poersch M. Erwerbs-Coaching – Arbeitsverhalten Teil III. NeuroTransmitter 2012; 6: 30 – 32
7. Lotzmann N (Head of Health & Diversity SAP AG), zitiert in: Kleinschmidt C: Kein Stress mit dem Stress. Eine Handlungshilfe für Führungskräfte. 2011, S. 17. BKK-Bundesverband, inqa.de (Initiative Neue Qualität der Arbeit), DNBGF (Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung)
8. Neuberger O: Mikropolitik und Moral in Organisationen. Lucius & Lucius, UTB 2006, S. 117
9. Brinkmann RD, Stapf KH: Innere Kündigung. Wenn der Job zur Fassade wird. C.H. Beck 2005

Praxisporträt

Zertifizierte Demenzversorgung

Für Fachärzte wird es nach Ansicht der Neurologin und Psychiaterin Dr. Heike-Ariane Washeim immer wichtiger, sich auf bestimmte Krankheiten zu spezialisieren und diese Qualifikation auch kenntlich zu machen. Daher ließ sie ihre Praxis in einem Pilotprojekt für Demenz nach QEP zertifizieren.

Neurologen, Psychiater und Nervenärzte müssen aufpassen, dass sie nicht immer mehr Kompetenzen abgeben: „Wir haben schon die Schmerzpatienten an die Schmerztherapeuten verloren, und die Depressionstherapie wird zunehmend von Psychologen beansprucht. Wenn wir uns bei der Demenzversorgung jetzt nicht richtig aufstellen, wird diese in die Hände der Geriater fallen“, ist sich Dr. Heike-Ariane Washeim sicher. Darauf will sie allerdings nicht warten: „Wenn wir zertifizierte Demenzpraxen haben, können wir Gedächtnissprechstunden entlasten und auch Projekte mittragen, die vom G-BA für die Demenzversorgung entwickelt werden. Dann kann man sagen, wir erbringen diese Leistung und sind auch entsprechend zu berücksichtigen.“

S3-Leitlinie als Basis

Für die Ärztin aus Zirndorf bei Nürnberg war es jedoch wichtig, nicht nur ein Zertifikat einer Fachgesellschaft zu bekommen, sondern von einem unabhängigen Akkreditierungsinstitut. Daher entschloss sie sich für QEP, das Qualitätsmanagementsystem der KV. Zusammen mit dem Expertenforum Alzheimer (EFA) Mittelfranken, einer Vereinigung von Niedergelassenen und Klinikern, an der Washeim beteiligt ist, entwickelte sie die Zertifizierung streng auf Basis der S3-Leitlinie. Geprüft wird dabei, ob Demenzpatienten leitliniengerecht diagnostiziert und therapiert werden, ebenso die Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten wie Radiologen, Internisten oder Hausärzten. Ein Baustein der Zertifizierung ist zudem die Angehörigenberatung.

Seit Januar dieses Jahres hat Washeim sowohl ihre Praxis nach QEP zertifiziert als auch das erste QEP-Zertifikat für De-



Praxis-Steckbrief

Inhaberin: Dr. med. Heike-Ariane Washeim, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie
Praxistyp: Einzelpraxis
Ort: 90513 Zirndorf bei Nürnberg
Regionale Struktur: Städtischer Raum
Anteil Privatpatienten: etwa 15%
Nächste Klinik: 8 km Neurologie (Fürth), 10 km Psychiatrie (Nürnberg)
Mitarbeiterinnen: 4
Schwerpunkte: Demenz, Parkinson, periphere Neurologie, Depression
Besonderheiten: QEP-Zertifizierung Demenz

menz erhalten. Mit dem Partner DEKRA ist es dabei möglich, eine Zertifizierung auch nur für die Versorgung Demenzkranker zu bekommen, man muss also nicht gleich die ganze Praxis einer Qualitätsmanagement-Prüfung unterziehen. Das, so Washeim, soll die Bereitschaft der Ärzte fördern, an dem Verfahren teilzunehmen. Auch die Perspektive, dass Kliniken und andere Einrichtungen künftig bei der Demenzversorgung wohl eher mit zertifizierten Praxen zusammenarbeiten, könnte Ärzte locken. Inzwischen ist die Ärztin bundesweit unterwegs, um auch andere niedergelassene Fachärzte für die Zertifizierung zu begeistern.

Ein Viertel sind Demenzpatienten

Die zunehmende Zahl von Demenzkranken war ebenfalls eine Motivation für Washeim, sich in diesem Bereich zu engagieren. Sie schätzt den Anteil von Demenzpatienten in ihrer Praxis auf etwa 25 %, seit der Zertifizierung steigt er weiter. Trotzdem bleibt ihr noch genug Zeit

für andere Erkrankte. Morgens bestellt die Ärztin in der Regel neurologische Patienten ein, nachmittags psychiatrische. Demenzpatienten sieht sie ebenfalls am liebsten morgens, weil deren kognitive Leistung dann am besten ist. Zweimal die Woche widmet sie sich Gutachten, vor allem für die Rentenversicherung, aber auch für Gerichte, und regelmäßig im Quartal besucht sie ein Pflegeheim.

Unterstützt wird Washeim von vier Mitarbeiterinnen, die im Zuge der Zertifizierung zur Demenzfachkraft geschult wurden. Sie können nun psychometrische Test und einen großen Teil der Angehörigenberatung übernehmen. Trotzdem dauert der Arbeitstag für die Ärztin nichts selten über zwölf Stunden. Wenn sie aber sieht, dass es den Patienten wieder besser geht und diese sich bei ihr gut versorgt fühlen, dann gibt ihr dies genug Kraft, dann hat sie das Gefühl, dass es sich lohnt, Ärztin zu sein, trotz aller Bürokratie und hohem Dokumentationsaufwand. **mut**

Schalten Sie Ihre Null-Euro-Kleinanzeige im NEUROTRANSMITTER



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, Mitglieder im BVDN, BDN oder BVDP, ab sofort können wir Ihnen einen neuen Service unserer Verbandszeitschrift NEUROTRANSMITTER anbieten.

Exklusiv für Verbandsmitglieder besteht ab sofort die Möglichkeit, Kleinanzeigen im NEUROTRANSMITTER zu veröffentlichen – bis auf Weiteres kostenfrei. Wie Sie wissen, wird das Magazin monatlich an alle niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie auch an Oberärzte in Kliniken verschickt. Das schafft Reichweite und Aufmerksamkeit für Ihre Kleinanzeige.

Wie geht es?

Denkbar sind Käufe oder Verkäufe von zum Beispiel Geräten oder Material, Praxismitarbeitergesuche, Bildung von Interessengemeinschaften oder zum Erfahrungsaustausch, Praxisbörse etc.

Ihre Anzeige sollte nicht länger als maximal 300 Zeichen (mit Leerzeichen) sein. Senden Sie Ihre Anzeige bitte **ausschließlich per E-Mail** (Fax oder die telefonische Aufgabe von Kleinanzeigen sind nicht möglich) an unsere Geschäftsstelle in Krefeld: **bvdn.bund@t-online.de**

Die Geschäftsstelle prüft die Mitgliedschaft und übergibt Ihren Text sowie die gewünschten Kontaktdaten an die NEUROTRANSMITTER-Redaktion zur Publikation in der nächsterreichbaren Ausgabe weiter. Chiffreanzeigen sind nicht möglich!

Einsendeschluss für die nächste Ausgabe des NEUROTRANSMITTER ist der 20. August 2012.

Geschäftsstelle und NEUROTRANSMITTER-Redaktion übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in den Kleinanzeigen gemachten Angaben.

Gut vernetzte, florierende psychiatrisch-psychotherapeutische Einzelpraxis in Bruchsal altersbedingt abzugeben. Großer Patientenstamm, überdurchschnittlich hohe Anzahl Neupatienten (KV-Sitz: Psychiater + Neurologe).

Kontakt: Dr. Uebe, Tel.: 0 72 51-23 60

Praxissitz abzugeben! Neurologisch und/oder psychiatrisch zum Januar 2013 wieder besetzbar. Größere Gemeinschaftspraxis mit umfassendem Leistungsspektrum. Unmittelbare Nähe Würzburg/Bayern. Einstieg als Teilhaber oder angestellt, ggf. auch in Teilzeit möglich. Ökonomische und strukturelle Voraussetzungen sehr gut, Freizeitwert hoch.

Kontakt: rl.er@t-online.de

Wir suchen für unsere Praxis in München (Solln und Unterhaching) Fachärztin für Psychiatrie auf Angestelltenbasis für circa 20 Wochenstunden bei vorhandenem Kassensitz.

Kontakt: Dr. (Univ. Ferrara) Serena Scarel, Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching oder Dr.Scarel@neuropraxis-münchen.de

Neurologisch-psychiatrische Gemeinschaftspraxis in Pforzheim sucht FÄ/FA für Psychiatrie für Mitarbeit, gerne in Teilzeit. Flexible Arbeitszeiten, keine Dienste!

Kontakt: aerzte-kolb-schwarz@t-online.de oder Tel. 0 72 31-33 825

Suche Sicherstellungsassistenten/in in Teilzeit für engagierte Praxis für Psychiatrie/Psychiatrie mit Substitution in Münchner Innenstadt.

Kontakt: info@dr-funck.de

Wir suchen im September Ärztin/Arzt als Urlaubsvertretung für neurologische Praxis in Itzehoe.

Kontakt: schmied@neurologe-itzehoe.de

Psychiater/in Nervenarzt/ärztin zur Verstärkung eines Teams aus drei Kollegen/innen zu privatärztlicher ambulanter und stationärer psychiatr. Tätigkeit in gut laufender Privatklinik in Berlin gesucht. Großer Patientenstamm vorhanden. Zunächst Urlaubsvertretung, ggf. Assoziation mgl. Eigene Abrechnung über GOÄ. Attraktive Konditionen.

Kontakt: stephan.foerder@gmail.com

Suche wegen akuter Krankheit Praxisvertretung halbtags in neurologischer Praxis in Berlin.

Kontakt: annettegessler@gmx.de

KAUFEN & VERKAUFEN etc.

Verkaufe Photostimulator FSA 10-2D-1 für Papierlos-EE. 1,0-30 Hz, 1,0 Joule SUB-D-Anschluss für Triggereinheit, runde SMT-Blitzlampe mit Triggerkabel. NP am 8.6.2010: 1.790 €. Preis VB, auf jeden Fall günstig.

Kontakt: GP Woltmann-Preiss, Tel. 0 44 31-92 860

Suche gebrauchten CW-Doppler (DWL) 2,4,8 MHz.

Kontakt: Neurologiepraxis@Aol.com

Therapiezimmer frei. 25 qm in schöner Altbaupraxis München-Lehel. Ruhig, hell, zentral. Nähe Isartorplatz /S-Bahn Stammstrecke. Miete 750 € VB.

Kontakt: c.grethe@gmx.net



Im Alter oft atypische Symptome

Steckt hinter dem „Jammern“ eine Depression?

Die Klagen alter Menschen über diverse „Zipperlein“ klingen Angehörigen, aber auch Ärzten oft so vertraut, dass eine Abklärung, vor allem im Hinblick auf eine psychische Störung, gar nicht in Erwägung gezogen wird. Dabei sind Depressionen und Angststörungen als Auslöser somatischer Beschwerden im höheren Alter keineswegs selten. Bei der Therapie sollten Sie das erhöhte Nebenwirkungsrisiko bei Ihren Senioren berücksichtigen!

DIRK BREMER



Die Symptomatik der Depression stellt sich bei älteren Menschen zum Teil deutlich anders dar als bei jüngeren Patienten.

32 Angst und Depression

Im Alter oft atypische Symptome

40 Suizidalität

Mehr Suizidversuche bei Frauen, höhere Letalität bei Männern

43 AGATE: Tics bei Kindern und Jugendlichen**46 Psychiatrische Kasuistik**

Unklare Seh- und Gedächtnisstörungen

50 CME Impulskontrollstörungen

Warum Glücksspiel und Stehlen pathologisch werden

56 CME Fragebogen

Symptome wie Angst und Depression treten in allen Lebensperioden auf – getrennt oder auch gleichzeitig. Mit der allgemein steigenden Lebenserwartung werden diese Symptome im Alter allerdings zunehmend relevant.

Depression im Alter

Für den Gesamtkomplex Depression liegt seit 2009 die S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ vor. Einige Aussagen beziehen sich explizit auf die Depression bei älteren Patienten [2]. Die allgemeinen diagnostischen Kriterien für eine depressive Störung sind in der ICD-10 festgelegt (**Abbildung 1**). Danach sind folgende Hauptsymptome zu beachten: Gedrückte, depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit. Als Zusatzsymptome können verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven und Suizidgedanken/-handlungen hinzukommen. Wichtige Begleitsymptome sind Schlafstörungen, chronische Schmerzzustände, Suizidalität und gestörte Sexualität.

Weitere Differenzierungen sind nach Schweregrad (leicht, mittel, schwer), nach zusätzlichen somatischen oder psychischen Symptomen und nach Verlaufsaspekten (monophasisch = unipolar, rezidivierend/chronisch bzw. bipolar) möglich.

Atypisches Erscheinungsbild

Die Symptomatik der Depression stellt sich bei älteren Menschen zum Teil deutlich anders dar: Sie sind weniger traurig, berichten mehr körperliche Beschwerden (Schmerzen), zum Teil auch Wahngedanken („verfaulen“), Ängste vor Bestrafung, vor bevorstehendem Tod, Schuld- oder Verarmungsvorstellungen. Zusätzlich können kognitive Störungen auftreten: Verminderung von Konzentration, Merkfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis, zeitlicher/räumlicher Orientierung.

Atypischer Verlauf

Die depressiven Episoden dauern länger, die freien Intervalle sind kürzer, eine Abflachung des Schweregrades ist zu beobachten, stationäre Behandlungen sind seltener. Es wird geschätzt, dass der langfristige Verlauf ungünstiger ist: 12–17% bleiben ohne Remission. Nur etwa ein Drittel zeigt vollständige Heilung [3].

Prädisponierende Faktoren für Depressionen im höheren Lebensalter sind: weibliches Geschlecht, männliches Geschlecht > 70 Jahre [4], frühere depressive Phasen, biopsychosoziale Faktoren wie Partnerverlust, Krankheit, Entwurzelung, sozialer Abstieg, Konflikte, Persönlichkeitsstörungen und weitere negative „Life-events“ (z. B. „Kriegskinder“) [13, 14]. Die depressive Symptomatik erfordert daher eine aktive Anamnese und psychopathologische Befunderhebung. Neben der

Erhebung der depressiven Symptomatik sollten auch weitere psychische/somatische Erkrankungen abgeklärt werden.

Chronische Depressionen

Durch chronisch verlaufende Depressionen sind die Patienten besonders belastet; die Therapie gestaltet sich oft nicht einfach. In der ICD-10 gibt es hierfür die eigenständige Kategorie Dysthymia (ICD-10 F34.1).

Komorbiditäten

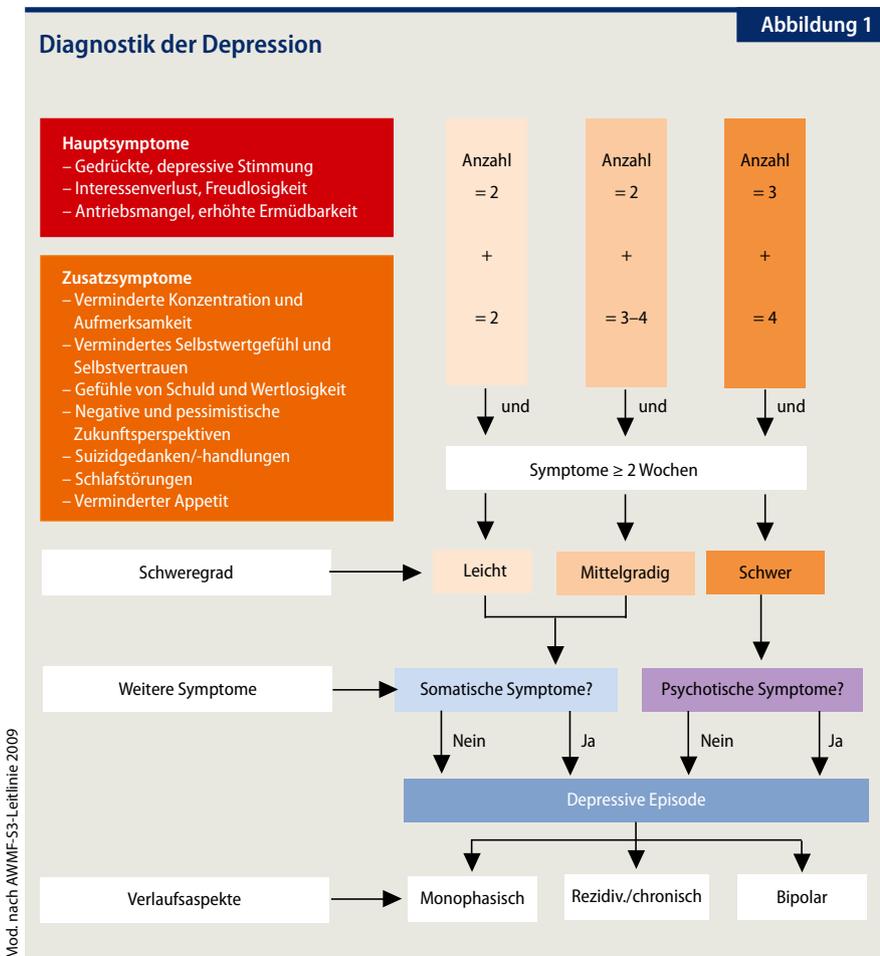
Häufige Komorbiditäten sind

- psychische Erkrankungen: Alkohol, Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit, somatoforme Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen (z. B. ängstlich-vermeidend);
- somatische Erkrankungen, wie zum Beispiel KHK, Krebs, Migräne, Asthma bronchiale, Allergien, Diabetes mellitus, Infektionen [2].

Bestehen keine Hinweise auf Antriebsminderung, Affektlabilität oder Depression, muss auch an eine beginnende Demenz gedacht werden [2].

Jeder vierte Heimbewohner depressiv?

Die 12-Monats-Prävalenzen depressiver Störungen bei älteren Menschen in Heimen und anderen Institutionen liegen zwischen 15% und 25%. Bei Dysthymien ist über die Lebensspanne hinweg zunächst eine stetige Zunahme, ab dem



30. Lebensjahr jedoch eine allmähliche und ab 65 Jahren eine deutliche Abnahme zu beobachten. Dennoch sind im höheren Alter Depressionen die häufigste psychische Störung (abgesehen von Demenzen), wobei eine hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen besteht. Die Suizidrate steigt kontinuierlich mit dem Lebensalter und ist bei Hochbetagten am höchsten [2].

Therapie der Depression

Die Leitlinie empfiehlt Aufklärung/Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an den Entscheidungen. Bei leichten bis allenfalls mittelgradigen Depressionen wird eher Abwarten empfohlen. Erst wenn nach etwa zwei Wochen keine Besserung oder sogar eine Verschlechterung eintritt, sollten psychotherapeutische/-pharmakologische Maßnahmen ergriffen werden [2].

Pharmakotherapie

Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist auch für ältere Patienten belegt [2]. Sie sollten daher in gleicher Weise behandelt werden wie jüngere. Im Vergleich zu jüngeren Patienten ist das Nebenwirkungsprofil beziehungsweise die Verträglichkeit noch stärker zu beachten. Wirksamkeitsunterschiede bei den beiden großen Antidepressivagruppen Trizyklika (TZA) und Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), aber auch bei anderen oder neueren Antidepressiva (z. B. Moclobemid, Venlafaxin, Mirtazapin) bestehen nicht.

Die Auswahl der Antidepressiva richtet sich nach Verträglichkeit, Überdosierungssicherheit, Ansprechen in einer früheren Krankheitsperiode, Handhabbarkeit, Anwendungserfahrung, Komorbidität/Komedikation und Patientenpräferenz. Allgemein ist bei Therapiebeginn die niedrigste Dosis zu wählen, die Anfangsdosis bei älteren Patienten und bei

der Anwendung von TZA zu halbieren und langsam aufzudosieren. Anticholinerge und chinidinartige Nebenwirkungen der TZA sind zu beachten. Bei den SSRI sollten ein mögliches Serotoninsyndrom sowie Blutungsneigung im Zusammenhang mit NRSA bedacht werden, ferner Hyponatriämie und eventuell erhöhte Suizidalität.

Gründe für ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko bei alten Menschen sind reduzierte Clearance, Komorbidität (z. B. Leberfunktionsstörungen), pharmakokinetische Wechselwirkungen, Fehleinnahme (kognitive Störungen, Multimedikation), verringerte Homöostasekapazität, Arzneimittelinteraktionen (z. B. bei Anticholinergika), erhöhte Folgerisiken aufgrund von Orthostasen, Sturz, Schenkelhalsfraktur, Sedierung, Inaktivität, Bettlägerigkeit.

Die letzten Jahre haben unser Wissen über Nebenwirkungen, Interaktionen und Kontraindikationen der Antidepressiva deutlich erhöht. Durch Anwendung dieser Kenntnisse können mögliche Risiken deutlich vermindert werden. Die wichtigsten Informationen sind in **Tabelle 1** aufgeführt.

Psychotherapie

Generell werden die spezifischen für die Behandlung von Depressionen entwickelten Psychotherapieverfahren (z. B. kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Psychotherapie beziehungsweise psychodynamische Psychotherapie) als gleich wirksam wie Antidepressiva beschrieben [2]. Als allgemeine Grundsätze der Psychotherapie bei depressiven Patienten gelten

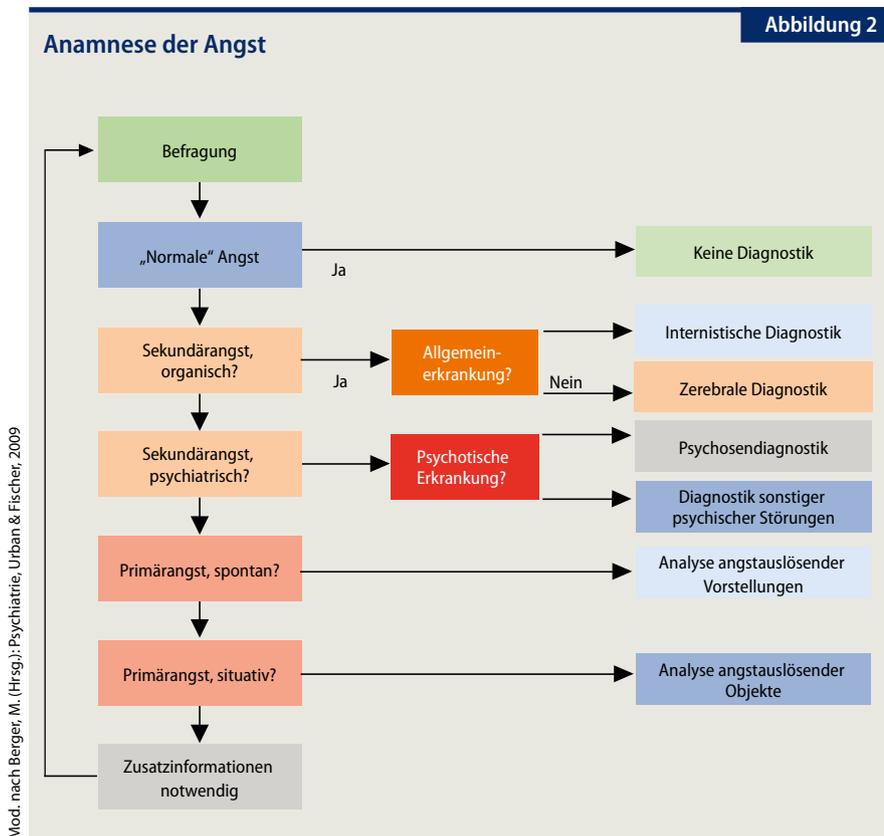
- offene therapeutische Haltung,
- Hoffnung vermitteln,
- ressourcenorientiertes Vorgehen,
- Störungs-(Krankheits-) und Therapiekonzept aufstellen,
- konkrete Ziele erarbeiten,
- positive Verstärkung nicht depressiver Verhaltensweisen,
- soziale Aktivitäten fördern,
- die Biografie erarbeiten,
- Wiedererkrankungszeichen vermitteln,
- Therapieprobleme in Patient-Therapeut-Beziehung beachten und
- Anzeichen von Regression wahrnehmen [2].

Tabelle 1

Medikamente zur Behandlung und Prophylaxe von Depressionen*

Substanz	Unerwünschte Arzneimittelwirkung	Interaktionen/Arzneimittelwechselwirkungen	Kontraindikationen
Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)	Periphere und zentrale anticholinerge Nebenwirkungen (Mundtrockenheit, Sehstörungen, Obstipation, Verwirrtheit), kardiovaskuläre NW (orthostatische Hypotonie, Erregungsleitungsstörungen, Herzrhythmusstörungen, Herzfrequenzanstieg)	Verstärkung der anticholinergen/sedierenden Effekte bei Kombination mit anderen Anticholinergika oder zentraldämpfenden Stoffen; Kombination mit nicht selektiven MAO-Hemmern (Tranlylcypromin), Wirkungsverstärkung von oralen Antikoagulanzien; Wirkungsverstärkung durch die SSRI	Akute Intoxikationen (zentraldämpfende Stoffe inkl. Alkohol); unbehandeltes Engwinkelglaukom; akuter Harnverhalt, Pylorusstenose, paralytischer Ileus, schwere Herz-Kreislauf-Erkrankung
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	Häufig: Übelkeit, Erbrechen, Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Störungen der Sexualfunktion, Hyponatriämie, SIADH; selten: extrapyramidal-motorische Störungen; gelegentlich Sinusbradykardie	Bei gleichzeitiger Verordnung von SSRI und anderen Medikamenten ist die vorherige genaue Information über potenziell gefährliche WW notwendig! Nebenwirkungsverstärkung auch bei Kombination mit Johanniskraut; Lithium: Verstärkung serotonerger Wirkungen möglich; Verstärkung der Blutungsneigung durch Azetylsalizylsäure, NSAR usw.	Kombination mit MAO-Hemmstoffen, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen
Monoamin-oxidase (MAO)-Inhibitoren	Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, gelegentlich gastrointestinale Störungen, Schlafstörungen, Unruhe	Keine Kombination mit serotonergen Substanzen: SSRI; tyraminhaltige Nahrungsmittel unter einer Tranlylcypromin-Medikation streng meiden	Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika-, Psychopharmakavergiftung
Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)	Venlafaxin: ähnlich wie SSRI; Duloxetin: ähnlich wie SSRI	Venlafaxin: Konzentrationserhöhung und vermehrte Nebenwirkungen mit Fluoxetin oder Paroxetin; Duloxetin: s. Fachinformation; evtl. Wirkungsverstärkung durch Enzyminhibitoren (z. B. Azol-Antimykotika, Erythromycin, Fluvoxamin)	Schwere depressive Episoden, Lichtüberempfindlichkeit; cave Multimedikation/Komedikation mit geringer therapeutischer Breite
Alpha-2-Rezeptor-Antagonisten	Mirtazapin: Sedierung, Benommenheit, Gewichtszunahme, Mundtrockenheit, Orthostase, Ödeme; cave: potenziell Induktion von Agranulozytose; Leberfunktionsstörungen	Mirtazapin: Verstärkung zentraldämpfender Wirkungen (z. B. von Benzodiazepinen, Alkohol); keine gleichzeitige Therapie von Mirtazapin/Venlafaxin mit MAO-Inhibitoren, SSRI, Triptanen; Wirkungsverminderung von Mirtazapin durch Enzyminduktoren; Wirkungsverstärkung durch Enzyminhibitoren	Mirtazapin: Schwere Leber- oder Niereninsuffizienz, kardi-ale Erkrankungen
Selektiver Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (Bupropion)	Überempf. der Haut, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen, Verstopfung, Schlaflosigkeit, Agitiertheit, Angst, Zittern, Schwindel, Geschmacksstörungen, Sehstörungen, Tinnitus, erhöhter RR	Keine Kombination mit MAO-Hemmern; erhöhte Plasmaspiegel von Desipramin, Imipramin, Risperidon, Thioridazin, Metoprolol, Propafenon und Flecainid, wenn diese Substanzen gleichzeitig mit Bupropion verabreicht werden	Krampfleiden, ZNS-Tumoren, Einsatz weiterer bupropionhaltiger Medikamente, Alkohol-/Benzodiazepinentzug, schwere Leberzirrhose, Bulimie, Anorexia nervosa
Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT _{2C} -Rezeptor-Antagonist (Agomelatin)	Transaminasenerhöhung, Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen und Migräne, Schläfrigkeit oder Schlaflosigkeit, Diarrhö und Obstipation, Übelkeit, vermehrtes Schwitzen, Rückenschmerzen, Angst	Keine Kombination mit CYP1A2-Inhibitoren (Fluvoxamin, Ciprofloxacin), die den Abbau von Agomelatin hemmen. Cave bei gleichzeitiger Anwendung von Agomelatin mit mäßigen CYP1A2-Inhibitoren (z. B. Propranolol, Grepafloxacin, Enoxacin), da dies zu einer erhöhten Agomelatinexposition führen könnte, ebenso Östrogene	Absolute Kl: Eingeschr. Leberfunktion, Anwendung starker CYP1A2-Inhibitoren (z. B. Fluvoxamin, Ciprofloxacin); relative Kl: Demenz, Transaminasenanstieg auf über das Dreifache des Normwerts
Lithiumsalze	Polyurie, Polydypsie; feinschlägiger Tremor; Gewichtszunahme; (latente) Hypothyreose, Strumaentwicklung; Diarrhö	Diuretika, ACE-Hemmer und nicht steroidale Antiphlogistika (außer ASS) heben (gefährlich) den Lithium-Serumspiegel.	Absolute Kl: akutes Nierenversagen, akuter Myokardinfarkt; relative Kl: Niereninsuffizienz
Phytopharmaka (Johanniskraut)	Phototoxische und allergische Hautreaktionen, gastrointestinale Beschwerden, Müdigkeit, Unruhe	Wirkungsverminderung (Enzyminduktion) v. oralen Antikoagulanzien (Phenprocoumon), Antidepressiva (Amitriptylin, Paroxetin, Sertralin), Antiepileptika (Phenytoin, Carbamazepin, Phenobarbital), Alprazolam, oralen Kontrazeptiva, Ciclosporin, Digoxin, Theophyllin, Proteaseinhibitoren (z. B. Indinavir), Methadon, evtl. auch Efavirenz, Nevirapin; Serotonerges Syndrom bei Kombination mit SSRI, Triptanen möglich	Schwere depressive Episoden, bekannte Lichtüberempfindlichkeit, besondere Vorsicht bei Multimedikation und Komedikation mit geringer therapeutischer Breite

*Reboxetin wurde aus dieser Liste herausgenommen, da es auf Beschluss des G-BA seit 1.4.2011 nicht mehr zu Lasten der GV verordnet werden darf.



Depressionsbedingte Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation sollen verhindert werden. Das Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgserlebnissen (positive Verstärker) wird unterstützt. Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z. B. Antidepressiva, Richtlinienpsychotherapie) wird vermittelt. Sofern dies möglich ist, werden Angehörige einbezogen, Ressourcen gestärkt. Suizidimpulse sind aktiv anzusprechen; gegebenenfalls ist ein Krisenmanagement zu erarbeiten [2].

Für leichte bis mittelschwere Depressionen liegen für die kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Kurzzeittherapie, analytische Langzeittherapie (nur naturalistische Studien) und Gesprächspsychotherapie zahlreiche Wirksamkeitsnachweise vor, für die ersten beiden Metaanalysen, kontrollierte und randomisierte Studien sowie Reviews [2]. Speziell für ältere Patienten wurde die Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA) entwickelt [10].

Die interpersonelle Psychotherapie (IPT) [11] und die kognitive Verhaltenstherapie (KVT-Gruppenprogramm) nach Hautzinger [12] sind effektive Gruppenpsychotherapieverfahren speziell für die Depressionsbehandlung bei älteren Patienten.

Kombinationstherapie

Bei Dysthymie, Double Depression (chronische Depression mit aktuell schwerer depressiver Episode) und chronischer Depression ist der Patient darüber zu informieren, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva wirksamer ist als eine Monotherapie [2].

Nichtmedikamentöse Verfahren

Nach der S3-Leitlinie soll die Elektrokampfbehandlung bei schweren, therapieresistenten Depressionen als Behandlungsalternative (Ultima Ratio) in Betracht gezogen werden.

Bei leichten/mittelschweren Depressionen, die saisonalen Mustern folgen, kann die Lichttherapie erwogen werden.

Wird schnelles Ansprechen oder eine Begleittherapie gewünscht, kann die

Differenzialdiagnosen bei Angstsyndromen Tabelle 2

Endokrine Angstsyndrome	Hyper-/Hypothyreose, Hyperparathyreoidismus, Thyreotoxikose, Phäochromozytom, Cushing-Syndrom, Karzinoid-Syndrom
Metabolische Angstsyndrome	Hypoglykämie, Hypokaliämie
Herz-Angst-Syndrome	Koronare Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Postkardiotomiesyndrom
Zerebrale Angstsyndrome	Zerebrales Anfallsleiden, AIDS, Encephalitis disseminata, vestibuläre Störungen, M. Parkinson, demenzielle Erkrankungen, Chorea Huntington, zerebrale Vaskulitiden, M. Wilson
Pulmonale Angstsyndrome	Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Pneumothorax, Lungenembolie, Lungenödem

Nach M. Berger (Hrsg.): Psychiatrie, Urban & Fischer, 2009

Psychotherapeutische Basistherapie

Zu Beginn stehen die empathische Kontaktaufnahme und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Wichtig zu klären sind das subjektive Krankheitsmodell, die aktuelle Motivation und die Therapieerwartungen des Patienten. Vermittelt werden ein Verständnis der Symptome, ihrer Behandelbarkeit und ihrer Prognose. Einen Teil der gemein-

samen Arbeit stellt die Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodells“ zur Entlastung von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen dar. Im Weiteren wird auch an der Klärung aktueller äußerer Problemsituationen und an der Entlastung von kurzzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen (z. B. am Arbeitsplatz und in der familiären Situation) gearbeitet.

Wach- oder Schlafentzugstherapie eingesetzt werden.

Therapieresistente Depression

Dieser Begriff wird häufig verwendet, wenn es nach zahlreichen Therapieversuchen noch nicht zu einer erfolgreichen Behandlung gekommen ist. Die S3-Leitlinien empfehlen:

- Ursachen abklären durch Serumspiegelbestimmung,
- therapeutisches Drugmonitoring,
- Dosiserhöhung bei Trizyklika, Venlafaxin und Tranylcypromin (nicht bei SSRI!),
- Augmentation mit Lithium. Cave: Bei eingeschränkter Nierenleistung vorsichtig dosieren! Falls nach zwei bis vier Wochen auch nach Erreichen wirksamer Serumspiegel keine deutliche Besserung, kann diese Behandlung wieder eingestellt werden.

Jeder Wechsel auf ein anderes Antidepressivum sollte gut überlegt werden. Bei Vorbehandlung mit SSRI oder SNRI und Clomipramin auf einen MAO-Hemmer ist ein Sicherheitsabstand von zwei Wochen, bei Fluoxetin auf einen MAO-Hemmer von mindestens fünf Wochen einzuhalten.

Häufig wird nach einem erfolglosen Versuch mit einem Antidepressivum die Kombination mit einem anderen vorgenommen. Aufgrund der derzeitigen Datenlage wird aber nur eine Kombination von Mianserin (cave: Agranulozytoserisiko!) oder Mirtazapin mit einem SSRI oder einem Trizyklikum empfohlen.

Suizidalität

Eine mögliche Entwicklung des Patienten in Richtung Suizidalität ist zu bedenken und durch gezieltes Nachfragen zu eruieren/auszuschließen. Bei entsprechenden Hinweisen sind Vertragsmanagement oder/und stationäre Therapie zu erwägen.

Angst im Alter: Oft nicht erkannt

Der Berliner Altersstudie zufolge litten 14% der untersuchten Patienten an Demenz und knapp 2% von ihnen an einer Angststörung [5]. Ängstliche Syndrome sind in der ärztlichen Praxis nicht selten. Für diesen Bereich existiert jedoch derzeit keine S3-Leitlinie wie bei der Depression. Die diagnostischen Kriterien

für Angststörungen sind in der ICD-10 festgelegt.

Ältere Patienten schätzen Angstsymptome oft eher als Bestandteil des Alterungsprozesses ein denn als Hinweis auf einen pathologischen Befund. Daher werden diese Symptome oft übersehen und eine Behandlung unterbleibt. Bei etwa 50% der Patienten wird die Angststörung vom Arzt nicht richtig diagnostiziert [6].

Im Gespräch mit den Patienten ist zu klären, ob eine eher „normale“ Angst als Reaktion auf körperliche/psychosoziale Probleme vorliegt. Geht das Angstsyndrom über das normale Maß hinaus, ist auch zu erwägen, ob es als Folge („Sekundärangst“) einer psychiatrischen oder körperlichen Erkrankung verstanden werden kann. Je nach Konstellation schließt sich eine spezifischere Diagnostik an. Ergeben sich hieraus keine klaren Erkenntnisse, ist das Angstsyndrom (dann „Primärangst“) nach angstauslösenden Vorstellungen/Objekten/Situationen zu untersuchen [4].

Auch bei Angstzuständen im Alter gilt die depressive Störung als wichtigste psychische Komorbidität (siehe oben) [8]. Die beiden Syndrome überlappen sich in einem großen Bereich. Eine Unterscheidung ist oft nicht einfach. Als Faustregel gilt: „Depressive Episoden sind unmittelbar nach dem Auftreten mit schwereren psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden als Angststörungen, die in der Regel erst bei chronischem und schwerem Verlauf zu massiven Beeinträchtigungen führen.“ [8]

In Fällen, in denen sich nicht entscheiden lässt, ob eher eine Depression oder eine Angststörung vorliegt, bietet die ICD-10 die Kategorie „Angst und Depression gemischt“ (ICD-10 F 41.2) an. Eine Komorbidität besteht auch zu anderen psychischen Störungen (Psychosen, Substanzmissbrauch). Bei entsprechendem Verdacht sind auch endokrine, metabolische, kardiale, pulmonale oder zerebrale Ursachen abzuklären (Tabelle 2).

Therapie der Angst

Pharmakotherapie

Zur Behandlung unterschiedlicher Angststörungen steht eine Reihe von Medikamenten zur Verfügung.

Panikstörung: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Trizyklika, Benzodiazepine, MAO-Hemmer, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer.

Generalisierte Angststörung: Azapirone, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Trizyklika, Benzodiazepine.

Soziale Phobie: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, MAO-Hemmer, Benzodiazepine, Betablocker [12].

Psychotherapie

Bei Agoraphobie mit/ohne Panikstörung gelten aufgrund der belegten Kurz- und Langzeiteffekte verhaltenstherapeutische Verfahren (Exposition, kognitive Verfahren, Entspannungsverfahren) als Therapie der Wahl.

Bei den Panikstörungen werden kognitiv orientierte Behandlungsverfahren und auch Entspannungsverfahren angewendet.

Auch bei der sozialen Phobie haben sich verhaltenstherapeutische Verfahren sehr gut bewährt. Dabei werden interaktionale Basiskompetenzen vermittelt, sozial angemessenes Verhalten eingeübt und verschiedene Aspekte kognitiv durchgearbeitet. Bei einfachen Phobien wird mittels Reizkonfrontation gearbeitet [6].

Bei der generalisierten Angststörung richtet sich die Therapie an jedes beteiligte Körpersystem (einschließlich physiologische/kognitive/behaviorale Systeme) [6]. Weniger gut abgesichert, aber nachweislich erfolgreich sind kognitiv-behaviorale Verfahren bei generalisierter Angststörung [2].

Für die psychodynamische Therapie liegen breite klinische Erfahrungen über erfolgreiche Behandlungen vor. □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Dirk Bremer

Chefarzt

Stellvertretender Ärztlicher Direktor

kbo-Isar-Amper-Klinikum Taufkirchen (Vils)

Bräuhausstr. 5, 84416 Taufkirchen (Vils)

E-Mail: d.bremer@iak-kt.de

Literatur:

1. Bramesfeld, A. et al. (2010): Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: An analysis of health insurance data, *Soc Psychia Epidemiol* (2010) 45:329–335
2. Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): S3 Leitlinie "Unipolare Depression"
3. Wolf, R. in Matthias Berger (Hrsg.): *Psychiatrie*, Urban & Fischer Verlag, 2004, S. 999
4. Berger, M. (Hrsg.): *Psychiatrie*, Urban & Fischer, 2009, S. 496
5. Lindenberger, U., Smith, J., Mayer, K. U., & Baltes, P. B. (Eds.). (2010). *Die Berliner Altersstudie* (3. erw. Aufl.). Berlin: Akademie Verlag
6. Maercker, A. (Hrsg.): *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, Springer 2002, S. 173
7. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, *Gesundheit und Krankheit im Alter*, Herausgeber Karin Böhm, Statistisches Bundesamt Clemens Tesch-Römer, Deutsches Zentrum für Altersfragen Thomas Ziese, Robert Koch-Institut, Robert Koch-Institut, Berlin 2009
8. Berger, M. (Hrsg.): *Psychiatrie*, Urban & Fischer, 2009, S. 619
9. Adler, G.: *Verhaltens-Einzelspsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA)*, Schattauer 2005
10. McCullough, J.P. Jr.: *Psychotherapie der chronischen Depression*, Urban & Fischer 2006
11. Schramm, E.: *Interpersonelle Psychotherapie*, Schattauer, 3. Auflage, 2010
12. Haunzinger, M.: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*, 6. Auflage, Beltz, 2003
13. Haupt, M., Gutzmann, H., Wolter, D.: *Psychische Störungen im höheren Lebensalter* in: Möller, Laux, Kapfhammer: *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, 4. Auflage, Springer 2011, S 1446
14. Radebold, R.: *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit*, Klett-Cotta, 2009
15. Katharina Wenzel-Seifert, Markus Wittmann, Ekkehard Haen *Psychopharmakaassoziierte QTc-Intervall-Verlängerung und Torsade de Pointes* *Deutsches Ärzteblatt* | Jg. 108 | Heft 41 | 14. Oktober 2011, 687-693
16. Angenendt, J., Frommberger, U. Berger, M. in Berger, M. (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen*, Urban & Fischer, 2009, S 629-640

Suizidalität

Mehr Suizidversuche bei Frauen, höhere Letalität bei Männern

Männer begehen weniger häufig Suizidversuche und haben geringere Depressionsprävalenzen als Frauen. Dennoch weisen sie in Deutschland sowie international deutlich höhere Suizidraten als Frauen auf. In einer Studie mit geschlechtsspezifischen Analysen der Letalität, bezogen auf verschiedene Suizidmethoden, wurde den Gründen für diese Diskrepanz nachgegangen.

NICOLE KOBURGER, CHRISTINE RUMMEL-KLUGE, ROLAND MERGL, ANNA CIBIS UND ULRICH HEGERL

Im Jahr 2010 verstarben in Deutschland 10.021 Menschen durch Suizid. Diese Zahl ist höher als die Summe aller Verstorbenen durch Verkehrsunfälle, Drogenkonsum sowie Mord und Totschlag und entspricht fast 30 frühzeitig beendeten Menschenleben pro Tag. Diese alarmierenden Zahlen, das mit jedem einzelnen Suizidfall verbundene persönliche Leid der Hinterbliebenen und beachtliche gesundheitsökonomische Folgen begründen den nach wie vor dringenden Forschungsbedarf.

Die Mehrheit der Menschen, die an Suizid versterben, hatte zum Zeitpunkt des Todes eine psychiatrische Erkrankung [4].

Auch wenn hier verschiedene psychiatrische Erkrankungen wie Suchterkrankungen, Schizophrenie, Persönlichkeits- oder Anpassungsstörungen bedeutsam sind, spielen depressive Störungen eine große Rolle. Sie machen bei Bertolote et al. [1] mehr als die Hälfte der untersuchten Fälle aus. Wegen dieser engen Verknüpfung von Suizidalität und depressiven Erkrankungen ist eine verbesserte Versorgung und Behandlung depressiv erkrankter Menschen ein erfolgversprechender Ansatz der Prävention von Suizidalität.

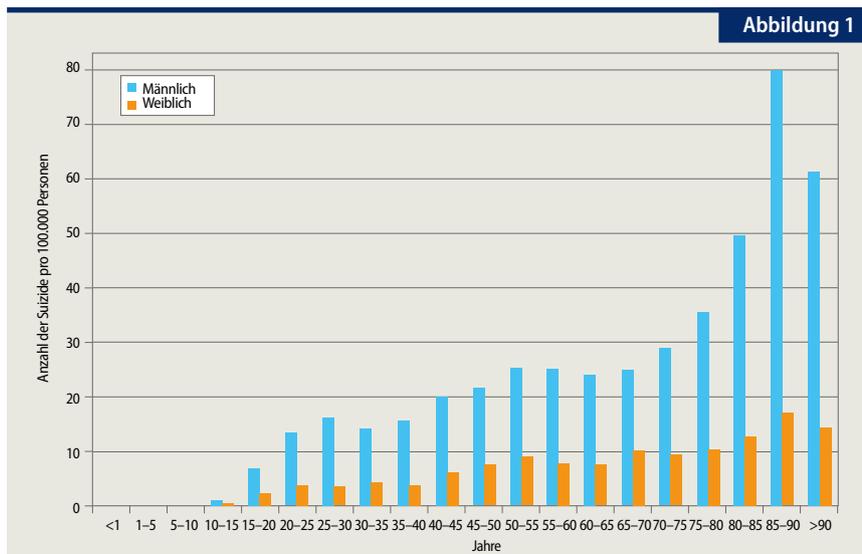
Möglicherweise ist der in den letzten Jahrzehnten hierzulande überwiegend rückläufige Trend der Suizidraten groß-

teils Folge einer verbesserten Versorgung psychiatrischer Patienten. Beispielsweise hat sich die Zahl der Verschreibungen von Antidepressiva in Deutschland in den letzten 15 Jahren mehr als verdreifacht, was einer Zunahme der Verschreibungsrate von etwa 15 % jährlich entspricht [15].

Auch die Aktivitäten der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, Rechtsnachfolge des Kompetenznetzes Depression/Suizidalität, mit gemeindebasierten Vier-Ebenen-Interventionen zur besseren Versorgung depressiv Erkrankter in bereits mehr als 100 Regionen in Deutschland und Europa basieren auf der Annahme, dass suizidale Handlungen durch eine bessere Versorgung depressiv Erkrankter verhindert werden können. Evidenz hierfür lieferte das Pilotprojekt Nürnberger Bündnis gegen Depression. Durch Schulungen für Hausärzte, eine professionelle Aufklärungskampagne, Training für Multiplikatoren sowie Maßnahmen für Betroffene und Angehörige konnte ein Rückgang suizidaler Handlungen um 24 % im Vergleich zum Baseline-Jahr vor der Intervention und zur Kontrollregion Würzburg erzielt werden [10]. Dieser Effekt war auch im Folgejahr noch nachweisbar [12].

Suizidprävalenzen

Mit einer Gesamtsuizidrate von 9,6 pro 100.000 Personen im Jahr 2009 liegt Deutschland unter dem europäischen Durchschnitt. Während etwa in Griechenland oder Italien im gleichen Jahr pro 100.000 Einwohner lediglich 3,0 respektive 5,4 Suizide erfasst wurden, weisen die Statistiken in Ungarn (21,8) und



Anzahl der Suizide in Deutschland pro 100.000 Einwohner in 2010 aufgeteilt nach Männern und Frauen (Quelle: Bundesamt für Statistik/Gesundheitsberichterstattung des Bundes).

Litauen (31,5) bei gleichem Referenzrahmen deutlich mehr Selbsttötungen aus [9]. Trotz dieser international großen Unterschiede in den Gesamtsuizidraten findet sich in allen europäischen Ländern ein unausgeglichenes Geschlechterverhältnis. In einer Studie mit Daten aus der European Alliance against Depression [11] kommen auf einen weiblichen Suizidfall etwa 2,9 männliche Suizidenten [24]. Wie **Abbildung 1** zeigt, versterben auch in Deutschland, vor allem im höheren Lebensalter, deutlich mehr Männer als Frauen durch Suizid.

Das „Geschlechterparadox“

Trotz der in Europa höheren Suizidraten bei Männern werden Suizidversuche in den meisten Ländern häufiger von Frauen begangen [19]. Diese sind zudem etwa doppelt so häufig von affektiven Erkrankungen betroffen wie Männer [25]. Verschiedene Forschungsarbeiten, die sich mit diesen Zusammenhängen auseinandersetzen, haben bereits versucht, Erklärungsansätze für dieses „Geschlechterparadox“ der Suizidprävalenzen zu finden. Bisherige Studien analysieren hierzu meist Verhaltensweisen und Methodenwahl von Männern im Vergleich zu Frauen und untersuchen die geschlechterspezifische Verwendung mehr und weniger letaler Suizidmethoden. Der Schusswaffengebrauch, das Ertrinken und Erhängen [22] sowie der Sturz oder Sprung aus großer Höhe und das Sichwerfen oder -legen vor ein sich bewegendes Objekt [3] gelten als Hochrisikomethoden, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zum Tod führen. Vergiftungen mit Medikamenten und anderen toxischen Substanzen sowie Schnitte und Stiche [22] werden hingegen als weniger tödlich eingestuft.

Es gilt als gesichert, dass Frauen häufiger Vergiftungen als Methode wählen, eine in den meisten Ländern weniger tödliche Methode [14, 21, 24]. In Ländern, in denen der Zugang zu sehr letalen Substanzen nicht limitiert ist und etwa hochtoxische Pestizide in vielen Haushalten vorrätig sind, ist das in Europa zu findende deutlich erhöhte Suizidrisiko für Männer oft nicht in gleicher Ausprägung zu finden. China war eines der wenigen Länder, in denen Frauen über viele Jahre sogar höhere Suizidraten als Männer hatten [5].

Präferenz tödlicher Methoden bei Männern ist nur ein Teil der Erklärung

Auch wenn Geschlechtsunterschiede in der Methodenwahl einen wichtigen Grund für die Unterschiede in den Suizidraten darstellen, weisen eigene Untersuchungen darauf hin, dass weitere Faktoren zu berücksichtigen sind [6]. Unsere Arbeit verglich, wie oft innerhalb der gleichen Methode der Ausgang bei Männern versus Frauen letal war. Herangezogen wurden hierfür 3.235 Fälle vollendeter und versuchter Suizide aus den Jahren 2000 bis 2004 der Städte Nürnberg und Würzburg, die im Rahmen des Nürnberger Bündnisses gegen Depression erhoben worden waren. Hierbei wurden die im ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation gelisteten Suizidmethoden in folgende neun Kategorien eingeteilt: Vergiftung durch Medikamente (X60–X64), Vergiftung mit anderen Substanzen (X65–X69), Suizid durch Erhängen (X70), Ertrinken (X71), Feuerwaffengebrauch (X72–X74), Schnitte/Stiche mit scharfem Gegenstand (X78), Sprung aus großer Höhe (X80), Sichlegen oder -werfen vor ein sich bewegendes Objekt (X81) sowie andere Methoden (X75–X77, X79, X82–X84). Durch die Ermittlung des Anteils von vollendeten Suiziden an der Summe aus Suiziden und Suizidversuchen wurde die Letalität für Männer und Frauen für jede Methodenkategorie berechnet. Für Gruppenvergleiche zwischen Männern und Frauen in ihrer Tendenz, mehr oder weniger tödliche Me-

thoden zu nutzen, wurden die Methoden anhand des Medians in die beiden Gruppen „Hochrisikomethoden“ ($\geq 50\%$) und „Methoden mit geringerer Letalität“ ($< 50\%$) eingeteilt. Während Medikamentenintoxikationen und Vergiftungen durch andere Substanzen, Schnitte/Stiche mit einem scharfen Gegenstand und die Restkategorie der anderen Suizidmethoden der Gruppe mit einer niedrigeren Letalität zufielen, waren die Suizidmethoden des Schusswaffengebrauchs, Erhängens, Ertrinkens, Sichwerfens oder -legens vor ein sich bewegendes Objekt sowie Sprung aus großer Höhe mit einer hohen Letalität verbunden.

In Einklang mit vorhergehenden Studien [7, 8] fanden wir einen höheren Anteil vollendeter Suizide für Männer ($n = 478$, 72,9%) als für Frauen ($n = 178$, 27,1%) [6]. Frauen hingegen begingen mehr Suizidversuche ($n = 1588$, 61,6%) als Männer ($n = 991$; 38,4%). Die Methoden des Schusswaffengebrauchs und Erhängens waren mit der höchsten Letalität assoziiert. Dabei hatte die Anzahl der durch hochgradig tödliche Methoden herbeigeführten Suizide zwar einen verhältnismäßig geringen Anteil an der Gesamtzahl aller suizidalen Handlungen, machte jedoch einen hohen Prozentsatz der Suizide aus. Die geringste Letalität wiesen die Medikamentenintoxikationen sowie Schnitte und Stiche mit einem scharfen Gegenstand auf. **Tabelle 1** listet alle untersuchten Suizidmethoden mit der zugehörigen Letalität auf.

Methodengruppen mit zugehöriger Letalität

Tabelle 1

Suizid(versuchs)methode	Letalität (in %)
Schusswaffengebrauch	77,9
Erhängen	77,1
Ertrinken	64,0
Sichlegen oder -werfen vor ein sich bewegendes Objekt	61,9
Sprung aus großer Höhe	50,0
Vergiftung durch andere Mittel	20,0
Schnitte/Stiche durch einen scharfen Gegenstand	5,8
Vergiftung durch Medikamente	4,7
Sonstige Methoden	24,3

mod. nach [6]

Tabelle 2

Methodenspezifische Letalitäten für Männer und Frauen

Suizid(versuchs)methode	Letalität (vollendete Suizide/ Suizidversuche + Suizide) (%)		
	Männer	Frauen	p-Wert (χ^2 -Test, *signifikant)
Vergiftung durch Medikamente	7,2	3,4	0,0003*
Schnitte/Stiche durch einen scharfen Gegenstand	8,6	2,5	0,0063*
Vergiftung durch andere Mittel	28,2	12,2	0,016*
Sprung aus großer Höhe	55,0	43,7	0,0869
Sichlegen oder -werfen vor ein sich bewegendes Objekt	70,8	33,3	0,0091*
Ertrinken	61,1	65,6	0,752
Schusswaffengebrauch	78,8	50,0	0,349
Erhängen	83,5	55,3	< 0,0001*
Sonstige Methoden	28,6	21,4	0,493

mod. nach [6]

Bei vergleichender geschlechtsspezifischer Untersuchung der letalen mit den weniger tödlichen Methoden wurde deutlich, dass Männer signifikant häufiger als Frauen Hochrisikomethoden (70% vs. 30%) wählen. Bei der Gesamtheit aller analysierten Fälle ergibt sich eine signifikant höhere Letalität bei Männern (32,5%) im Vergleich zu Frauen (10,1%). Dieses Ergebnis spiegelt sich im Wesentlichen auch in den Analysen der Einzelmethoden wider. Mit Ausnahme der Methode des Ertrinkens, die für beide Geschlechter in ihrer Anwendung in etwa gleich tödlich zu sein scheint, wiesen Frauen durchweg geringere Letalitäten auf. Die höhere Letalität bei Männern ließ sich für die Methoden Erhängen, Medikamentenvergiftung, Vergiftung mit anderen Mitteln, Verwendung eines scharfen oder spitzen Gegenstandes sowie Sichwerfen oder -legen vor ein sich bewegendes Objekt statistisch sichern. **Tabelle 2** zeigt die Letalitäten für Männer und Frauen für die verschiedenen Methoden.

Da Männer zum Zeitpunkt der suizidalen Handlung im Durchschnitt älter als Frauen sind [20], könnte die höhere Letalität bei gleicher Methode hierdurch bedingt sein. Dies wurde in der vorgestellten Arbeit durch eine multivariate binäre logistische Regressionsanalyse geprüft [6].

Zwar zeigte sich ein Einfluss höheren Alters auf die Letalität, die Geschlechtsunterschiede in den Letalitäten blieben aber auch unabhängig vom Alter bestehen. Da weder die Wahl der Methode noch das höhere Alter zum Zeitpunkt der suizidalen Handlung die höheren Suizidraten der Männer vollständig erklären, müssen sie durch andere Faktoren mit bedingt sein. Größere Entschlossenheit [23], geringere soziale Einbindung und weniger Bereitschaft, Probleme anzusprechen, wären hier zu diskutieren [16]. Weiterhin könnte das bei Männern geringer ausgeprägte Hilfesuchverhalten [17] dazu beitragen, nicht mehr rechtzeitig bei einem Suizidversuch entdeckt und gerettet zu werden. Auch erfolgen suizidale Handlungen bei Männern häufiger unter Alkoholeinfluss [2].

Bei Geschlechtsunterschieden ist zu bedenken, dass die Wahl der Methode möglicherweise nicht primär nach dem Kriterium der Tödlichkeit getroffen wird. Nach Kanchan et al. [13] spielen andere Faktoren wie Verfügbarkeit, tatsächliche Zugänglichkeit, Popularität sowie Akzeptanz einer Suizid(versuchs)methode neben der Letalität eine wichtige Rolle. In vielen Fällen medial beachteter Suizide hat sich gezeigt, dass auch geschlechtsspezifisches Nachahmungsverhalten (Werther-Effekt) auftreten kann [18].

Fazit

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der hier vorgestellten Studie, dass

- alte Männer die höchsten Suizidraten und jüngere Frauen die höchsten Suizidversuchsraten aufweisen,
- Frauen deutlich häufiger als Männer Medikamentenintoxikationen und damit weniger letale Suizidversuchsmethoden wählen,
- bei Analysen innerhalb der gleichen Methode die Letalität bei Männern jedoch größer ist als bei Frauen, sowie dass
- die höhere Letalität bei Männern nicht durch das im Vergleich zu Frauen höhere Alter zum Zeitpunkt der suizidalen Handlung erklärt wird.

Weitere Forschung zu den Motiven und Vorgehensweisen in Zusammenhang mit der Planung und Umsetzung von suizidalen Handlungen bei Männern ist nötig, um die Mechanismen besser zu verstehen, die zu einer höheren Sterblichkeit unabhängig von der Suizidversuchsmethode bei Männern im Vergleich zu Frauen führen. Die Ergebnisse könnten zur Entwicklung geschlechtsspezifischer Interventions- und Präventionsmaßnahmen beitragen, die unter anderem in den im Rahmen der Depressionsbündnisse bewährten gemeindefaszierten 4-Ebenen-Interventionsansatz integriert werden könnten. □

LITERATUR

Springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl (Korrespondenz)

Direktor der Klinik

Universitätsklinikum Leipzig – AöR

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und

Psychotherapie

Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig

E-Mail: ulrich.hegerl@medizin.uni-leipzig.de

Dipl.-Psych. Nicole Koburger

PD Dr. med. Christine Rummel-Kluge

Dr. rer. biol. hum. Roland Mergl

Dipl.-Psych. Anna Cibis

Universitätsklinikum Leipzig AöR

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und

Psychotherapie

LITERATUR:

1. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D (2003). Suicide and mental disorders: do we know enough? *British Journal of Psychiatry* 183, 382–383.
2. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H, Niklewski G, Hegerl U (2010). The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts – A secondary analysis of 1921 suicide attempts. *European Psychiatry* 25, 414–420.
3. Card JJ (1974). Lethality of suicidal methods and suicide risk: two distinct concepts. *Omega* 5, 37–45.
4. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 33 (3), 395–405.
5. Cheng ATA, Lee CS (2000). Suicide in Asia and the Far East. In: Hawton K, van Heeringen C (Hrsg.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicides*, 121–135. Chichester: John Wiley & Sons.
6. Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U (2012). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of Affective Disorders* 136, 9–16.
7. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C (2000). Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 30 (3), 282–288.
8. Elnour AA, Harrison J (2008). Lethality of suicide methods. *Injury Prevention* 14 (1), 39–45.
9. Eurostat, 2011. Published online at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/data-base. Last update 23.05.2012. Data extraction: 29.05.2012; Causes of death – Standardised death rate (per 100.000 inhabitants). Unit: Standardized Death Rate; ICD10: Intentional Self-Harm; All ages.
10. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine* 36 (9), 1225–1233.
11. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis C, Gusmão R, Kopp M, Löhr C, Maxwell M, Meise U, Mirjanic M, Oskarsson H, Pérez Sola V, Pull C, Pycha R, Ricka R, Tuulari J, Värnik A, Pfeiffer-Gerschel T (2008). The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry* 9(1), 51–59.
12. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, Althaus D (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 260 (5), 401–406.
13. Kanchan T, Menon A, Menezes RG (2009). Methods of choice in completed suicides: Gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Psychiatry* 54 (4), 938–942.
14. Large MM, Nielssen OB (2010). Suicide in Australia: meta-analysis of rates and methods of suicide between 1988 and 2007. *Medical Journal of Australia* 192 (8), 432–437.
15. Lohse MJ, Müller-Oerlinghausen B (2011). Psychopharmaka. In: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2011*, DOI 10.1007/978-3-642-21992-4_39. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 813–858.
16. Möller-Leimkühler AM (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 253 (1), 1–8.
17. Murphy GE (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive Psychiatry* 39 (4), 165–175.
18. Niederkrotenthaler T, Till B, Kapusta ND, Voracek M, Dervic K, Sonneck G (2009). Copycat effects after media reports on suicide: a population-based ecological study. *Social Science & Medicine* 69, 1085–1090.
19. Schmidtke A, Weinacker B, Löhr C, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Apter A, Batt A, Crepet P, Fekete S, Grad O, Haring C, Hawton K, van Heeringen C, Hjelmeland H, Kelleher M, Lönnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Philippe A, Sallander Renberg E, Sayil I, Temesvary B, Värnik A, Wasserman D, Rutz W (2004). Suicide and suicide attempts in Europe – an overview. In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D et al. (Hrsg.) *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour*. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber, 15–28.
20. Schmidtke A, Sell R, Löhr C (2008). Epidemiology of suicide in older persons. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41 (1), 3–13.
21. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders* 138 (1–2), 19–26.
22. Spicer RS, Miller TL (2000). Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *American Journal of Public Health* 90 (12), 1885–1891.
23. Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 4, 11.
24. Värnik A, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, Reisch T, Scheerder G, Arensman E, Aromaa E, Giupponi G, Gusmão R, Maxwell M, Pull C, Szekeley A, Sola VP, Hegerl U (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62 (6), 545–551.
25. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology* 15, 319–328.



Arzneimittel in der psychiatrischen Therapie

Tics bei Kindern und Jugendlichen

Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Tics wissen nicht warum sie anders sind und haben häufig große schulische Probleme, oft aufgrund einer Begleiterkrankung wie ADHS. Daher ist es sehr wichtig, sie und ihre Angehörigen genau aufzuklären und zu beraten. In leichteren Fällen kann die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt werden. Auf Antipsychotika sprechen etwa drei Viertel der Patienten an, ein Partialagonist wird derzeit in ersten kleinen Studien getestet.

FRANZISKA MENKE, KATHARINA WENZEL-SEIFERT, MICHAEL BABL UND EKKEHARD HAEN

In der Medizin werden schnelle, unwillkürliche, stereotype Bewegungen als „Tics“ bezeichnet. Sie werden von den Erkrankten oft wiederholt, jedoch nicht immer in regelmäßigen Abständen [1]. Unterschieden werden zwei Arten:

- Einfache motorische Tics sind vor allem im Kopfbereich zu beobachten und äußern sich durch Augenzwinkern, Grimassenschneiden, ruckartige Kopfbewegungen oder auch Schulterzucken.
- Vokale Tics dagegen zeigen sich häufig in Form von Räuspern, Schmatz- und Grunzgeräuschen, aber ebenso durch Ausstoßen oft zusammenhangsloser, teils obszöner Wörter. Die Tics können dabei einzeln, oder kombiniert auftreten [2].

Sehr häufig sind Tics bei Kindern und Jugendlichen zu finden, wobei Jungen etwa fünfmal öfter betroffen sind als Mädchen. Es handelt sich hierbei meist um einfache motorische Störungen, die nach einiger Zeit, vor allem zum Ende der Pubertät hin, von alleine wieder verschwinden. Seltener kommt es zum Auftreten von komplexen, chronischen Tics, die länger als ein Jahr andauern [3].

Ursachen und Auslöser

Bei den meisten Tics handelt es sich um „primäre Tics“. Die Ursache dieser Tics ist bis heute nicht vollständig geklärt, es wurden allerdings mehrere Hypothesen dazu entwickelt. Da es oft zu einer familiären Häufung von Patienten mit dem

Gilles-de-la-Tourette-Syndrom kommt, kann unter anderem von einer genetischen Ursache ausgegangen werden. Auch großer Stress der Mutter in der Schwangerschaft sowie der Konsum von Nikotin oder Alkohol im ersten Trimenon werden für die Entstehung eines Tics beim Kind verantwortlich gemacht [4].

Als sehr wahrscheinlich gilt jedoch eine Fehlfunktion des Gehirnstoffwechsels, besonders des Neurotransmitters Dopamin. Es wird davon ausgegangen, dass die Tics entweder durch einen Dopaminüberschuss im synaptischen Spalt oder durch überempfindliche (supersen-

sitive) Dopaminrezeptoren ausgelöst werden. Die Supersensitivitäts-Hypothese wird vor allem durch die Erfahrung gestützt, dass bemerkenswert geringe Konzentrationen des Dopaminantagonisten Haloperidol bei Gilles-de-la-Tourette-Patienten eine Verbesserung ihres Zustands bewirken [5].

Demgegenüber stehen die „sekundären Tics“. Diese eher seltene Form kann eine Folge von einer generellen Hirnschädigung, wie etwa einer Enzephalitis, einem Trauma oder einer neurologischen Erkrankung (z. B. Schlaganfall, Demenz) sein. Auch Medikamente, insbesondere Wirk-

Motorische Tics sind vor allem im Kopfbereich zu beobachten und äußern sich unter anderem durch Grimassenschneiden.



stoffe, die den dopaminergen Tonus erhöhen (Dopaminagonisten), und Antiepileptika kommen als Auslöser in Betracht [6].

Das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom

Vom Gilles-de-la-Tourette-Syndrom spricht man, wenn mehrere motorische Tics mit mindestens einem vokalen Tic kombiniert sind [7]. Bei etwa 90% aller Patienten mit Gilles-de-la-Tourette-Syndrom sind außerdem noch weitere Störungen zu beobachten: Hier ist vor allem die Hyperaktivitätsstörung (das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, ADHS) zu nennen, aber auch Zwangsstörungen, Lernschwierigkeiten, Schlafprobleme, Aggressionen, Angststörungen und/oder Depressionen können auftreten [8].

Dopaminagonisten

Ein Wirkstoff, der im Verdacht steht, Tics auszulösen, ist das bei ADHS eingesetzte Methylphenidat. Dem ADHS liegt bei Kindern wahrscheinlich eine dopaminerge Unterfunktion zugrunde. Der Dopaminmangel im synaptischen Spalt wird vermutlich durch eine erhöhte Wiederaufnahme in die präsynaptische Membran hervorgerufen. Auch eine verminderte Sensitivität der Dopaminrezeptoren auf der postsynaptischen Seite steht zur Diskussion [9].

Als Psychostimulanz hemmt Methylphenidat die Wiederaufnahmemechanismen des Dopamins und erhöht somit die

Dopaminkonzentration im synaptischen Spalt. Der genaue Wirkmechanismus ist jedoch beim Menschen noch nicht vollständig geklärt. Durch die zentralstimulierende Wirkung wird unter anderem eine Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, der Leistungs- und der Entscheidungsbereitschaft erreicht [10].

Die Anwendung von Psychostimulanzien vom Typ des Methylphenidats birgt also die Problematik in sich, dass einerseits die zu behandelnde Grunderkrankung ADHS unter Umständen mit dem Auftreten von Tics verbunden ist, dass andererseits aber auch das Medikament, das zu ihrer Behandlung eingesetzt wird, Tics auslösen kann.

Therapie

Die Behandlung der Tics hängt stark von der Heftigkeit ihres Auftretens ab. Nicht immer sind Medikamente indiziert. Bei einfachen motorischen Störungen ist oft gar keine Behandlung notwendig. Jedoch sollte bei den Betroffenen und ihren Angehörigen eine ausführliche Aufklärung und Beratung über das Krankheitsbild und die damit verbundenen Probleme (z. B. die Integration ins soziale Umfeld) stattfinden. Bei größeren Verhaltensauffälligkeiten können mit einer Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, KVT) und dem Erlernen von Entspannungstechniken oft gute Erfolge erzielt werden [11].

Medikamentöse Behandlung

Sind die Tics stark ausgeprägt oder beeinträchtigen den Patienten sehr in seinem sozialen Alltag, kann auch eine medikamentöse Therapie zum Einsatz kommen. Eine seit vielen Jahren bewährte Behandlung erfolgt hierbei mit Dopaminrezeptorantagonisten, wie den als Antipsychotika zugelassenen Wirkstoffen Pimozid, Risperidon, Sulpirid, Haloperidol und Olanzapin. In Deutschland wird im Kindes- und Jugendalter häufig das chemisch mit Sulpirid verwandte Benzamid Tiaprid (Tagesdosis 100–900 mg), ein relativ selektiver Dopamin-D₂-Rezeptorantagonist eingesetzt, der für die Therapie von Antipsychotika-induzierten Spätdyskinesien und der Huntington-Chorea zugelassen ist [12, 13]. Für alle Wirkstoffe konnte in klinischen Studien eine Besserung der

Symptomatik von bis zu 70% nachgewiesen werden [12].

Haloperidol ist das zwar effektivste hochpotente Antipsychotikum (Dosis bei Tic-Störungen 2–8 mg pro Tag), es wird aber wegen des hohen Risikos schwerer unerwünschter Arzneimittelwirkungen nur noch selten eingesetzt. Die Affinität von Risperidon zu 5-HT_{2A}-Rezeptoren ist etwa 20-mal höher als zu D₂-Rezeptoren, womit das geringere Risiko für das Auftreten von extrapyramidal-motorischen Störungen (EPMS) und die bessere Wirksamkeit bei der Behandlung der Negativsymptomatik schizophrener Erkrankungen erklärt werden. Mit diesem komplexen antagonistischen Wirkungsprofil wird auch eine Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit und der Gedächtnisleistung erklärt, die Fähigkeit zur Selbstkontrolle soll erhöht und Aggressionen sollen reduziert werden [13, 14]. Des Weiteren wirkt Risperidon antagonistisch auf α₁-Adrenozeptoren sowie Histamin-H₁-Rezeptoren, womit die unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) Blutdrucksenkung, Orthostaseprobleme, Gewichtszunahme und Sedierung erklärt werden [15].

Seit Juni 2004 ist Aripiprazol zur Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und von Schizophrenien in Deutschland zugelassen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird der relativ gut verträgliche Wirkstoff derzeit auch Off-label zur Behandlung von Ticstörungen eingesetzt. Bei Aripiprazol handelt es sich um einen partiellen Agonisten am D₂- und 5-HT_{1A}-Rezeptor (agonistische/ antagonistische Wirkung = 20/80). Außerdem ist Aripiprazol ein Antagonist am 5-HT_{2A}-Rezeptor [16], die antagonistische Wirkung ist also wie beim Risperidon ein kombinierter D₂/5-HT_{2A}-Effekt. Wegen der agonistischen Partialwirkung besteht theoretisch die Möglichkeit, dass der Wirkstoff selber Tics hervorruft.

Zur Wirksamkeit von Aripiprazol bei Tics von Kindern und Jugendlichen wurden in jüngerer Zeit drei voneinander unabhängige, kleinere, teilweise vom Hersteller geförderte Studien mit insgesamt etwa 40 Patienten unter 19 Jahren durchgeführt. In über 79% der Fälle beschreiben die Autoren eine deutliche Verbesserung der Tic-Symptomatik. Die unter der

AGATE

Die AGATE (Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen) ist ein Verbund aus derzeit 42 teilnehmenden Kliniken, der durch Dokumentation von UAW und Ordnungsverhalten, regelmäßige Fallbesprechungen, Durchführung von klinischen Studien und Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen sowie einen Arzneimittelinformationsdienst und eine Bildungsakademie ein effektives Pharmakovigilanzsystem bildet. Die AGATE meldet die von ihr dokumentierten UAW regelmäßig an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Behandlung beobachteten unerwünschten Wirkungen waren eine im Vergleich zu Risperidon moderate Gewichtszunahme, Übelkeit, Schläfrigkeit und Kopfschmerzen. Alle drei Studien kamen zu dem Schluss, dass Aripiprazol ein wirksames und sicheres Mittel zur Behandlung von Ticstörungen bei Kindern und Jugendlichen zu sein scheint [13, 17–19].

Potenzielle unerwünschte Wirkungen (UAW)

In der Literatur wird berichtet, dass bei Kindern und Jugendlichen unter antipsychotischer Therapie im Vergleich zu Erwachsenen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von EPMS, Prolaktinerhöhungen oder metabolischen Effekten besteht, was vermutlich durch entwicklungsbedingte neuronale und hormonelle Besonderheiten mit verursacht wird [20]. Hyperprolaktinämien durch Enttötung der hypophysären Prolaktinsekretion zeigen sich symptomatisch als Gynäkomastie und Galaktorrhö. Sie können aber auch zur Hemmung der FSH- und LH-Sekretion führen, mit der Folge eines Östrogen- und Testosteronmangels. In der Postadoleszenz kann das zu Zyklusstörungen (Oligo- und Amenorrhö), beim männlichen Geschlecht zu Störungen der Spermatogenese mit Infertilität, Libido- und Potenzstörungen sowie bei beiden Geschlechtern langfristig zur Osteoporose führen [21]. Im Kindesalter wurden als Folgen einer Hyperprolaktinämie Übergewicht, vermindertes Längenwachstum, verzögerter Beginn der Pubertät und möglicherweise auch Knochenmineralisationsstörungen beschrieben [22].

In mehreren kleineren Studien wurde gezeigt, dass 70–100% der Kinder und Jugendlichen, die mit Risperidon, Haloperidol oder Olanzapin behandelt wurden, Hyperprolaktinämien entwickelten, während Clozapin und Quetiapin allenfalls zu geringen Anstiegen der Prolaktinwerte führten [22]. Risperidon und die Benzamide Amisulprid und Sulpirid gehören auch in der Erwachsenenpsychiatrie zu den Antipsychotika, die am häufigsten und ausgeprägtesten zu Hyperprolaktinämien führen [21]. Für Tiaprid wurden bislang nur moderate und transiente Anstiege der Prolaktinkonzentration berichtet. Bei Erwachsenen betrug

der Anstieg etwa 50% im Vergleich zur Ausgangskonzentration [23]. In der einzigen kontrollierten Studie mit Kindern ($n = 27$; mittleres Alter 12,5; 7–18 Jahre) führte die Behandlung mit Tiaprid (5 mg/kg Körpergewicht) zu einem Anstieg der Prolaktinkonzentration auf $36,6 \text{ ng/ml} \pm 4,63 \text{ ng/ml}$ ohne Auswirkungen auf die Konzentrationen von LH, FSH, TSH und Somatotropin; vier Wochen nach Beendigung der Behandlung mit Tiaprid hatten sich die Prolaktinkonzentrationen wieder normalisiert [24].

Für den Zeitraum 2005 bis 2010 analysierten wir selbst zu den bei 83 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bezirksklinikum Regensburg bestimmten Prolaktinwerten, welche Medikamente die jungen Patienten bekommen hatten und ob für Hyperprolaktinämien typische UAW aufgetreten waren. In unserem Patientenkollektiv zeigten sich die ausgeprägtesten Erhöhungen der Prolaktinwerte (angegeben ist jeweils die Prolaktinkonzentration im Serum) unter Einnahme von Tiaprid ($174,3 \pm 40,4 \text{ ng/ml}$), wo die Serumprolaktinkonzentration bis zu zehnfach über den Normbereich erhöht war. Unter Therapie mit Amisulprid wurden im Mittel Prolaktinkonzentrationen von $76,5 \pm 6,8 \text{ ng/ml}$, unter Risperidon von $47,5 \pm 18,4 \text{ ng/ml}$, unter Olanzapin von $28,4 \pm 17,9 \text{ ng/ml}$ und unter Quetiapin von $13,5 \pm 10,6 \text{ ng/ml}$ bestimmt [25]. Sofern die Krankengeschichten überhaupt Angaben zu sexuellen Arzneimittelwirkungen enthielten, war darin keine Korrelation zu den Prolaktinwerten erkennbar.

Fazit

Tics sind gerade unter Kindern und Jugendlichen ein Problem. Jedes zehnte Schulkind entwickelt meist um das zehnte Lebensjahr vorübergehende Tics. Bei knapp einem Prozent davon werden daraus chronische motorische Tics. Etwa eines von 400 Kindern entwickelt ein Gilles-de-la-Tourette-Syndrom [26]. Die Patienten werden im Alltag oft vor große Probleme gestellt. Die meisten Kinder wissen nicht warum sie „anders“ sind oder nicht richtig in die Gemeinschaft integriert werden. Viele Betroffene haben große schulische Probleme, häufig aufgrund einer Begleiterkrankung wie ADHS. Daher ist es sehr wichtig, sie und ihre Angehörigen genau aufzuklären und zu beraten. Die kognitive Verhaltenstherapie verspricht besonders bei leichteren Fällen Besserung. Auf die medikamentöse Behandlung mit Antipsychotika sprechen etwa drei Viertel der Patienten an. Der Partialagonist Aripiprazol wird derzeit Off-label in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzt, erste Studien mit kleiner Patientenzahl sind vielversprechend. □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

cand. rer. nat. **Franziska Menke**

Dr. med. **Katharina Wenzel-Seifert**

Michael Babl, Arzt

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. **Ekkehard Haen**

Klinische Pharmakologie am Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg

Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg.

E-Mail: ekkehard.haen@klinik.uni-regensburg.de



Weitere Infos auf springermedizin.de

Gefährliche Arzneimittelinteraktionen in der psychiatrischen Praxis – Wie sollen Sie damit umgehen?

Nicht jede Arzneimittelwechselwirkung (AI) hat eine klinische Relevanz und auch wenn sie diese hat, dann muss eine AI nicht immer negativ verlaufen. Von großem Interesse ist daher die Frage nach Wechselwirkungen, die gefährlich werden können. Das Interaktionslexikon erklärt worauf bei AI zu achten ist ([2286456](#)).

Diese Artikel finden Sie, indem Sie den Titel oder die (in Klammern gesetzte) ID-Nummer in die Suche eingeben.

LITERATUR

1. <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=0&id=60&nodeid=24>
2. http://www.onmeda.de/krankheiten/tic_und_tourettestoerungen-symptome-1525-4.html
3. Karl C Mayer: http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1691, zuletzt aktualisiert: 24.02.2010
4. <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=1&id=60&nodeid=24>
5. Singer HS, Butler IJ, Tune LE, Seifert WE Jr, Coyle JT (1982); „Dopamine Dysfunction in Tourette Syndrome“. *Ann Neurol.* 12, 361-366
6. Karl C Mayer: http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1691, zuletzt aktualisiert: 24.02.2010
7. W. Machleidt, M. Bauer, F. Lamprecht, H. K. Rose, C. Rohde-Dachser: „Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“, 1999, Georg Thieme-Verlag, Stuttgart, 6. Auflage, S. 73
8. <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=4&id=60&nodeid=24>
9. <http://www.legasthenietherapie-info.de/adhs-ritalin.html>
10. Novartis Pharma GmbH Nürnberg: Fachinformation Ritalin® LA, Stand Juli 2009
11. <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php3?p=8&id=60&nodeid=24>
12. Müller-Vahl KR (2007): Die Benzamide Tiaprid, Sulpirid und Amisulprid in der Behandlung des Tourette Syndrom. *Nervenarzt* 78: 270-271.
13. Roessner V, Plessen KJ, Rothenberger A, Ludolph AG, Renata Rizzo R, Skov L, Strand G, Stern JS, Termine C, Hoekstra PJ, the ESSTS Guidelines Group (2011): European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20: 173-196. Online verfügbar: URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065650/pdf/787_2011_Article_163.pdf
14. Janssen-Cilag GmbH Neuss: Fachinformation Risperdal®, Stand September 2008; http://www.psychiatrie-aktuell.de/bgdisplay.jhtml?itemname=neuroleptika_risperidon oder <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=15904>
15. Benkert O, Hippus H (Hrsg.) (2009): Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 7. Auflage. S. 304-308
16. Murphy TK, Mutch PJ, Reid JM, Edge PJ, Storch EA, Bengtson M, Yang M (2009): „Open label aripiprazole in the treatment of youth with tic disorders“. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 19, 441-447
17. Lyon GJ, Samar S, Jummani R, Hirsch S, Spigel A, Goldman R, Coffey BJ (2009): „Aripiprazole in children and adolescents with Tourette's disorder: an open-label safety and tolerability study“. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 19, 632-633
18. www.tourette-gesellschaft.de/download/bts_aripiprazol_bartels.pdf
19. Interessenverband Tic & Tourette Syndrom e. V., gefunden über : http://www.iv-ts.de/translate/Abilify_2007.htm
20. Kumra, S, Oberstar JV, Sikich L, Findling RL, McClellan JM, Vinogradov S, Schulz CS (2008): Efficacy and tolerability of second-generation antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia. *Schizophr Bull* 34: 60-71
21. Haddad PM, Wieck A (2004): Antipsychotic-induced hyperprolactinaemia. *Drugs* 64: 2291-2314.
22. Rosenbloom A (2010): Hyperprolactinemia with antipsychotic drugs in children and adolescents. *Int J Pediatr Endocrinol* 2010:159402. Online publiziert am 24. August 2010. URL: <http://www.ijpeonline.com/content/2010/1/159402>.
23. Greil W, Auberger S, Haag H, Rüther E (1985): Tiapride: effects on tardive dyskinesia and on prolactin plasma concentrations. *Neuropsychobiology* 14: 17-22.
24. Eggers C, Rothenberger A, Berghaus U (1988): Clinical and neurobiological findings in children suffering from tic disease following treatment with tiapride. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 237: 223-229.
25. Babl M, Dissertation Regensburg, derzeit noch nicht veröffentlichte Daten
26. Karl C Mayer: http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=1691, zuletzt aktualisiert: 24.02.2010



Psychiatrische Kasuistik

Unklare Seh- und Gedächtnisstörungen

Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwechselnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagnose gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden? Mithilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben
(N = neurologisch, P = psychiatrisch):

NT 1/2012

P: Krampfanfälle bei Benzodiazepinentzug

NT 2/2012

N: Chronisch rezidivierende Kopfschmerzen

NT 3/2012

P: Affektives Mischbild in der Postpartalzeit

NT 4/2012

N: Ursache für Zerebralparese erst nach Jahren erkannt

NT 5/2012

P: Chronischer Schmerz – Depression – Suizidalität

NT 6/2012

N: Benommenheit nach jedem Aufrichten

NT 7–8/2012

P: Unklare Seh- und Gedächtnisstörungen

Das Online-Archiv finden Sie auf den Homepages der Berufsverbände unter www.bvdsn.de, www.neuroscout.de und www.bv-psychiater.de

Anamnese

Ein 53-jähriger, arbeitsloser Maler stellt sich selbstständig in der Hochschulambulanz vor. Überwiesen wird er durch die psychosomatische Abteilung; dort wurde im Rahmen einer ambulanten Vorstellung der Verdacht auf eine funktionelle Sehstörung gestellt und bei „auffälligem psychopathologischem Befund“ mit „eingeschränkter Orientierung“, „teilweise inadäquatem und kargem Antwortverhalten mit verlängerten Antwortlatenzen“ sowie „eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit“ zunächst eine psychiatrische Vorstellung empfohlen.

Der Patient berichtet, seit etwa acht Jahren unter verschwommenem, unscharfem und verzerrtem Sehen zu leiden; er sei fast blind. Die Anstrengung beim Schauen führe zu pulsierenden Augenschmerzen. Er trage eine Brille und zusätzlich stets eine Lupe mit sich. Er sei bereits bei verschiedenen Augenärzten gewesen, man habe jedoch keine körperliche Ursache gefunden und ihm gesagt, es läge an den „Nerven“. Zudem habe sein Gedächtnis vor einigen Jahren plötzlich stark nachgelassen. So gebe es ganze Tage, an die er sich nicht erinnern könne (vorzugsweise am Wochenende). Am Montag müsse er sich dann eine Tageszeitung kaufen, damit er wieder wisse, welcher Tag sei. Er leide an Orientierungsschwierigkeiten und verlaufe sich ständig außer Haus. Auch könne er nicht mehr Lesen, Schreiben oder Rechnen. Zusätzlich bestünden chronische Rückenschmerzen.

Man habe ihm gesagt, dass sich sein Störungsbild wieder bessern könne, er mache sich jedoch Sorgen, schwer körperlich – zum Beispiel an einem Tumor – erkrankt zu sein und fürchte sich vor einer Krankenhauseinweisung.

Soziobiografische Anamnese

Er sei ledig und lebe allein, in keiner Partnerschaft und habe keine Kinder. Nach eigenen Angaben war er bis vor etwa acht Jahren als Maler in Anstellung. Aufgrund der Sehstörungen habe er diese Tätigkeit aber nicht mehr fortführen können. Er habe „keine gerade Linie mehr ziehen“ können, daher habe man ihn entlassen. Derzeit sei er arbeitslos, er habe einen Rentenantrag gestellt. Wie es um seinen Rentenantrag stehe, wisse er nicht, er müsse bei der Behörde nachfragen. Eine rechtliche Betreuung oder Hilfe durch Dritte bestehe nicht.

Psychiatrische Vorgeschichte

Eine psychiatrische Behandlung sei bislang nicht erfolgt.

Familienanamnese

Der Patient gab an, dass es keine psychiatrischen Erkrankungen in seiner Familie gegeben habe. Die Eltern seien bereits in den 1970er-Jahren verstorben, die Frage nach der Todesursache beantwortet der Patient nicht. Sein Bruder sei vor mehreren Jahren bei einem Autounfall ums Leben gekommen.

Suchtmittelanamnese

Sehr selten konsumiere er geringe Mengen Alkohol, andere legale oder illegale Suchtmittel werden verneint.

Psychopathologischer Befund

Der 53-jährige Patient mit gepflegtem äußerem Erscheinungsbild war im Kontakt zurückhaltend und etwas misstrauisch. Er war bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich und zur eigenen Person auf Nachfragen hin nicht orientiert. Aus dem Verhalten in der Untersuchungssituation



war eine schwere Orientierungsstörung jedoch nicht ersichtlich, der Patient erschien auch im Verlauf der Behandlung wiederholt pünktlich ohne Begleitung zu den vereinbarten Untersuchungsterminen. Die Auffassung bei allgemeinen Themen im Gesprächsverlauf war ungestört, bei der Stellung von Aufgaben (z. B. Erklären von Sprichwörtern oder auch einfachsten Aufgaben) gab der Patient jedoch keine Antwort oder antwortete vorbei. Die Konzentration war subjektiv gestört, objektiv aber nicht prüfbar, da eine Prüfung der Konzentrationsfähigkeit zum Beispiel durch serielle Subtraktion vom Patienten nicht ausgeführt wurde. Die Prüfung der Merkfähigkeit ergab null von drei Begriffen, wobei bereits das Nachsprechen der Begriffe zum Ausschluss einer Auffassungsstörung vom Patienten nicht durchgeführt wurde. Er gab subjektiv schwere Gedächtnisstörungen mit Gedächtnislücken an, die auch ganze Tage betrafen, die er aber nicht konsistent anhand von Beispielen aus dem Alltag näher erläutern konnte.

Auf die Bitte hin, einen kurzen Satz aufzuschreiben, fragte der Patient zunächst, was ein Satz sei, nach längerer Überlegung und mehrfacher Aufforderung schrieb er unter großer Anstrengung etwas in die linke untere Ecke des Blattes (**Abbildung 1**). Im formalen Denken war er geordnet, geringfügig verlangsamt, teilweise zeigte er lange Antwortlatenzen sowie häufiges Vorbeireden, was die Exploration erheblich erschwerte. Es bestand kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen.

Der Patient gab Pseudohalluzinationen an (Klingeln an der Tür, obwohl dort niemand sei, Gespräche mit einem Stofftier mit jedoch noch erhaltener Fähigkeit der Realitätskontrolle). Es bestanden keine Ich-Störungen, keine Zwänge oder Phobien. Der Patient gab an, er habe eine gedrückte Stimmung sowie Sorge, an einer schweren körperlichen Erkrankung zu leiden. In der Untersuchungssituation war er dabei affektarm und affektstarr, schilderte Defizite gleichgültig und teilnahmslos anmutend und zeigte gelegentlich ein parathymes Lächeln. Der Antrieb war regelrecht, auf konkrete Fragen hin war der Patient mutistisch.

Er gab häufige Rückenbeschwerden sowie Sehstörungen an, die ein Sehen

allenfalls mit der Lupe möglich machten. Der Schlaf und Appetit seien regelrecht. Es bestand kein Anhalt für akute Eigen- oder Fremdgefährdung.

Neuropsychologische Testung

Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) ergab fünf Punkte, die Orientierung im MMST null Punkte. Die Antwort auf einfachste Fragen war stets falsch. Der Patient zeigte jedoch, dass er eben diese angefragten Fähigkeiten beherrschte (Beispiel: Der Patient erzielte beim Orientierungstest 0 Punkte, war jedoch in der Lage ohne Begleitung einen Termin pünktlich wahrzunehmen. Er behauptete keine Buchstaben zu kennen, konnte jedoch im MMST Lesen und einen Satz schreiben). Die Verhaltensweisen des Patienten wirkten dabei nicht gestellt. Insgesamt zeigte er ein bizarres Auftreten und berichtete von Unterhaltung mit Kuscheltier.

Labor

Ohne pathologischen Befund.

Externes MRT mit KM (10/2011)

Die Kernspintomografie war ohne pathologischen Befund, mit unauffälliger Darstellung des Neurocraniums und der Orbitae beidseits. Es fand sich keine pathologische KM-Anreicherung supra- oder infratentoriell, keine intrazerebrale Raumforderung und keinen Anhalt für eine akute oder chronische ZNS-Erkrankung. Der N. opticus, die Chiasmaregion sowie die Sehstrahlung und die Occipitalregion kamen unauffällig zur Darstellung. Die Weite der inneren und äußeren Liquorräume war alterentsprechend. Zur Untersuchung lagen ebenfalls Voraufnahmen von 06/2006 vor.

Externes CT mit KM (2/2005)

Die Computertomografie war ohne pathologischen Befund, mit regelrechter Darstellung des Neurocraniums.

Bericht der Augenklinik der Charité (8/2010)

Die Untersuchung der Augenklinik hatte die Diagnose „subjektive Sehstörung unklarer Genese, Differenzialdiagnose funktionelle Sehstörung“ ergeben. Es gab kein okuläres Korrelat für die Beschwerden des Patienten, insbesondere die visuell evozierten Potenziale und das Ganz-

feld-Elektroretinogramm waren seitengleich und regelrecht. Ein wesentliches Afferenzdefizit war somit äußerst unwahrscheinlich, die Netzhautfunktion war regelrecht. Beschwerden vereinbar mit funktioneller Sehstörung. Dem Befund war weiter zu entnehmen, dass bereits 2005 eine Vorstellung in der Neurologie der Charite, Campus Benjamin Franklin, zur weiterführenden Diagnostik bei Verdacht auf ein pseudodemenzielles Syndrom geplant gewesen sei, der Patient den Termin jedoch nicht wahrnahm.

Ärztliche Atteste /Gutachten

Der Patient präsentierte ein Attest, das vom behandelnden Orthopäden im Mai 2010 zur Vorlage bei der Agentur für Arbeit erstellt wurde. Diagnosen: HWS-Syndrom mit Schulter-Nacken-Schmerz beidseits, chronischer Rückenschmerz, muskuläre Dysbalance, Koxalgie beidseits, Beinverkürzung rechts, Fußdeformität beidseits, Mittelfußarthrose beidseits, vegetative Dystonie. Aufgrund der

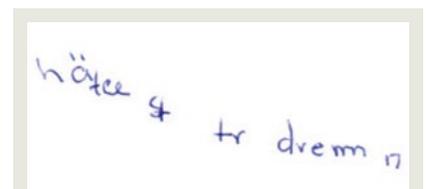


Abbildung 1: Schriftprobe. Auf die Frage hin, was er hätte schreiben wollen, lächelt der Patient und sagt: „Heute ist der Termin“.

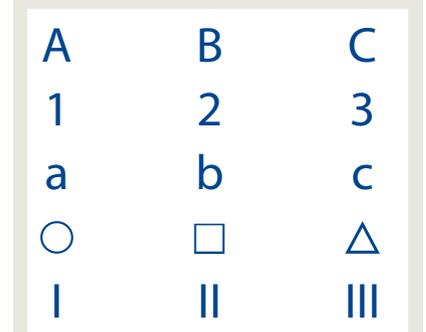


Abbildung 2: Rey 15-item Memory-Test. Auf einer Karte werden in fünf Zeilen je drei Items (Buchstaben, Zahlen, Figuren) für zehn Sekunden dargeboten. Anschließend sollen sie nachgezeichnet werden.

© F. Regen et al. (2x)

Erkrankungen könnten nur noch leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten regelmäßig täglich vollschichtig verrichtet werden, schweres Heben und Tragen von Gegenständen über 15 kg sollte strikt vermieden werden, ebenso einseitige körperliche Belastungen oder Zwangshaltungen.

Vom behandelnden Arzt für Augenheilkunde lag eine ärztliche Bescheinigung von 11/2011 vor, die für das Versorgungsamt erstellt wurde. Diagnose: visuelle Agnosie unklarer Genese.

Des Weiteren legte der Patient zwei Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit aus dem Jahre 2010 sowie von September 2011 vor, die „schwerwiegende Leistungseinschränkung“ aufgrund der Diagnosen einer „starken Sehbeeinträchtigung“, „Verdacht auf eine Erkrankung des zentralen Nervensystems“ sowie „chronische Lendenwirbelsäulenbeschwerden“ für die Dauer von bis zu sechs Monaten (2011), sowie aufgrund „hochgradiger Sehminderung“, „seelischem Leiden mit Depression und Angststörung“, „Wirbelsäulenfehlhaltung mit belastungsabhängigen Rückenschmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung“, „Hüftfehlstellung beidseits“ sowie „Senk-Spreizfüße beidseits mit Mittelfußarthrose“ für die Dauer von zwölf Monaten (2010) attestierten. Aufgrund der Störungen bestehe für den angegebenen Zeitraum keine Verfügbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Verlauf

Der psychopathologische Befund des Patienten blieb über mehrere ambulante Wiedervorstellungen unverändert. Der Patient nahm bislang drei Folgetermine pünktlich wahr, zweimalig sagte er Termine rechtzeitig telefonisch ab. Die Gespräche waren von häufigem Vorbeireden des Patienten sowie von selektivem Mutismus bei Stellung konkreter Fragen geprägt. So antwortete der Patient zum Beispiel auf die Frage „Welches Jahr haben wir?“ – „Jahr? Was ist ein Jahr?“; oder „Welchen Tag haben wir heute?“ – „Sonntag?“, der Patient erschien jedoch pünktlich und ohne Hilfe Dritter an einem Dienstag zum Termin. Auf die Fragen „Welche Jahreszeit haben wir derzeit?“ oder „Wie viele Finger hat eine

Hand?“ gab der Patient hingegen keine Antwort. In den Gesprächsverlauf integrierte Fragen etwa nach seinen Lieblingsspeisen und wie er diese zubereite beantwortete der Patient hingegen unvermittelt und flüssig mit Angabe der benötigten Lebensmittel einschließlich detaillierter Angaben, bei welchem Lebensmittelhändler und von welchem Hersteller diese Lebensmittel günstig und von guter Qualität zu beziehen seien. Auf die Bitte, die CD mit den externen MRT-Bildern von zu Hause mitzubringen, berichtete der Patient, „er habe so eine Scheibe, aber Bilder seien dort nicht drauf“. Zum Folgetermin brachte der Patient die CD mit den gewünschten MRT-Aufnahmen mit.

Die Erhebung einer Fremdanamnese war im weiteren Verlauf bislang nicht möglich, da der Patient keine Kontaktperson zur Erhebung einer Fremdanamnese angab. Stattdessen bot er an, dass man sich mit seinem Teddybären unterhalten könne, der ihn bereits seit 17 Jahren begleite und ihn bestens kenne. Eine Lumbalpunktion lehnte der Patient mit dem Hinweis ab, sein Orthopäde habe ihm davon abgeraten. Auch eine stationäre Aufnahme lehnte der Patient bislang stets ab. □

LITERATUR

1. Reznak L. The Rey 15-item memory test for malingering: a meta-analysis. *Brain Inj.* 2005; 19 (7): 539–43
2. Wirtz G, Baas U, Hofer H, Nyffeler T, Seifritz E, Müri R, Gutbrod K. Psychopathology of Ganser's syndrome. Literature review and case report. *Nervenarzt.* 2008; 79 (5): 543–57
3. Dwyer J, Reid S. Ganser's syndrome. *Lancet.* 2004; 364 (9432): 471–3
4. Hampel H, Berger C, Müller N. A case of Ganser's state presenting as a dementia syndrome. *Psychopathology.* 1996; 29 (4): 236–41

Dr. med. Francesca Regen (Korrespondenz)

Prof. Dr. Christian Otte

PD Dr. med. Kim Hinkelmann

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie,
Charité, Campus Benjamin Franklin,
Eschenallee 3, 14050 Berlin
E-Mail: francesca.regen@charite.de

Fragen

1. Welche (Differenzial-)Diagnose kommt *nicht* in Betracht?

- a Ganser-Syndrom
- b Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- c Simulation bei Rentenbegehren
- d Artificielle Störung
- e Bizarres Verhalten im Rahmen einer Schizophrenie

2. Welche Symptome kennzeichnen ein Ganser-Syndrom?

- a Vorbeireden
- b Begleitende andere dissoziative Symptome
- c Wahrnehmungsstörungen
- d Fluktuierende Bewusstseinsstörung
- e Alle Antworten treffen zu.

3. Was kennzeichnet das „Vorbeireden“?

- a Der Patient gibt falsche Antworten auf einfache Fragen, aber richtige Antworten auf schwierige Fragen.
- b Der Patient gibt teils richtige, teils falsche Antworten auf Fragen, ohne sich jedoch offensichtlich um eine richtige Antwort zu bemühen.
- c Der Patient geht nicht auf die Frage ein, bringt etwas inhaltlich anderes vor, obwohl aus der Antwort und/oder der Situation ersichtlich ist, dass er die Frage verstanden hat.
- d Der Patient gibt Antworten auf Fragen, bei denen offensichtlich ist, dass sie üblicherweise nicht beantwortet werden können.
- e Der Patient bleibt an zuvor gebrauchten Worten oder Angaben haften, die im aktuellen Zusammenhang nicht mehr sinnvoll sind.

4. Welcher Krankheitsverlauf trifft für das Ganser-Syndrom zu?

- a Chronischer Verlauf über Jahre mit annähernd gleichbleibender Symptomatik.
- b Spontanremission ohne spezifische Behandlung mit Amnesie für den Zeitraum der Störung
- c Fluktuierender Verlauf mit episodenhaft auftretender Symptomatik
- d Keine der Antworten trifft zu.
- e Alle Antworten sind richtig.

1d, 2e, 3c, 4e

Frage 1

Antwort d ist richtig. Eine artifizielle Störung oder auch „Münchhausen Syndrom“ ist durch das beständige und hartnäckige Vortäuschen von Symptomen bei Fehlen einer gesicherten körperlichen oder psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung gekennzeichnet. Symptome werden hierbei durch Manipulation am eigenen Körper absichtlich erzeugt beziehungsweise aufrechterhalten (z. B. unklares Fieber, Wundheilungsstörungen). Häufig werden wiederholt aufwendige Untersuchungen und auch invasive Eingriffe durchgeführt und von den Patienten in Kauf genommen.

Im vorliegenden Fall wird medizinische Diagnostik und Behandlung durch den Patienten hingegen gemieden, er beklagt zwar zahlreiche Einschränkungen, ist bezüglich einer Aufklärung der Beschwerden jedoch sehr zurückhaltend und lehnt auch eine Lumbalpunktion trotz ausgeprägter beklagter kognitiver Störungen ab. Auch wenn die Grenzen zwischen den Störungen im Einzelfall fließend sind und eine Abgrenzung schwierig sein kann, entspricht die Symptomatik des Patienten im geschilderten Fall am ehesten einem Ganser-Syndrom.

Differenzialdiagnostisch kommt eine Simulation bei Rentenbegehren in Betracht. Bei der Simulation (ICD-10: Z76.5) erfolgt eine bewusste, willentlich gesteuerte Vortäuschung von Symptomen, die dazu dient, die Umgebung zu beeinflussen und einen erkennbaren Vorteil zu erlangen. Für eine Simulation spricht, dass der Patient ärztliche Hilfe insbesondere in Zusammenhang mit anstehenden Beurteilungen durch die Agentur für Arbeit beziehungsweise durch das Versorgungsamt aufzusuchen scheint. Im Rey 15-item Memory Test (**Abbildung 2**), einem sehr einfachen, häufig angewandten Gedächtnistest zur Erfassung einer möglichen Simulation von Gedächtnisstörungen, erreicht der Patient null Punkte. Ein Punktwert unter neun Punkten gilt hierbei als Hinweis für eine Simulation; auch Demenzpatienten überschreiten aufgrund der Leichtigkeit der Aufgabe üblicherweise diesen

Punktwert [1]. Oftmals wird der Test jedoch durchschaut. Das Ergebnis schließt ein Ganser-Syndrom mit dissoziativer Amnesie und Gedächtnisstörungen nicht aus. Die deutliche Ausprägung der geschilderten Beschwerden und die Beschwerdekongstellation erscheinen für eine zielgerichtete Simulation zur Erlangung einer Erwerbsunfähigkeitsrente eher unpassend und plump. Die Berichte des Patienten zeigen sich bezüglich Einschränkungen im Alltag inkonsistent, während bei einer über mehrere Jahre bereits bestehenden Simulation von Gedächtniseinbußen und Sehstörungen üblicherweise eine plausible Darstellung der Beschwerden zu erwarten wäre.

Auch an eine mögliche psychotische Erkrankung ist differenzialdiagnostisch zu denken. So zeigt der Patient formale Denkstörungen, eine Affektverflachung sowie inadäquate Affekte, Wahrnehmungsstörungen und ein bizarres Verhalten. Gegen eine Schizophrenie spricht im vorliegenden Fall jedoch, dass sich die formalen Denkstörungen auf ein Vorbeireden sowie einen selektiven Mutismus bei Stellung konkreter Fragen beschränken, während in den Gesprächsverlauf integrierte Fragen unvermittelt und flüssig beantwortet werden. Bislang fanden sich keine Hinweise auf Ich-Störungen oder inhaltliche Denkstörungen, eventuell könnten sich solche jedoch im weiteren Behandlungsverlauf noch ergeben, so etwa in Bezug auf die Schilderungen der engen Beziehung zu einem Stofftier. Die Angabe einer Kommunikation mit dem Stofftier durch den Patienten imponierte in der Untersuchungssituation jedoch vielmehr demonstrativ als bizarr, was differenzialdiagnostisch ebenfalls für ein Ganser-Syndrom spricht. Auch die durch den Patienten berichteten akustischen Pseudohalluzinationen gelten als charakteristisch für ein Ganser-Syndrom. Hinweise auf eine körperliche Erkrankung, welche die Symptome erklären könnte, finden sich nicht.

Frage 2

Antwort e ist richtig. Das Ganser-Syndrom wird in der ICD-10 unter den „son-

tigen dissoziativen Störungen“ aufgeführt (ICD-10: F44.80) und als komplexe Störung beschrieben, die durch „Vorbeireden“ sowie gewöhnlich mehrere andere, begleitende dissoziative Symptome gekennzeichnet ist. Nach ICD-10 tritt ein Ganser-Syndrom oft unter Umständen auf, welche eine psychogene Ätiologie nahe legen. Beschrieben wurde das Syndrom erstmals 1897 von Sigbert Ganser. Neben dem Kernsymptom des Vorbeiredens gelten weitere Symptome als charakteristisch, wie etwa eine fluktuierende Bewusstseinsstörung, pseudoneurologische Phänomene, visuelle oder akustische Pseudohalluzinationen, dissoziative Fugue, affektive Störungen in Form einer kindlich-läppischen Stimmungslage, depressive Verstimmtheit, pseudoepileptische Anfälle sowie verschiedene neuro-psychologische Störungen wie Gedächtnislücken und Wahrnehmungsstörungen [2].

Frage 3

Antwort c ist richtig. Vorbeireden zählt zu den formalen Denkstörungen und wird in Anlehnung an das AMDP-System dadurch definiert, dass ein Patient nicht auf eine Frage eingeht und etwas inhaltlich anderes vorbringt, obwohl aus der Antwort und/oder der Situation ersichtlich ist, dass er die Frage verstanden hat. Antwort e beschreibt Perseveration.

Frage 4

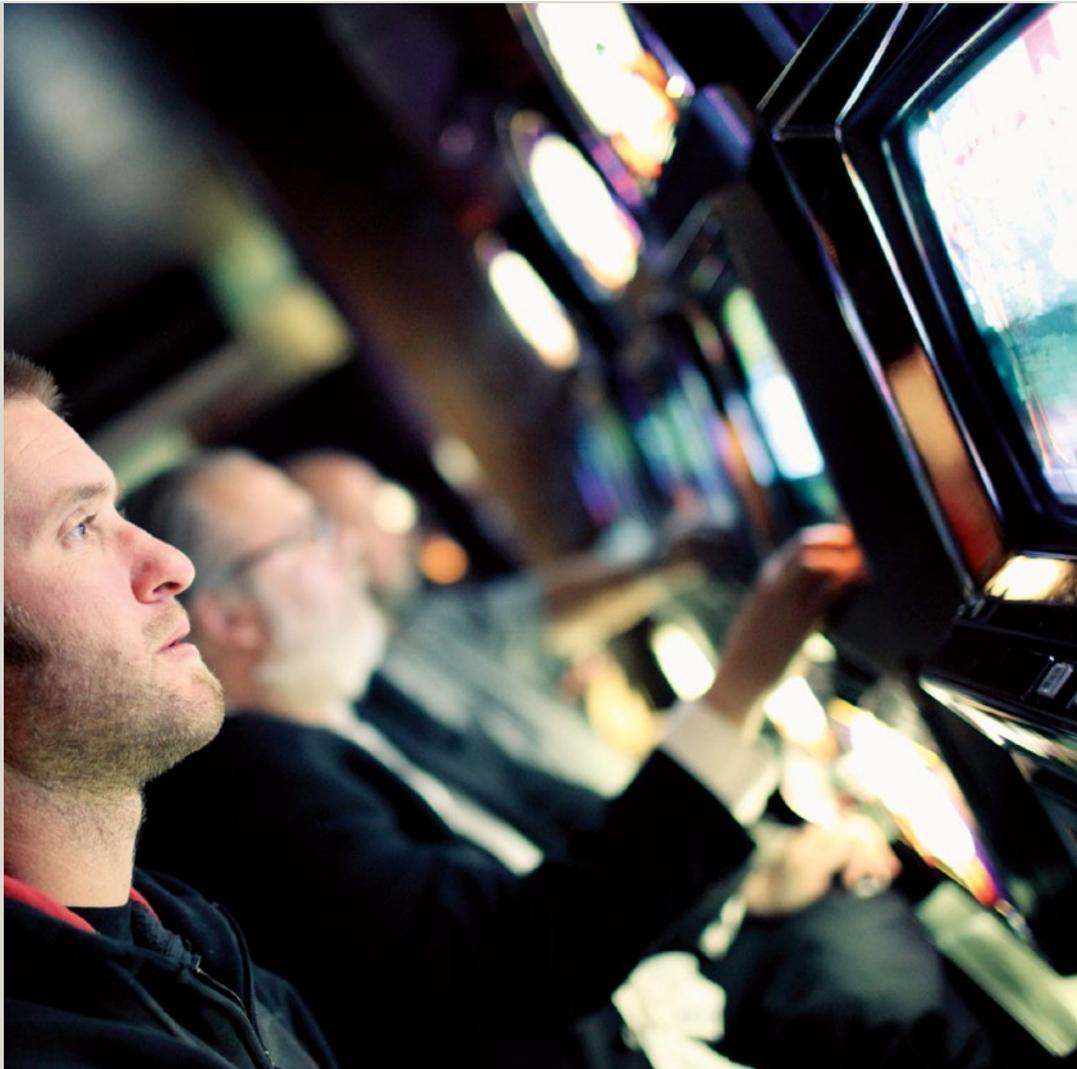
Antwort e ist richtig. Der Verlauf der Symptomatik bei Ganser-Syndrom wird häufig als selbstlimitierend mit einer Spontanremission ohne spezifische Behandlungen angegeben [3]. Dabei findet sich eine Amnesie für den Zeitraum der Störung. Auch ein fluktuierender Verlauf mit erneuten Episoden ist beschrieben worden. Untypisch im vorliegenden Fall erscheint zunächst der chronische Verlauf der Symptomatik, der auch anhand der Vorbefunde deutlich wird. Auch über mehrere Jahre anhaltende, chronische Verläufe wurde jedoch berichtet [4].

Impulskontrollstörungen

Warum Glücksspiel und Stehlen pathologisch werden

Impulskontrollstörungen spiegeln sich in einer heterogenen Gruppe von Störungen wider, bei denen Erkrankte den unwiderstehlichen Drang oder Impuls verspüren, Handlungen auszuführen, die ihnen oder der Allgemeinheit schaden. Es wird kontrovers diskutiert, ob es sich um eine eigenständige Krankheitsgruppe oder um ein unspezifisches Symptom unterschiedlicher psychischer Erkrankungen handelt. Trotz verschiedener Studien zur Ätiopathogenese, klinischem Erscheinungsbild, Verlauf und therapeutischem Ansprechen bleibt bisher eine klare Zuordnung der Störungen der Impulskontrolle offen.

THOMAS BRONISCH



Pathologisches Glücksspiel ist eine Impulskontrollstörung, die in der Normalbevölkerung häufig auftritt.

Das Kapitel F63 in ICD-10 ist überschrieben mit „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“. Es beinhaltet eine Reihe von diagnostischen Kategorien, die auch als „nicht stoffgebundene Abhängigkeiten“ verstanden werden: pathologisches Glücksspiel (F63.0), pathologische Brandstiftung (F63.1), pathologisches Stehlen (Kleptomanie) (F63.2), Trichotillomanie (F63.3). Weiterhin werden neu vorgeschlagene Impulskontrollstörungen, die noch nicht in den internationalen Klassifikationssystem aufgenommen wurden, kurz abgehandelt: „internet usage disorder, compulsive sexual behaviors, compulsive skin picking und shopping [17, 49].

Diagnostische Kriterien

Für die Diagnose abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle gelten folgende Kriterien:

- **Pathologisches Glücksspiel (F63.0):** Es handelt sich um wiederholtes, episodenhaftes Glücksspiel, welches die Lebensführung des Patienten beherrscht mit Verfall sozialer, beruflicher, materieller und familiärer Werte und Verpflichtungen. Die Betroffenen setzen ihren Beruf und ihre Anstellung aufs Spiel, machen hohe Schulden und lügen oder handeln ungesetzlich, um an Geld zu kommen oder die Bezahlung von Schulden zu umgehen. Es wird ein intensiver, kaum kontrollierbarer Spieldrang beschrieben. Daneben steht die gedankliche und bildliche Vorstellung des Spielvorgangs und seiner Begleitumstände im Vordergrund. Die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen.
- **Pathologische Brandstiftung (Pyromanie, F63.1):** Charakteristisch ist die wiederholte Brandstiftung ohne erkennbare Motive wie materieller Gewinn, Rache oder politischer Extremismus. Starkes Interesse an der Beobachtung von Feuer. Die betreffende Person berichtet über Gefühle wachsender Spannung vor der Handlung und starker Erregung sofort nach ihrer Ausführung. Sie interessieren sich auch übermäßig für Löschfahrzeuge und Gegenstände zur Brandbekämpfung sowie für andere mit Feuer in Verbindung stehende Themen und alarmieren die Feuerwehr.
- **Pathologisches Stehlen (Kleptomanie, F63.2):** Die Erkrankten folgen einem wiederholten Impulse, Dinge zu stehlen, die meist nicht zum persönlichen Gebrauch oder zur Bereicherung dienen, begleitet von wachsender innerer Anspannung vor der Handlung und einem Gefühl von Befriedigung während oder nach der Tat. Die Gegenstände werden häufig weggeworfen, weggegeben oder gehortet. Die Person beschreibt gewöhnlich eine steigende Spannung vor der Handlung und ein Gefühl der Befriedigung während und sofort nach der Tat. Zwar versucht sie im Allgemeinen, die Tat zu

verbergen, ohne jedoch alle Möglichkeiten hierzu auszunutzen. Die Betroffenen können Angst, Verzagtheit und Schuldgefühle zwischen den einzelnen Diebstählen (in Geschäften oder anderen Orten) zeigen, aber das verhindert den Rückfall nicht.

- **Trichotillomanie (F63.3):** Kennzeichnend ist ein sichtbarer Haarverlust infolge einer Unfähigkeit, ständigen Impulsen zum Haarausreißen zu widerstehen. Vor dem Haarausreißen besteht meist eine zunehmende Spannung, danach folgt ein Gefühl von Entspannung oder Befriedigung.
- **Andere abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.8).**

Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit – intermittierend explosive Störung

Hierbei treten wiederholte Episoden von aggressivem Verhalten auf, die außerhalb zu psychosozialen Stressoren und/oder Provokationen der betreffenden Person stehen. Diese Ausbrüche können nicht besser eingeordnet werden im Rahmen von anderen psychischen Störungen, komorbiden körperlichen Erkrankungen oder physiologischen Effekten von pharmakologischen Substanzen oder anderen Substanzen mit psychotropen Effekten.

Impulskontrollstörungen optional

Weiter als Impulskontrollstörung stehen derzeit zur Diskussion:

- „**Skin picking**“, **Hautzupfen:** Dranghaftes Aufkratzen der Haut, das kein vorübergehendes Verhalten ist, extensive praktiziert wird und mit ausgeprägtem Missempfinden, Funktionseinbußen oder Verunstaltung assoziiert ist.
- „**Internet usage disorder**“: Dranghaftes Benutzen des Internets auch Internetsucht genannt.
- „**Sexual behaviors**“: Im Sinne von wiederholten dranghaft anmutenden sexuellen Akten und aufdrängenden sexuellen Gedanken, die mit subjektivem Leid und sozialen und berufsmäßigen sowie gerichtlichen und finanziellen Problemen verbunden ist.
- „**Compulsive buying**“: Dranghaftes Einkaufen, das als unwiderstehlich drängend und/oder sinnlos erlebt wird und mit häufigen Episoden von Einkäufen begleitet wird, die nicht gebraucht werden und/oder mehr kosten als die betreffende Person es sich leisten kann [6].

Klassifizierung

Diese Gruppe von psychiatrischen Störungen wurde erstmals in DSM-III (APA 1980) zusammengestellt und in dieser Form von ICD-10 (WHO 1991) übernommen. DSM-III bis DSM-IV schließen allerdings noch eine fünfte Diagnosekategorie ein, die

„intermittierende explosive Störung“, die in ICD-10 unter der „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus“ zu finden ist. Epidemiologische [13] und klinische [14] Daten aus dem nordamerikanischen Raum weisen auf die Eigenständigkeit der Diagnosekategorie „intermittierende explosive Störung“ hin. Gemeinsames Charakteristikum all dieser Störungen ist die Unfähigkeit des Patienten, gewisse Impulse und Triebe unterdrücken zu können, die für den Betroffenen oder andere Personen schädlich sind. In den meisten Fällen erlebt die Person eine ansteigende Spannung vor der Impulshandlung mit Lust, Vergnügen und Entspannung während und nach dem Akt.

Historische Begriffe

Obwohl schon Jean Etienne Esquirol 1838 von den „monomanies instinctives“ sprach und darunter Verhaltensweisen verstand, die durch unwiderstehlichen Drang und ohne offensichtliches Motiv charakterisiert sind, blieben diese Störungen als eigenständige Gruppe umstritten. Kraepelin beschreibt in der fünften Auflage seines Lehrbuches der Psychiatrie (1896, [36]) den Begriff des impulsiven Irreseins als Sammelbegriff für Krankheitszustände, bei denen die Betroffenen einem unbezähmbaren Impuls folgen, der bei Ausführung Befriedigung und Erleichterung verspricht. Zur weiteren historischen Entwicklung des Begriffes der Impulskontrollstörung siehe Hertz und Saß [26].

Alternative Zuordnungen

Gegner dieser Gruppierung ordnen die Impulskontrollstörungen bei den Zwangsstörungen[29, 55], bei den Suchterkrankungen wie etwa pathologisches Spielen im Sinne einer nicht stoffgebundenen Sucht [7, 61] oder bei den affektiven Störungen im Sinne einer Störung des affektiven Spektrums [40] ein. Insbesondere wird die enge Beziehung zu Persönlichkeitsstörungen generell und der Borderline-Persönlichkeitsstörung speziell gesehen [25, 54]. Schließlich muss auch noch an eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung gedacht werden.

Komorbidität

In einer Reihe von allerdings weitgehend unkontrollierten und unsystematischen Studien wurde die Komorbidität von Impulskontrollstörungen erfasst. Hierbei findet sich eine Komorbidität mit affektiven Störungen, Angststörungen, Alkoholmissbrauch

und -abhängigkeit, Essstörungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen und Persönlichkeitsstörungen [33, 47].

Epidemiologie

Zur Epidemiologie der Impulskontrollstörungen finden sich nur wenige epidemiologische Studien aus dem nordamerikanischen Raum (**Tabelle 1**). Alle Störungen werden mit Ausnahme von pathologischem Spielen als selten auftretend beschrieben. Die Geschlechterrelation bei den einzelnen Impulskontrollstörungen ist unterschiedlich: Bei dem pathologischen Spielen und Pyromanie dominiert das männliche Geschlecht [2, 33, 57], bei Kleptomanie und Trichotillomanie das weibliche Geschlecht [43, 12].

Ätiopathogenese

Pathogenetische Modelle

Wie das Wort Impulskontrollstörungen schon ausdrückt, wird als zentraler pathogenetischer Mechanismus eine Störung der Impulskontrolle postuliert.

Mangel an Impulskontrolle wird als Persönlichkeitsdimension [18,15] oder als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung gesehen [16]. Siever und Davis [53] betrachten in ihrem psychobiologischen Modell der Persönlichkeitsstörungen Impulsivität, Aggressivität und affektive Instabilität nicht getrennt, sondern setzen sie mit bestimmten Transmitterfehlfunktionen, vor allem dem serotonergen System, in Beziehung [6].

Gray und Gray et al. [23, 24] unterscheiden schließlich zwei biologisch begründete Verhaltenssysteme,

- das **Behavioral-inhibition-System**, welches Verhalten hemmt und Reflexionen in Situationen von drohendem Versagen und Bestrafung ermöglicht, und
- das **Behavioral-activation-System**, welches Verhalten bei Belohnungsreizen oder drohender Bestrafung fördert.

Heutzutage wird ein enger Zusammenhang mit dem Belohnungssystem und damit auch mit den Suchterkrankungen gesehen. Hierbei findet auch das unter dopaminergem Therapie bei Parkinsonsyndromen auftretende „dopamine dysregulation syndrome“ zunehmend Beachtung. Parkinsonpatienten unter dopaminergem Therapie entwickeln ein süchtiges Muster der Einnahme von steigenden Dosen dopaminergem Substanzen. Damit sind stereotype Gedanken und Verhaltensweisen wie

Tabelle 1

Charakteristika von Störungen der Impulskontrolle nach ICD-10

Störung	Prävalenzrate	Häufigkeit (Männer/Frauen)	Krankheitsbeginn	Verlauf
Kleptomanie [40, 41]	Selten?	Männer > Frauen	Kindheit oder Adoleszenz	Episodisch oder chronisch
Pathologisches Spielen [33]	0,6%	Männer > Frauen	Frühes Erwachsenenalter	Episodisch oder chronisch, anfallsweise
Pyromanie [57]	Selten?	Männer > Frauen	Kindheit oder Adoleszenz	Episodisch oder chronisch
Trichotillomanie [12]	Selten?	Frauen > Männer	Kindheit oder Adoleszenz	Episodisch oder chronisch
Intermittierend explosives Verhalten [34])	3,9%	Männer > Frauen	Kindheit oder Adoleszenz	Episodisch oder chronisch

sinnlosem Sortieren und Sammeln von Gegenständen („punding“) sowie Impulskontrollstörungen wie pathologischem Spielen, Hypersexualität, dranghaftes Einkaufen und Essen assoziiert [45].

Die experimentell nachweisbare Bereitschaft zu heftigen und rasch wechselnden affektiven Reaktionen auf emotionale Stimuli und die mit ihr assoziierten kurzweiligen Stimmungsauslenkungen in negative und positive Extremverfassungen entsprechen den generellen Definitionen von Impulsivität als schnelles und heftiges Reagieren auf Reize [25]. Auf der anderen Seite steht der Mangel an Fähigkeit zur Impulskontrolle, die als Ergebnis biografischer Erfahrungen und lerngeschichtlicher Entwicklungen aufzufassen ist [25].

Von psychodynamischer Seite wurden Impulskontrollstörungen als Antworten auf unbewusste Schuld, Triebe oder Wünsche zurückgeführt [32] oder als Ausdruck einer schweren narzisstischen Problematik [35] gesehen.

Biopsychosoziale Faktoren

Familienstudien

Bei Kleptomanie [41], pathologischem Spielen [37, 48, 51, 59] und Pyromanie [38] finden sich gehäuft affektive Störungen und Substanzabhängigkeiten in den Ursprungsfamilien. Relativ hohe Raten von Angststörungen (Panikstörung und Agoraphobie) und Zwangsstörungen wurden in Familien von Patienten mit Kleptomanie [41] und Trichotillomanie [12] gefunden. Außerdem wurden in Familien von Patienten mit pathologischem Spielen, Kleptomanie und Trichotillomanie gehäuft verschiedene Formen von Impulskontrollstörungen festgestellt [21, 41, 48, 56].

Biologische Variablen

Genetische Veränderungen im serotoninergen System (5-HT_{2A}-Rezeptor-Polymorphismus) scheinen bei verminderter Impulskontrolle eine Rolle zu spielen [3]. Bei pathologischem Spielen wurden Polymorphismen im Bereich des dopaminergen, serotoninergen und noradrenergen Systems gefunden. Generell scheint genetische Variabilität im Dopaminsystem die physiologische Antwort auf Gewinne und Verluste zu modulieren [39]. Die Interpretation dieser Befunde ist allerdings wegen fehlender Kontrollen im Sinne von Patienten mit pathologischem Spielen ohne psychiatrische Komorbidität erschwert [20]. Dopamin ist im Rahmen von Suchtentwicklung wie der Entwicklung von Impulsivität von zentraler Bedeutung. Polymorphismen des Dopaminrezeptors D4 (DRD4) scheinen die Entwicklung von pathologischem Spielen zu fördern [9]. Pathologisches Spielen und problematisches Spielen sind assoziiert mit einer Verminderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (health-related quality of life). Diese Assoziation wird teilweise durch genetische und familiäre Umgebungsfaktoren und durch gleichzeitig bestehende lebenslange Suchterkrankungen erklärt [52].

Reuter et al. [50] untersuchten mittels fMRT (funktionelle Magnetresonanztomografie) pathologische Spieler und Kontrollen im Rahmen eines neuropsychologischen Spielparadigmas. Sie fanden eine Reduktion der ventralen striatalen und ventromedialen Aktivierung des präfrontalen Kortex, wobei der

Tabelle 2

EBM: Psychotherapie und Pharmakotherapie von Impulskontrollstörungen*

Nur eine sehr geringe Anzahl von kontrollierten Therapiestudien (Psychotherapie mit Warteliste oder alternativen Therapien, Placebo-kontrollierte oder Vergleichsstudien mit alternativen Substanzen sowie kombinierten Psychotherapie-Pharmakotherapiestudien) sind bei den verschiedenen Impulskontrollstörungen zu finden. Ein Cochrane Review existiert für Therapien bei pathologischem Spielen.

F63.0 – Pathologisches Glücksspiel

- Kognitive Verhaltenstherapie: (KVT): EBM Ia
- Serotonin Reuptake Inhibitoren (SRI): EBM Ib: inkonsistente Ergebnisse
- Opiatrezeptor Antagonisten: EBM Ib
- Mood-Stabilizer: EBM IIb

F63.1 – Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)

- Psychotherapie: EBM IV: Einzelfallberichte
- Opiatrezeptor Antagonist: Naltrexone: EBM IV

F63.2 – Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)

- Psychotherapie: EBM IV: Einzelfallberichte
- Opiatrezeptor Antagonist Naltrexone: Einzelfallbericht

F63.3 – Trichotillomanie

- Habit-Reversal Therapie (Kognitive Verhaltenstherapie, KVT): EBM Ib
- Habit-Reversal Therapie (Kognitive Verhaltenstherapie, KVT) versus Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren(SSRI)/Clomipramin: EBM II: Vorteil für Habit-Reversal Therapie
- Clomipramin: EBM IIa
- Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren(SSRI): EBM IIa: Kein Unterschied zu Kontrollbedingungen

F63.8 – Intermittierend explosible Störung

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): EBM Ib
- Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren(SSRI): EBM Ib
- Mood Stabilizer: EBM II

* Evidenzkriterien der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Studien (Bronisch 2010)

Die nach den der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Leitlinien verwendeten Evidenzkriterien lauten wie folgt:

- Ia: Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (Randomised Controlled Trials (RCT))
- Ib: Mindestens ein RCT oder Metaanalyse von weniger als drei RCT
- IIa: Mindestens ein kontrollierte nicht randomisierte Studie mit methodisch hochwertigem Design
- IIb: Mindestens eine quasi-experimentelle Studie mit methodisch hochwertigem Design
- III: Mindestens eine nicht experimentelle deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fallserien)
- IV Berichte/Empfehlungen von Expertenkomitees, klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Schweregrad des pathologischen Spielens mit einer verminderten Aktivierung der erwähnten Gehirnareale korrelierte. Die Befunde weisen auf eine verminderte Sensitivität des Belohnungssystems hin. In einer PET-(Positronen-Emissionstomografie-) Studie wurden pathologische Spieler, die keine medikamentöse Therapie erhielten, in einer computersimulierten Blackjack-Aufgabe hinsichtlich verschiedener Gehirnregionen untersucht. Hierbei zeigte sich eine erhöhte limbische und sensorische Aktivierung mit erhöhter emotionaler Valenz und vermehrtem Risikoverhalten [30].

Eine weitere Gruppe von Studien befasste sich mit impulsiver Aggressivität und verschiedenen biologischen Parametern wie 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIAA), 3-Methoxy-4-Hydroxyphenylglycol (MHPG) und Norepinephrin. Die Konzentrationen von 5-HIAA in Serum und Liquor waren bei den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, antisozialer Persönlichkeitsstörung, Patienten mit „violent suicide attempts“ und Patienten mit Pyromanie beziehungsweise pathologischem Spielen konstant erniedrigt [27]. Virkunen et al. [57, 58] sowie Roy et al. [51] beschrieben niedrigere Konzentrationen von 5-HIAA und MHPG im Liquor von impulsiven Verbrechern und Pyromanen gegenüber nicht impulsiven Verbrechern und Normalpersonen. Hingegen zeigten Patienten mit pathologischem Spielen niedrigere Plasma-MHPG-Konzentrationen, mehr MHPG im Liquor und eine größere Produktion von Norepinephrin im Urin als Kontrollpersonen, aber vergleichbare 5-HIAA-Liquorkonzentrationen [20].

Verlauf und Prognose

Für den Verlauf und die Prognose von Impulskontrollstörungen liegen vor allem Daten aus den epidemiologischen Studien vor (siehe Epidemiologie). Bis auf die Trichotillomanie, deren Anfang oft schon im Kindesalter liegt, beginnen die meisten Fälle in der Adoleszenz [56]. Der Verlauf ist chronisch mit Exazerbationen und Remissionen. Über den Verlauf im mittleren und höheren Lebensalter stehen nur spärliche Informationen zur Verfügung. Alle Impulskontrollstörungen weisen einen episodischen oder chronischen Verlauf auf. Der Beginn ist mit Ausnahme von pathologischem Spielen in Kindheit oder Adoleszenz. Pathologisches Spielen kann auch anfallsweise auftreten und hat seinen Beginn im Erwachsenenalter.

Diagnose

Charakteristische Merkmale von Impulskontrollstörungen sind:

- Impulsivität im Verhaltensbereich, entweder mit Fremd- oder mit Selbstgefährdung.
- Meistens schon lang eingeschliffenes Verhalten.
- Oft tritt dieses Verhalten nach Belastungssituationen auf, wie zum Beispiel Trennungen, Ärger im Beruf, Prüfungsversagen.
- Impulsives Verhalten wird nicht selten durch Alkohol ausgelöst.

Besonderes Merkmal dieser Störungen ist das zunehmende Gefühl von Spannung und Erregung vor der Handlung und ein Empfinden von Vergnügen, Befriedigung oder Erleichterung während und nach der Handlung. Die Handlung ist insofern Ich-synton, als sie dem aktuellen, bewussten Wunsch des Be-

troffenen entspricht. Unmittelbar nach der Handlung können eventuell Reue, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle auftreten.

Analyse

Zur Erfassung von impulsivem Verhalten ist vor allem eine genaue Beschreibung der Auslösebedingungen des impulsiven Verhaltens notwendig. Dies betrifft die akuten Auslösebedingungen sowie die genaue Analyse spezifischer persönlicher Probleme einschließlich der sozialen Situation des Betroffenen. Oftmals finden sich bei dieser Patientengruppe konfliktreiche Beziehungen und Lebenskonstellationen, die dem Betroffenen – zunächst – nicht bewusst sind. Weiterhin muss ebenfalls eine genaue Analyse der Kognitionen, Emotionen und des Verhaltens direkt nach der Impulshandlung erfolgen, die vor allem im Rahmen der Verhaltenstherapie genutzt werden kann.

Differenzialdiagnostik

Zu denken ist an endogene und exogene Psychosen, vor allem aber an Intoxikation und Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen. Zunächst muss die Abklärung einer Bewusstseinsstörung (z. B. Dämmerzustand) erfolgen.

Therapie

Krisenintervention

Generell muss der Therapeut oder Arzt bei Störungen der Impulskontrolle im Rahmen seiner Möglichkeiten auf die Verhinderung des impulsiven Verhaltens durch Abbau von Spannung und Erregung sowie auf Ablenkung des Patienten hinwirken [5].

Pathologisches Spielen führt zu Schulden und Verzweiflung. Kleptomanie ist mit Angst vor Strafverfolgung assoziiert. Eine Fremdgefährdung ergibt sich naturgemäß vor allem bei der Pyromanie. Deshalb muss auf Gegenstände zur Vorbereitung einer Brandlegung geachtet werden. In Abhängigkeit von der Schwere der Verhaltensstörung kann sich die Notwendigkeit einer ständigen Überwachung ergeben, das heißt, Aufnahme in eine geschlossene Station, unter Umständen mit Einschaltung der Polizei [5].

Psychotherapie

Im Mittelpunkt der psychotherapeutischen Verfahren steht der Versuch, einerseits mit Hilfe psychodynamischer und lerntheoretisch orientierter Gesprächsführung Hintergründe und Anlässe für das impulsive Verhalten zu explorieren und bewusst zu machen und andererseits das impulsive Verhalten mit Hilfe verhaltenstherapeutischer und kognitiver Techniken unter Kontrolle zu bringen. Für das direkte Angehen des impulsiven Verhaltens hat sich das Aufstellen eines verhaltenstherapeutischen Programms zur Spannungsreduktion, Ablenkung und Aufbau eines Alternativverhaltens bewährt [5].

Pharmakotherapie

Bei Störungen der Impulskontrolle mit oder ohne Aggressivität haben sich Lithium, Carbamazepin, Valproinsäure, atypische Neuroleptika und Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) bewährt. SSRI sollten bei Verträglichkeit möglichst in Höchstdosis über Monate gegeben werden. Allerdings zeigen diese

Substanzen keine Akutwirkung und sind somit nur zur längerfristigen Rezidivprophylaxe geeignet. Insgesamt ist die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung umso größer, je ausgeprägter die Komorbidität mit klinischen Syndromen wie Angst und Depression ist [21].

Evaluation von Psycho- und Pharmakotherapie

Es existieren überhaupt nur wenige kontrollierte Psychotherapiestudien über die Behandlung von Impulskontrollstörungen [49]. Nur ein Cochrane Review für die Therapie von pathologischem Spielverhalten liegt vor [44].

Auch bei den pharmakologischen Studien ist die Ausbeute an kontrollierten Studien gering. Es bestehen nur wenige Therapievergleichsstudien. Effizienz zeigten hier SSRI, Lithium, atypische Neuroleptika, Topiramate, Bupropion, Opioidantagonisten, glutamaterg wirkende Substanzen [8, 11, 22, 31, 46]. Einige kontrollierte Studien mit relativ kleinen Gruppen von Patienten zeigten signifikante Symptomreduktion mittels Serotonin-Reuptake-Inhibitoren [11].

Die EBM-Box zeigt die therapeutische Wirksamkeit von psychotherapeutischen, pharmakologischen, und kombinierten Behandlungen bei den einzelnen Impulskontrollstörungen (**Tabelle 2**).

Fazit

Obwohl Impulskontrollstörungen schon lange in der wissenschaftlichen Literatur zu finden sind [10], bleiben sie eine „mysteriöse Gruppe von Störungen“ [42]. Einige Autoren argumentieren, dass die Betroffenen nicht wirklich unter unkontrollierbaren Impulsen leiden, das heißt, dass sie durchaus ihr impulsives Verhalten kontrollieren können. Andere Autoren wiederum betrachten mangelnde Impulskontrolle als ein unspezifisches Symptom einer Reihe von ganz unterschiedlichen psychischen Erkrankungen, wie Suchterkrankungen, depressive Erkrankungen, organische Psychosyndrome oder Persönlichkeitsstörungen. Eine Gruppe von Autoren ordnet die Impulskontrollstörungen unter dem obsessive-compulsive spectrum disorders ein [55]. Zentral für das Verständnis der obsessive-compulsive spectrum disorders ist auf der einen Seite der Begriff „impulsivity“ (Impulsivität), die Unfähigkeit Impulse zu unterdrücken motiviert durch Belohnung und assoziiert mit hohem „sensation seeking“ und reduzierter „reward dependence“. Auf der anderen Seite ist der Begriff „compulsivity“ (Zwanghaftigkeit), der Unfähigkeit repetitive Verhaltensweisen zu unterdrücken, die ihrerseits aversive emotionale Zustände, vornehmlich Angst, unterdrücken. Zwanghafte Verhaltensweisen sind dann mit hoher „harm avoidance“, hoher Aversion gegenüber Risikoverhalten und niedrigem „sensation seeking“ assoziiert [29]. Schließlich bestehen in der Pathogenese große Übereinstimmungen zwischen Substanzgebundenen Abhängigkeiten und pathologischem Spielen [4].

Schließlich wird auch die Heterogenität der unter der Gruppe von Impulskontrollstörungen aufgelisteten Störungen hervorgehoben: Was hat pathologisches Spielen mit Trichotillomanie zu tun? Was hat pathologisches Spielen mit Kleptomanie gemeinsam? Pathologisches Spielen kann eher dem Bereich der nicht stoffgebundenen Süchte zugeordnet werden, Trichotillomanie mit Beginn im Kindesalter am ehesten dem Spektrum der Zwangsstörungen. Die intermittierend explosive Störung scheint eher dem Bereich der affek-

tiven und Persönlichkeitsstörungen anzugehören. Auch die neu vorgeschlagenen Impulskontrollstörungen, die noch nicht in den internationalen Klassifikationssystem aufgenommen wurden, wie „internet usage disorder“, „compulsive sexual behaviors“ und „compulsive shopping“ (Bereich der nicht stoffgebundenen Süchte), „skin picking“ (Bereich der Zwangsstörungen) zeichnen sich durch große Heterogenität aus [6].

Ein weiteres Problem ist die im Augenblick noch nicht geklärte Beziehung zwischen Impulsivität und Aggressivität [28]. Interessanterweise hat sich die klinische Psychiatrie bei der Erforschung von pathologischen Affekten zwar mit Depression und Manie, neuerdings auch mit Angst, aber noch kaum mit Aggressivität beschäftigt. Impulsivität und Aggressivität, zusammen mit suizidalem und selbstschädigendem Verhalten, spielen bei der Borderline- und antisozialen Persönlichkeitsstörung eine bedeutsame Rolle. Hinzu kommt bei diesen Persönlichkeitsstörungen als weiteres Merkmal die affektive Instabilität. Impulsivität, Hetero- und Autoaggressivität sowie affektive Instabilität scheinen dabei am ehesten eine Beziehung zum serotonergen (und adrenergen) System zu haben [53, 25].

Die bis jetzt vorliegenden empirischen Studien zur Ätiopathogenese, zu klinischem Erscheinungsbild, Verlauf, Epidemiologie und therapeutischer Ansprechbarkeit erlauben auf keinen Fall eine schlüssige Zuordnung der Störungen der Impulskontrolle. Die Zusammenstellung dieser verschiedenen klinischen Syndrome beziehungsweise Verhaltensweisen ist somit auch weiterhin als eine Arbeitshypothese für zukünftige Studien zu werten [6]. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Klinikum

Kraepelinstr. 10, 80804 München

E-Mail: bronisch@mpipsykl.mpg.de

Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ und dass keine potenziellen Interessenkonflikte bestehen.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

FIN NT1208Fb

gültig bis 28. August 2012

Teilnehmen und Punkte sammeln, können Sie

- als e.Med-Abonnent an allen Kursen der eAkademie,
- als Abonnent einer Fachzeitschrift an den Kursen der abonnierten Zeitschrift oder
- als Leser dieses Magazins – zeitlich begrenzt – unter Verwendung der FIN.

Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme ist nur online unter www.springermedizin.de/eAkademie möglich.
- Ausführliche Erläuterungen unter www.springermedizin.de/info-eakademie



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit 2 beziehungsweise 3 Punkten zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

Impulskontrollstörungen

Welche der Störungen gehören **nicht** zur Gruppe der Impulskontrollstörungen nach ICD-10?

- Pathologisches Glücksspiel
- Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
- Essstörungen
- Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
- Trichotillomanie

Welche der Impulskontrollstörungen beginnt erst im Erwachsenenalter und nicht schon in Kindheit oder Adoleszenz?

- Kleptomanie
- Pyromanie
- Trichotillomanie
- Intermittierend explosibles Verhalten
- Pathologisches Spielen

Welche Impulskontrollstörungen treten häufig in der Normalbevölkerung auf?

- Pyromanie
- Kleptomanie
- Pathologisches Glücksspiel
- Trichotillomanie
- Intermittierend explosive Störung

Welche weiteren Impulskontrollstörungen stehen **zurzeit nicht** zur Diskussion?

- Skin picking
- Internetsucht
- Zwanghaft anmutende sexuelle Akte und aufdrängende sexuelle Gedanken
- Dranghaftes Einkaufen
- Bulimische Attacken

Welche komorbide Störung findet sich besonders gehäuft bei Impulskontrollstörungen?

- Schizophrene Psychosen
- Manisch-depressive Erkrankungen
- Zwangsstörungen
- Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit
- Cluster-C-Persönlichkeitsstörungen (dependente, ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörungen)

Bei welcher medikamentösen Behandlung kann es zur Ausbildung von Impulskontrollstörungen kommen?

- Dopaminerge Therapie bei Parkinsonsyndrom
- Therapie mit serotonergen Substanzen bei manisch-depressiven Erkrankungen
- Neuroleptische Therapie bei schizophrenen Psychosen

- Therapie mit noradrenergen Substanzen bei antriebsgehemmten Depressionen
- Therapie mit MAO-Hemmern bei therapieresistenten Depressionen

Welche pharmakologischen Substanzen sind bei der Therapie der Aggressivität im Rahmen von Impulskontrollstörungen **nicht** wirksam?

- Lithium
- Noradrenerge Antidepressiva
- Valproinsäure
- Atypische Neuroleptika
- SSRI

Bei welcher Impulskontrollstörung können Opiatrezeptorantagonisten angewandt werden?

- Pathologisches Glücksspiel
- Internetsucht
- Intermittierend explosive Störung
- Trichotillomanie
- Skin picking

Bei welcher Impulskontrollstörung liegen im Rahmen von Cochrane Reviews Ergebnisse zur Psychotherapie vor?

- Pyromanie
- Kleptomanie
- Trichotillomanie
- Pathologisches Glücksspiel
- Intermittierend explosible Störung

Welche Form der Psychotherapie zeigt bei fast allen Impulskontrollstörungen die besten Resultate?

- Psychoanalyse
- Expositionstraining
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Systematische Desensibilisierung
- Kognitive Verhaltenstherapie



Top bewertet in der e.Akademie



Psychiatrie

- ▶ **Dyssomnien: Sind Schlafstörungen Auslöser oder Folge von Depressionen?**
aus: NEUROTRANSMITTER 5/2012
von: Thomas Pollmächer, Andreas Schuld, Christoph Lauer
Zertifiziert bis: 11.5.2013
Medien Format: e.CME, e.Tutorial
- ▶ **Therapieresistenz – Was tun, wenn die antidepressive Behandlung versagt?**
aus: NEUROTRANSMITTER 3/2012
von: Max Schmauss
Zertifiziert bis: 9.3.2013
Medien Format: e.CME, e.Tutorial
- ▶ **ADHS im Erwachsenenalter**
aus: NEUROTRANSMITTER 1/2012
von: Johanna Krause, Klaus-Henning Krause
Zertifiziert bis: 10.11.2012
Medien Format: e.CME

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in die Suche auf www.springermedizin.de/eAkademie eingeben.

Teilnahmemöglichkeit:
Exklusiv im e.Med-Paket

Mit e.Med können Sie diese und alle übrigen Fortbildungskurse der e.Akademie von Springer Medizin nutzen.

In der e.Akademie werden neben dem Medienformat e.CME (Beitrags-PDF plus CME-Fragebogen) zahlreiche Kurse auch als e.Tutorial angeboten. Dieses Medienformat ist speziell für die Online-Fortbildung konzipiert und didaktisch optimiert. e.Tutorials stehen ausschließlich im e.Med-Paket zur Verfügung.

Weitere Informationen zum e.Med-Paket und Gratis-Testangebot unter www.springermedizin.de/eMed



LITERATUR

1. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental diseases, 3rd edn (DSM-III). APA, Washington/DC
2. Bandolfi G, Ladouceur R (2001) Pathological gambling: an increasing public health problem. *Acta Psychiatr Scand* 104: 241–242
3. Bjork JM, Moeller FG, Dougherty DM et al. (2002) Serotonin 2a receptor T102C polymorphism and impaired impulse control. *Am J Med Genet* 8: 336–339
4. Bowden-Jones H, Clark L (2011) Pathological gambling: a neurobiological and clinical update. *British J Psychiatry* 199: 87–89
5. Bronisch T (2007): Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In: Akute psychische Erkrankungen-Management und Therapie (Hewer W, Rössler W, Hrsg.). München: Urban & Fischer, 393-406
6. Bronisch T (2010) Kap.65: Impulskontrollstörungen. In: Lehrbuch Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Berlin: Springer. 4. neu bearbeitete Auflage, 981-988
7. Blaszczynski A, McConaghy N, Frankova A (1991) Control versus abstinence in the treatment of pathological gambling: a two to nine year follow-up. *Br J Addiction* 86: 299–306
8. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, Pittenger C, Leckman SF, Coric V (2007) Systematic review: pharmacological and behavioural treatment of trichotillomania. *Biol Psychiatry* 62: 839-846
9. Brewer JA, Potenza MN (2008) The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology* 75: 63-75
10. Burt VK (1994) Impulse control disorders not elsewhere classified. In: Kaplan HI, Sadock BJ (eds) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams & Wilkins, Baltimore, pp 1409–1418
11. Chamberlain SR, Odlaug BL, Boulogouris V, Fineberg NA, Grant JE (2009) Trichotillomania: neurobiology and treatment. *Neuroscience and Behavioural Reviews* 33: 831-842
12. Christenson GA, Crow SJ (1996) Recharacterisation and treatment of trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 57 (Suppl 8): 42–49
13. Coccaro EF, Schmidt CA, Samuels JF, Nestadt GG (2004) Lifetime and 1-month prevalence rates of intermittent explosive disorder in a community sample. *J Clin Psychiatry* 65: 820–824
14. Coccaro EF, Posternat MA, Zimmerman M (2005) Prevalence and features of intermittent explosive disorder in a clinical setting. *J Clin Psychiatry* 66: 1221–1227
15. Costa PT, McCrae RR (1990) The five factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Pers Disord* 4: 362–371
16. Costa PT, McCrae RR (1992) Personality disorders and the five factor model. *J Pers Disord* 6: 343–359
17. Dell'Osso B, Altamura AC, Allen A, Maraziti D, Hollander E (2006) Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders. A critical review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256: 464-475
18. Eysenck SBG, Eysenck HJ (1977) The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol* 2: 46–55
19. Esquirol JED (1968) Von den Geisteskrankheiten. Huber, Bern Stuttgart (Übersetzung von: Des maladies mentales, Paris 1838, herausgegeben und eingeleitet von EH Ackerknecht)
20. Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, Van den Brink W (2004) Pathological gambling: a comprehensive review of biobehavioral findings. *Neurosci Biobehav Rev* 28: 123–141
21. Grant JE, Potenza MN (2004) Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry* 16: 27–34
22. Grant JE, Kim SW, Odlaug BL (2009) A double-blind, placebo-controlled study of the opiate antagonist, Naltrexone, in the treatment of kleptomania. *Biol Psychiatry* 65: 600-606
23. Gray JA (1975) Elements of a two-process theory of learning. Academic Press, New York London
24. Gray JA, Owen S, Davis N, Tsaltas E (1983) Psychological and physiological relations between anxiety and impulsivity. In: Zuckerman M (ed) *The biological basis of sensation seeking, impulsivity and anxiety*. Erlbaum, Hillsdale/NJ, pp 181–227
25. Herpertz S (2001) Impulsivität und Persönlichkeit. Zum Problem der Impulskontrollstörungen. Kohlhammer, Stuttgart
26. Herpertz S, Saß H (1997) Impulsivität und Impulskontrolle. *Nervenarzt* 68: 171–183
27. Herpertz S, Habermeyer V, Bronisch T (2010) Kap. 66: Persönlichkeitsstörungen. In: Lehrbuch Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P. Berlin: Springer. 4. neu bearbeitete Auflage, 989-1059
28. Hollander E, Stein D (eds) (1995) Impulsivity and aggression. John Wiley & Sons, Chichester
29. Hollander E, Wong CM (1995) Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry* 56 (Suppl 4): 3–6
30. Hollander E, Pallanti S, Baldini Rossi N et al. (2005) Imaging monetary reward in pathological gamblers. *World J Biological Psychiatry* 6: 113–120
31. Iancu I, Lowengrub K, Dembinsky Y, Kotler M, Dannon PN (2008) *CNS Drugs* 22: 123-138
32. Kernberg OF (1984) Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. Yale University Press, New Haven London
33. Kessler RC, Hwang I, LaBrie, Pethukova M, Sampson NA, Winters KC, Shaffer HJ (2008) DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 38: 1351-1360
34. Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E (2009) The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63: 669-678
35. Kohut H (1971) The analysis of the self. International Universities Press, New York
36. Kraepelin E (1896) *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 5. Aufl. Barth, Leipzig
37. Linden RD, Pope HG, Jonas JM (1986) Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 47: 201–203
38. Linnoila M, de Jong J, Virkkunen M (1989) Family history of alcoholism in violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 46: 613–616
39. Marco-Pallarés J, Cucurell D, Cunillera T, Krämer UM, Càmarà E, Wido N, Bauer P, Schüle R, Schöls LÖ, Münte TF, Rodrigues-Fornells A (2009) Genetic variability in the dopamine system (Dopamine Receptor D4, Catechol-O-Methyltransferase) modulates neurophysiological responses to gains and losses. *Biol Psychiatry* 66: 154-161
40. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE (1991 a) Kleptomania: clinical characteristics and associated psychopathology. *Psychol Med* 21: 93–108
41. McElroy SL, Pope HG, Hudson JI et al. (1991 b) Kleptomania: a report of 20 cases. *Am J Psychiatry* 148: 652–657
42. McElroy SL, Hudson JI, HG Pope et al. (1992) The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 149: 318–327
43. McElroy SL, Keck KA, Philips KA (1995) Cleptomania, compulsive buying and binge eating disorder. *J Clin Psychiatry* 56 (Suppl 4): 14–27
44. Oakley-Browne MA, Adams P, Moberley PM (2002) Interventions for pathological gambling. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford Update Software
45. O'Sullivan SS, Evans AH, Lees AJ (2009) Dopamine dysregulation syndrome. An overview of its epidemiology, mechanisms and management. *CNS Drugs* 23: 157-170
46. Pallesen S, Molde H, Arnestad HM, Laberg JC, Skutle A, Iversen E, Støyløen IJ, Kvale G, Holsten F (2007) Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling. A review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacology* 27: 357-364
47. Petry BF, Stinson NM, Grant FS (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 66: 564–574
48. Ramirez LF, McCormick RA, Russo AM, Taber JI (1983) Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav* 8: 425–428
49. Ravindran AV, da Silva TL, Ravindran LN, Richter MA, Rector NA (2009) Obsessive-compulsive spectrum disorders: a review of the evidence based treatments. *Can J Psychiatry* 54: 331-343
50. Reuter J, Raedler T, Rose M et al. (2005) Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience* 8: 147–148
51. Roy A, Adinoff B, Roehrich L et al. (1988) Pathological gambling: a psychobiological study. *Arch Gen Psychiatry* 45: 369–373.
52. Scherrer JF, Xian H, Shah KR, Volberg R, Slutske W, Eisen SA (2005) Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry* 62: 677-683
53. Siever LJ, Davis KL (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 148: 1647-1658
54. Siever LJ (2008) Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 165: 429-442
55. Stein DJ, Lochner C (2006) Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin North Am* 29: 343-351
56. Swedo SE, Rapoport JL (1991) Annotation: trichotillomania. *J Child Psychol Psychiatry* 32: 401–409

57. Virkunen M, deJong J, Bartko J, Linnoila M (1989) Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 46: 604–606
58. Virkunen M, Rawlings R, Tokola R et al. (1994) CSF biochemistries, glucose metabolism, and diurnal activity rhythms in alcoholic, violent offenders, fire setters, and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 51: 20–33
59. Winokur G, Clayton PJ, Reich T (1969) *Manic depressive illness*. Mosby, St Louis
60. World Health Organisation (1991) *International Classification of Diseases, section 5, 10th revision*. WHO, Geneva
61. Wray I, Dickerson MG (1981) Cessation of high frequency gambling and »withdrawal symptoms«. *Br J Addiction* 76: 401–405

Galenus-von-Pergamon-Preis 2012

Kandidaten im Kurzporträt

14 Kandidaten bewerben sich um den Galenus-von-Pergamon-Preis 2012. Die beiden Bewerber aus dem Bereich Neurologie/Psychiatrie stellen wir Ihnen nochmals kurz vor.

Endocannabinoidsystem-Modulator mindert MS-induzierte Spastiken

Mehr als 60% der MS-Patienten haben spastische Muskelprobleme, die mit Schmerzen, Schlafstörungen und verminderter Mobilität einhergehen. Die bisher zur Verfügung stehenden Medikamente lindern diese Symptome oft nur unzureichend.

Seit Juni 2011 steht mit dem Endocannabinoidsystem-Modulator Sativex® ein neues Medikament für Patienten bei mittelschwerer bis schwerer MS-bedingter Spastik zur Verfügung – als Add-on-Therapie für jene Patienten, die nicht angemessen auf andere antispastische Arzneimittel angesprochen haben und die in einem initialen Therapieversuch erhebliche Besserungen der Symptome aufweisen. Das Spray zur Anwendung in der Mundhöhle enthält ein Dickextrakt aus Cannabis sativa mit Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD).

In mehreren kontrollierten klinischen Studien war unter der Therapie mit dem THC/CBD-Spray eine signifikante Reduktion der Schwere spastischer Symptome von MS-Patienten gezeigt worden. In einer Zulassungsstudie waren zunächst potenzielle Responder und Non-Responder identifiziert und voneinander getrennt worden. Die initial 572 Teilnehmer wussten in den ersten vier Wochen (Phase A) nicht, ob sie THC/CBD oder Placebo bekamen, obwohl alle den Pflanzenextrakt erhalten hatten. Insgesamt 271 Patienten reagierten mit einer mindestens 20%igen – und damit klinisch relevanten – Reduktion der Spastiksymptome. Sie erhielten in den folgenden zwölf Wochen (Phase B) randomisiert und doppelblind Placebo oder THC/CBD zusätzlich zur bestehenden antispastischen Medikation.

In Phase A besserte sich die Symptomatik auf der zehnstufigen NRS im Schnitt von 6,9 auf 3,9 Punkte. Bei den Respondern, die in der Phase B dem Verumarm zugeteilt worden waren, konnte dieses Ergebnis noch einmal leicht verbessert werden. Jene Responder, die Placebo erhielten, verschlechterten sich in Phase B wieder um einen Punkt, der Unterschied war signifikant.

Unter THC/CBD sprachen 74% mit einer mindestens 30%igen Symptombesserung an (Placebo: 51%). Zu einer mindestens 50%igen Besserung kam es bei knapp 50% unter Verum und bei circa 33% unter Placebo. Die THC/CBD-Therapie erwies sich als gut verträglich. Mit psychoaktiven Wirkungen von THC muss auch unter Langzeitbehandlung kaum gerechnet werden – dem wirkt CBD entgegen. **ner**

Sativex® (Almirall Hermal) ist einer von 14 Kandidaten des Galenus-von-Pergamon-Preises 2012.

Orale Therapie kann Schubrate bei MS deutlich verringern

Seit der Einführung von Fingolimod (Gilenya®) im März 2011 steht erstmals ein orales MS-Medikament zur Verfügung. Zugelassen ist es für nicht vorbehandelte Patienten mit rasch fortschreitender, schwerer schubförmiger MS. Indiziert ist es zudem zur Eskalationstherapie bei Patienten, die trotz Behandlung mit einem Beta-Interferon eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen.

Als erster Vertreter der Substanzklasse der Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor-Modulatoren hält Fingolimod Lymphozyten in den Lymphknoten zurück und reduziert so die Zahl autoaggressiver Immunzellen im Blut. In der zwölfmonatigen doppelblinden TRANSFORMS-Studie erhielten Patienten mit schubförmiger MS entweder einmal täglich Fingolimod (0,5 mg oder 1,25 mg) oral oder einmal wöchentlich 30 µg Interferon beta-1a i.m. Dabei war die 0,5-mg-Dosis vergleichbar

wirksam wie die höhere Dosis, sodass die Zulassung für die 0,5-mg-Formulierung beantragt und erteilt wurde.

In der Interferon-Gruppe kam es im Mittel zu 0,33 Schüben pro Jahr, in der Fingolimod-Gruppe (0,5 mg) zu 0,16 Schüben (Reduktion der Schubrate um 52%).

Die Gesamtrate unerwünschter Wirkungen unter Fingolimod war vergleichbar wie jene unter Interferon beta-1a i.m. Unter Fingolimod können Influenza- und Herpesvirusinfektionen, Husten, Diarrhöen sowie vorübergehende Bradykardien auftreten. Daten der FIRST-Studie ergaben eine insgesamt niedrige Inzidenz signifikanter Bradykardien (< 45 Schläge/Minute) bei 1,3%. 1,4% der Patienten entwickelten nach Einnahme der ersten Dosis einen AV-Block zweiten Grades Typ Mobitz I und 0,5% einen AV-Block Typ Mobitz II.

In der FREEDOMS-Studie traten unter Fingolimod im Vergleich zu Placebo innerhalb von 24 Monaten 54% weniger Schübe auf. Besonders wirksam war Fingolimod bei Patienten, die trotz Vortherapie mit Interferon beta-1a i.m. eine hohe Krankheitsaktivität aufwiesen, sowie bei nicht vorbehandelten Patienten mit schwerem Verlauf: Hier konnte im Vergleich zu Placebo eine Reduktion der Schubrate um etwa 70% erzielt werden. Bei den Patienten der Placebogruppe, die in der Extensionsphase auf Verum umgestellt worden waren, sank die Schubrate um 55%. 60% der von Beginn an mit Fingolimod behandelten Patienten blieben bis zu vier Jahre lang schubfrei. Daten von 122 Patienten bestätigen die anhaltende Wirksamkeit über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren. **ner**

Gilenya® (Novartis) ist einer von 14 Kandidaten des Galenus-von-Pergamon-Preises 2012.

Vitamin-B₁₂-Mangel: Orale Substitution unterstützt kognitive Leistungsfähigkeit

↳ Hinter neurologischen Symptomen wie kognitiven Einbußen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, depressiven Verstimmungen oder Schwindel kann ein Vitamin-B₁₂-Mangel stecken. Diese Störungen lassen sich durch die orale Substitution von Vitamin B₁₂ oftmals gut behandeln.

Fast ein Drittel der Älteren betroffen

Bis zu 30 % der Personen über 65 Jahren sind von einem Vitamin-B₁₂-Mangel betroffen [1]. Der Nährstoffmangel ist ein bedeutender Risikofaktor für neurodegenerative Erkrankungen, erläuterte Professor Karlheinz Reiners von der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg. Der klinischen Bedeutung des Vitamin-B₁₂- Mangels in der täglichen Praxis stehe leider ein mangelhaftes Wissen über Diagnostik und Therapiemöglichkeiten gegenüber und selbst schwerwiegende Manifestationen wie die hyperchrome megalozytäre Anämie und die Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks werden nur selten rechtzeitig diagnostiziert und therapiert, so der Neurologe.

Bei neurologisch-psychiatrischen Störungen wie Ataxie, distal betonten Gefühlsstörungen wie Manschettengefühl in den Unterschenkeln, Burning-Feet-Syndrom, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen oder Depressionen und Halluzinationen sollte auch an einen Vitamin-B₁₂-Mangel gedacht werden, so Reiners (**Tabelle 1**).

Wie Professor Joachim Schmidt, Fachmann für angewandte Pharmakologie und vergleichende klinische Pharmakotherapie aus Dresden berichtete, kann die orale Applikation von Vitamin B₁₂ (Cyanocobalamin, enthalten in B₁₂ „Ankermann“, 1.000 µg pro Tablette) das Defizit ebenso gut auffüllen wie eine parenterale Verabreichung. In randomisierten kontrollierten Studien wirkte oral gegebenes Cyanocobalamin in Dosierungen von 1.000–2.000 µg bei der Behandlung von Vitamin-B₁₂-Mangel-induzierten hämatologischen und neurologischen Störungen ebenso effektiv wie die parenterale Applikation [2, 3]. Cyanocobalamin wird bei oraler Gabe dosisabhängig resorbiert [4].

Dagmar Jäger-Becker

Manische Episoden bei Bipolar-I-Störung gut und verträglich kontrollieren

↳ Bipolare Störungen beeinträchtigen die Betroffenen erheblich, können Partnerschaften und soziale Beziehungen zerstören, den Arbeitsplatz kosten – und sind eine therapeutische Herausforderung für den Arzt. Das Antipsychotikum der Wahl sollte stimmungsstabilisierend wirken und zudem sicher und gut verträglich sein.

Dass das Antipsychotikum Asenapin (Sycrest®, zugelassen für die Behandlung der mäßigen bis schweren manischen Episode einer Bipolar-I-Störung bei Erwachsenen) diesen Anforderungen recht nahe kommt, verdeutlichen zwei kürzlich veröffentlichte Publikationen, die Prof. Hans-Peter Volz, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck, vorstellte. So war Asenapin laut McIntyre et al. [1] der Aktivkontrolle Olanzapin in der Wirksamkeit bei manischen Episoden einer Bipolar-I-Störung nicht unterlegen, aber verträglicher

und verursachte eine geringfügigere Gewichtszunahme, berichtete Volz. In die Analyse waren unter anderem zwei dreiwöchige, randomisierte placebokontrollierte Monotherapiestudien mit insgesamt 977 Patienten eingegangen, die an manischen oder gemischten Episoden einer Bipolar-I-Störung litten [2, 3]. Die Patienten erhielten an Tag 1 Asenapin (10 mg/2 x täglich) oder Olanzapin (15 mg/1 x täglich), und wurden dann 21 Tage in flexiblen Dosierungen (Asenapin 5 bis 10 mg/2 x täglich, Olanzapin 5 bis 20 mg/1 x täglich) weiterbehandelt. An Tag 21 (primärer Studienendpunkt) hatten beide Antipsychotika die manische Symptomatik signifikant um jeweils mehr als 10 Punkte nach der Young Mania Rating Scale (YMRS) reduziert. In einer Verlängerung über neun Wochen [4] erreichte Asenapin die Nicht-Unterlegenheit gegenüber Olanzapin und war laut Volz in der Extensionsstudie über 52 Wochen [5] schließlich die besser verträg-

Tabelle 1 Risikogruppen für Vitamin-B₁₂-Mangel (nach [4])

- Ältere Menschen
- Vegetarier und Veganer (Vitamin B₁₂ ist vorwiegend in tierischen Lebensmitteln enthalten)
- Personen mit Magen-Darm-Erkrankungen
- Personen mit erhöhtem Bedarf (Schwangere, Stillende, Patienten mit Autoimmunerkrankungen)
- Personen, die regelmäßig Protonenpumpenhemmer, H₂-Antagonisten oder Metformin einnehmen
- Personen mit chronischem Alkoholkonsum
- Patienten mit Nierenerkrankungen

1. Herrmann W. Dtsch Ärzteblatt 2008; 105: 680–85
2. Butler CC et al. Family Practice 2006; 23: 279–85
3. Vidal-Alaball JV et al. Cochrane Database Syst Rev (3): CD004655
4. Gröber U, Schmidt J DAZ 2012; 152 (8): 960–67

Symposium „Vitamin B₁₂ – relevanter denn je!“
Stuttgart, 21.4.2012; Veranstalter: Wörwag

liche Substanz, unter der die Patienten weniger an Gewicht zunahmen.

In einer weiteren Studie zeigte das Atypikum zudem eine gute antimanische Wirksamkeit als Add-on-Therapie bei Patienten, die nicht auf Stimmungsstabilisierer wie Lithium oder Valproat angesprochen hatten [6].

Ute Ayazpoor

1. McIntyre RS et al. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses 2012; 5: 217–20
2. McIntyre RS et al. J Affect Disord 2010; 122: 27–38
3. McIntyre RS et al. Bipolar Disord 2009; 11: 673–86
4. McIntyre RS et al. Bipolar Disord 2009; 11: 815–26
5. McIntyre RS et al. J Affect Disord 2010; 126: 358–65
6. Szegedi A et al. J Clin Psychopharmacol 2012; 32: 46–55

Pressekonferenz „Ein Jahr Sycrest® bei Bipolar-I-Störungen: Vom Rezeptorprofil in die Praxis“, Frankfurt, 20.4.2012
Veranstalter: Lundbeck GmbH

Epilepsie

— Laut den Zwischenergebnissen der Studie VITObA, die im Rahmen der 64. AAN-Jahrestagung vorgestellt wurden, profitieren Epilepsiepatienten mit nur einer einzigen bisherigen Vortherapie am stärksten von der Zusatztherapie mit Lacosamid (Vimpat®). VITObA ist eine sechsmonatige, prospektive, nicht-interventionelle Studie, die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Lacosamid in der Kombination mit einem Antiepileptikum bei Patienten mit fokalen Anfällen überprüft.

In VITObA wurden Patienten aus dem klinischen Praxisalltag eingeschlossen. Die Mehrheit der Patienten (73,4%) hatten nur ein bis drei Therapieversuche seit ihrer Diagnose erhalten. Die mittlere Erhaltungsdosis war 250 mg/d Lacosamid, im Median 200 mg/d. Patienten mit nur einer einzigen bisherigen Vortherapie in ihrem Leben profitierten am stärksten von der Zusatztherapie mit Lacosamid: 86,7% erreichten eine Reduktion ihrer Anfälle um mindestens 50% (vs. 77,8% in der Gesamtstudienpopulation); 80% erreichten eine Reduktion ihrer Anfälle um mindestens 75% (vs. 64,6% in der Gesamtstudienpopulation); 66,7% der Patienten hatten keine Anfälle mehr (vs. 43,3% in der Gesamtstudienpopulation). Die häufigsten unerwünschten Ereignisse waren Mattigkeit (11,9%), Schwindelgefühl (10,1%) und Konvulsion (5,5%).

Nach Informationen von UCB Pharma

Neu auf dem Markt

— Das Unternehmen neuraxpharm hat zwei neue ZNS-Präparate auf den Markt gebracht. Levodopa/Benserazid-neuraxpharm® ist zur Behandlung des M. Parkinson und des idiopathischen Restless-Legs-Syndroms indiziert und wird in folgenden Wirkstärken angeboten: 50 mg/12,5 mg, 100 mg/25 mg und 200 mg/50 mg. Modafinil-neuraxpharm® wird zur Behandlung von Erwachsenen mit exzessiver Schläfrigkeit, die mit Narkolepsie mit und ohne Kataplexie einhergeht, eingesetzt. Die Tabletten sind in der Wirkstärke 100 mg erhältlich.

Nach Informationen von neuraxpharm

MS: Vor Eskalation nicht zurückschrecken

➔ Bei Patienten mit Multipler Sklerose (MS), deren Erkrankung unter einer Basistherapie nicht ausreichend kontrolliert ist, sollte eine Eskalationstherapie rechtzeitig in Betracht gezogen werden, mahnte Professor Sven Meuth von der neurologischen Klinik der Uniklinik Münster mit Verweis auf Daten aus der STRATA-Studie. Niedrige Schubraten und stabile EDSS-Werte unter 3,0 bei Patienten mit MS unter Natalizumab (Tysabri®) – diese Ergebnisse aus der STRATA-Studie hob Meuth auf einem Pressegespräch von Biogen Idec hervor. Zudem konnte in der Studie bei 94% der Patienten die Arbeitsfähigkeit erhalten werden. Dies spreche für einen frühzeitigen Therapiebeginn mit dem zur Eskalationstherapie zugelassenen Medikament, so Meuth.

In der Anwenderstudie STRATA wurden die langfristige Wirksamkeit und Sicherheit unter Natalizumab bei Patienten mit schubförmig-remittierender MS über zwei Jahre untersucht. In die Zwischenauswertung flossen Daten von 1.094 Patienten in einem mittleren Alter von 41,4 und einer medianen Erkrankungsdauer von acht Jahren ein. STRATA ist die Fortführung der Verlängerungsstudie „NAT“, die für 13 Monate unterbrochen worden war, um die Sicherheit des Medikaments erneut zu überprüfen. NAT gingen die vier Phase-III-Studien AFFIRM, ENTINEL, GLANCE und STARTS voraus.

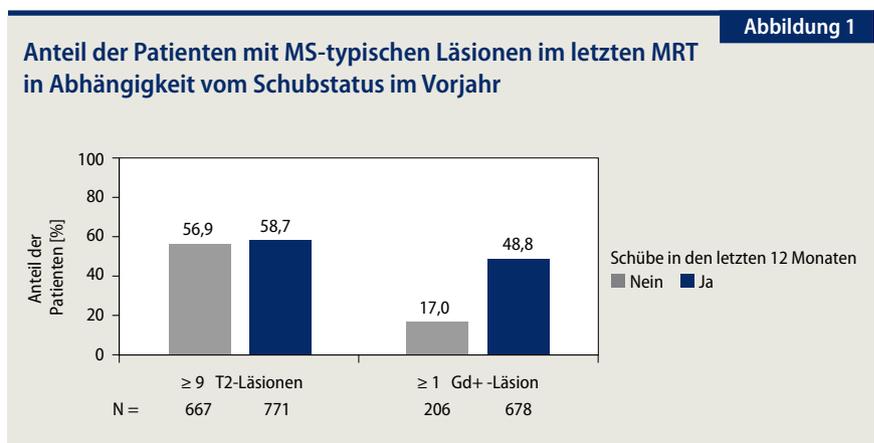
Meuth erinnerte daran, dass eine Eskalationstherapie (z. B. mit Natalizumab) bei hoher MS-Aktivität auch unter Interferon-beta (≥ 1

Schub im vergangenen Jahr unter Therapie und \geq eine Gd+-Läsion oder \geq neun T2-Läsionen) oder bei rasch fortschreitender schubförmig-remittierender MS (\geq zwei Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, \geq eine Gd+-Läsion oder eine signifikante Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einem kürzlich durchgeführten MRT) indiziert ist. Diese Faktoren erfüllte fast ein Viertel der MS-Patienten (Abbildung 1). Es werde jedoch oft zu spät mit der Eskalationstherapie begonnen, da viele Ärzte irrtümlich meinten, ein Schub mehr oder weniger sei „nicht dramatisch“. Aber nur, wenn die Schubfrequenz niedrig bleibe, lasse sich auch die Behinderungsprogression verzögern, mahnte Meuth.

Die progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) trat in der STRATA-Studie bis zum September 2011 bei acht Patienten auf. Alle Betroffenen wiesen mit Seropositivität für das JC-Virus und einer Behandlungsdauer von mehr als 24 Monaten zwei Risikofaktoren auf. Ein Drittel war zudem immunsuppressiv vorbehandelt, also auch durch den dritten bekannten Risikofaktor belastet. Um das Risiko für eine PML zu senken, müsse man versuchen, diese drei Risikofaktoren bei der Entscheidung für oder gegen eine Therapie mit Natalizumab zu berücksichtigen, erklärte Meuth.

Heike Grosse

Pressekonferenz „Innovative Behandlungsstrategien in der MS-Therapie“, München, 29.2.2012; Veranstalter: Biogen Idec GmbH



Bei circa 24% der Gesamtpopulation ist die Indikation für Natalizumab erfüllt (Extrapolation). Dieser Anteil berechnet sich aus 56,9% plus 17,0% der Patienten, die trotz \geq neun T2-Läsionen und \geq Gd+-Läsionen ohne Schübe sind (73%), subtrahiert von 100%.

Parkinson: Tagesmüdigkeit verringern

➔ Vigilanz- und Schlafstörungen mit Tagesmüdigkeit beeinträchtigen die Lebensqualität von Patienten mit Parkinson-Erkrankung stark, können aber durch die Therapiewahl beeinflusst werden. Die Ursachen der gestörten Vigilanz sind komplex, erläuterte Professor Wolfgang Jost, Wiesbaden. Einerseits kann die Erkrankung selbst die Vigilanzstörung hervorrufen, andererseits können Schlafstörungen und eine gestörte zirkadiane Rhythmik zu Tagesmüdigkeit führen, die ebenfalls die Vigilanz vermindert. Zudem können Medikamente wie Dopaminergika die Vigilanz zusätzlich beeinträchtigen. Dass sich Dopaminagonisten hinsichtlich ihrer Effekte auf die Vigilanz unterscheiden, zeigt die PiViCog-PD-Studie, deren erste Ergebnisse PD Dr. Karla Eggert, Marburg, vorstellte. Es handelt sich um die erste Studie, in der Piribedil (Clarium®) mit den Non-Ergot Dopaminagonisten Ropinirol und Pramipexol verglichen wurde. An der Studie nahmen 80 Patienten im Alter von 34 bis 88 Jahren teil, die meist ein Hoehn & Yahr-Stadium von 2 aufwiesen und unter Behandlung mit einem Non-Ergot-Dopaminagonisten (34 % Ropinirol, 66 % Pramipexol)

an einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit (ESS > 11) litten.

Randomisiert wurden die Patienten von ihrem bisherigen Medikament (Ropinirol oder Pramipexol) entweder auf Piribedil umgestellt (Interventionsarm) oder sie erhielten Medikation und Dosierung unverändert weiter (Kontrollarm). Nach elf Wochen hatte sich die Tagesmüdigkeit unter Piribedil signifikant und laut Eggert klinisch relevant im Vergleich zu den anderen Non-Ergot Dopaminagonisten verbessert ($p=0,01$). Damit entsprach die Tagesmüdigkeit bei Einnahme von Piribedil dem Niveau in der Allgemeinbevölkerung. Eggert betonte, gerade jüngere Parkinson-Patienten hätten ihrem Eindruck nach ein besonders hohes Risiko für eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit bei Therapie mit Dopaminagonisten. Jost plädiert dafür, das Risiko der Tagesschläfrigkeit bereits bei der Ersteinstellung auf ein Präparat mit zu berücksichtigen.

Friederike Klein

Pressekonferenz „CLARE Fakten: Vigilanz und Kognition bei Morbus Parkinson – Ergebnisse der PiViCog-Studie“, Frankfurt/Main, 25.4.2012
Veranstalter: Desitin, Hamburg

ADHS bei Erwachsenen: Substanzmissbrauch häufige Komorbidität

➔ Nach Professor Michael Huss, Mainz, beobachtet man bei Kindern mit ADHS ein deutlich erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch („substance use disorder“, SUD) in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter. Es gebe allerdings Hinweise darauf, dass die Gefahr für SUD durch die frühzeitige medikamentöse Therapie, beispielsweise mit retardiertem Methylphenidat, reduziert werden könne. Umgekehrt zeige sich bei vielen Erwachsenen mit SUD eine klare ADHS-Historie in ihrer Kindheit. Allerdings gebe es kaum Langzeitstudien zu dieser Thematik, bedauerte Huss. Der National Comorbidity Study zufolge sind etwa 15 % der erwachsenen ADHS-Patienten von SUD betroffen [1]. In jedem Fall ist laut Huss zunächst die vorherrschende Störung – ADHS oder SUD – zu behandeln, wobei die verschiedenen Therapieoptionen miteinander kombiniert werden sollten. Gleichzeitig muss bei Substanzmissbrauch vorsichtig mit der medikamentösen

Therapie umgegangen werden: Vor Beginn einer Therapie der ADHS mit Methylphenidat (MPH, Medikinet® adult) sollte eine Suchtmittelabstinenz gegeben sein. Bei einem Rückfall hält er eine Weiterbehandlung mit MPH für sinnvoll. Um die Adhärenz der Patienten zu erhalten, können bei guter Zusammenarbeit der Therapeuten anstelle von starren Regimen flexible Dosierungen von Vorteil sein, so Huss. Vor dem Hintergrund, dass bei mehr als der Hälfte der ADHS-Kinder die Erkrankung im Erwachsenenalter persistiert, hält Huss die Erstellung eines Transitionsplans im Alter von etwa 14 Jahren für enorm wichtig [2].

Dr. Claudia Bruhn

1. Kessler RC et al. Am J Psych 2006; 163 (4):716–23
2. Turgay A et al. J Clin Psychiatry 2012; 73 (2): 192–201

„6th ADHD Europe Conference 2012“, Berlin, 21.4.2012; Veranstalter: MEDICE Arzneimittel, Pütter GmbH & Co. KG

Multiple Sklerose

— Mit dem täglich einmal oral einzunehmenden Immunmodulator Teriflunomid (14 mg) kann bei Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (MS) im Vergleich zu Placebo eine statistisch signifikante Reduktion der jährlichen Schubrate sowie des Risikos einer bestätigten Behinderungsprogression erreicht werden. Dies sind die Hauptergebnisse der Studie TOWER (Teriflunomide Oral in people With relapsing remitting multiple sclerosis). Die Analyse der vollständigen Daten der Studie läuft derzeit noch. Die Ergebnisse sollen auf einem bevorstehenden wissenschaftlichen Kongress vorgestellt werden.

In der doppelblinden, multizentrischen Studie mit insgesamt 1.169 Patienten wurde eine Behandlung mit 7 mg beziehungsweise 14 mg Teriflunomid oral einmal täglich mit Placebo verglichen. Die Ergebnisse für die zur Zulassung vorgeschlagenen Dosis von 14 mg: Unter Teriflunomid wurde gegenüber Placebo eine Reduktion der jährlichen Schubrate (primärer Endpunkt) um 36,3 % beobachtet ($p < 0,0001$). Zudem zeigte sich gegenüber Placebo eine Verminderung des Risikos einer über zwölf Wochen bestätigten Zunahme der Behinderung (EDSS) um 31,5 % ($p = 0,0442$), des wichtigsten sekundären Endpunkts der Studie.

Die beobachteten unerwünschten Ereignisse (UAW) entsprachen jenen, die in früheren Studien mit Teriflunomid bei MS bereits dokumentiert wurden. Die häufigsten UAW, die in den Teriflunomid-Armen häufiger berichtet wurden, waren Kopfschmerzen, Anstieg der Alanin-Transaminase, Haarverdünnung, Durchfall, Übelkeit und Neutropenie. Im Placebo-Arm wurde ein Todesfall (Atemwegsinfektion) verzeichnet, in den Teriflunomid-Armen kam es zu drei Todesfällen (ein Verkehrsunfall, ein Suizid, eine Sepsis).

Zulassungsanträge für Teriflunomid zur Behandlung der schubförmigen MS werden derzeit von der US-amerikanischen Food & Drug Administration und der Europäischen Arzneimittelagentur geprüft.

Nach Informationen von Sanofi/Genzyme

Journal

Carlo Levi

„Christus kam nur bis Eboli“

Carlo Levi war Arzt, Schriftsteller und Maler zugleich. Außergewöhnlich sprechen seine literarischen Werke und Bilder oftmals die gleiche, unverfälschte Sprache. Levi wird nicht zu den erstrangigen Künstlern des 20. Jahrhunderts gezählt, jedoch hat sich sein besonderer Realismus, der sich in seinem Roman „Christus kam nur bis Eboli“ am besten widerspiegelt, eine unbestreitbare Originalität erobert.



Ein unwirtliches Land, die Basilikata, im Süden Italiens zwischen Kampanien, Apulien und Kalabrien. Mittendrin das Dorf Aliano, ohne Infrastruktur, noch heute. In den 1990er-Jahren wurde der Ort zu Ehren des Autors und Malers Carlo Levi zum „Literaturpark Carlo Levi“ ernannt.

62 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Carlo Levi erlangte mit „Christus kam nur bis Eboli“ Welt-
ruhm. Dabei handelt es sich um die Erinnerungen eines Antifaschisten an die Zeit seiner Verbannung in das bettelarme Bergdorf Aliano im Süden Italiens.

Manchmal hilft es für das tiefere Verständnis von Literatur, wenn man sich eine ganz bestimmte Landschaft dazu vorstellt. Das kann die Topografie einer Weltstadt wie New York sein, oder nur die eines Dorfes wie Macondo, das kann die Weite der Prairie von Wyoming ebenso sein, wie die Enge der Schlucht der Via Mala. Die Landschaft, um die es hier gehen soll, gehört zu einem italienischen Nest namens Aliano und befindet sich in der südwestlichen Basilicata, also an der Südspitze des italienischen Stiefels zwischen Kampanien, Apulien und Kalabrien. Sie besteht aus den Provinzen Potenza und Matera, mit der Hauptstadt Potenza. Es ist eine Region, von der es noch in einem Hörbild des Bayerischen Rundfunks vom 7. April 2012 hieß, dort gebe es keine Infrastruktur, sie sei „das Ende der zivilisierten Welt“. Und weil noch Mitte der 30er-Jahre des letzten Jahrhunderts die Eisenbahn in Eboli endete, nannte der italienische Schriftsteller Carlo Levi seinen 1945 erschienenen Roman „Christus kam nur bis Eboli“.

Mythos mit eigenem Literaturpark

Aliano, das im Roman leicht verfremdet Gagliano heißt, war nur zu Fuß erreichbar. Und genau hierher wurde 1935 der Turiner Arzt und Antifaschist Carlo Levi verbannt. Hier entstand sein Roman, in dem er die sozialen und politischen Missstände anprangerte. Das Dörfchen von einst lebt heute vom Mythos Carlo Levi, weiß das Feature des BR: „Es gibt einen Literaturpark, ein kleines Museum, auch das Haus des Schriftstellers ist zu besichtigen. (...) Auf einem schmalen Grat kauert Aliano inmitten der weißgrauen ‚Calanche‘, erosionsgefährdeter Sandsteinrippen. Es ist eine fast fiktive Landschaft, wäre da nicht die Realität des Vergangenen. Die Basilicata war auch

Brigantenland. Von der Dachterrasse des Levi-Hauses aus bieten sich grandiose Aus- und Einsichten. Vor einem liegt die Mondlandschaft. Sie erinnert ein wenig an Kappadokien. Im Frühling ist der Kontrast zwischen dem Silbergau des Lehms, dem Grün der Getreidefelder und dem Gelb des Ginsters besonders schön. Auf dieser Dachterrasse hat Carlo Levi oft gemalt. Auf der einen Seite kann man, wenn es keinen Dunst hat, bis zur Grenze nach Apulien sehen und auf der anderen sind die Spitzen des Monte Polino zu erkennen, das Grenzgebirge zwischen der Basilicata und Kalabrien. (...) Die alte Kirche von Aliano ist schon zu Levis Lebzeiten in den Abgrund der Calanche gestürzt.

Der Weg ins Dorf hinein führt zunächst am Friedhof und am Grab von Carlo Levi vorbei. Auf den Spuren des Schriftstellers lässt es sich dann durch Aliano wandern. Zitate aus Levis berühmten Roman sind überall auf kleinen Tafeln zu lesen und markieren auch Originalschauplätze.

Während der Verbannung hat Carlo Levi seine Liebe zu dem abgelegenen bettelarmen Bergdorf und seinen Bewohnern entdeckt. Dass Levi Ehrenbürger von Aliano wurde und heute wieder sehr geschätzt wird, ist ein Verdienst auch von Don Pierino, dem Pfarrer von Aliano. Er hat nicht nur den ‚Literaturpark Carlo Levi‘ initiiert, sondern auch Levis Haus restaurieren lassen, darin ein kleines Bauernmuseum eingerichtet und eine Pinakothek mit Gemälden und Lithografien von Carlo Levi auf den Weg gebracht. Anfangs gegen den Widerstand der Bevölkerung, denn die Leute dachten, dass Carlo Levi mit seinem Buch „Christus kam nur bis Eboli“ auf ihre Kosten Geld verdienen wollte und fanden das undankbar. Aber Levi wollte nur die unmensch-

66 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Anna Bocek kennen Sie aus der NEUROTRANSMITTER-Galerie 11/2006. Das künstlerische Update geht von damals ruhig-bezwungener Vitalität in ihren Bildern über in auch wirbelnd-lebhafte Dynamik. Beides ist möglich.

lichen sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen dokumentierend anprangern und das Leid der Menschen zeigen, das für viele Dörfer im Süden Italiens typisch war. Christus war dabei für Levi ein Synonym für Zivilisation, und die hat schließlich auch Aliano erreicht.“ (Informationen unter www.aliano.it)

Antifaschist auf allen Wegen

Graziadio Carlo Levi (*29. November 1902 in Turin; †4. Januar 1975 in Rom) stammte aus einer großbürgerlichen, assimilierten jüdischen Familie. Von 1917 bis 1924 studierte er Medizin an der Universität von Turin, arbeitete zwar von 1924 bis 1928 als Assistenzarzt an einer Turiner Klinik, praktizierte aber nie als Arzt, sondern interessierte sich mehr für Politik und Malerei. Er verbrachte einige Zeit in Paris und nahm 1929 an der Ausstellung „Sei pittori di Torino“ teil. Zusammen mit Freunden gründete er 1929 die antifaschistische Gruppe „Giustizia e Libertà“ („Gerechtigkeit und Freiheit“), wurde 1934 für zwei Monate in Rom inhaftiert und im Mai 1935 in die süditalienische Region Lucania (heute Basilicata) verbannt. Dort verbrachte er, nach einiger Zeit im Städtchen Grassano, die Zeit von September 1935 bis Mai 1936 in dem Dorf Aliano, wo er wegen des Elends der Einwohner unentgeltlich und mit geringen Mitteln als Arzt praktizierte, bis die Provinzverwaltung ihm auch dies untersagte und Behandlungen nur noch heimlich möglich waren. Nebenbei malte er Menschen und Landschaft und erkundete die Bräuche der Einwohner, besonders deren Bezug zu Magie und Aberglauben.

Nachdem er 1936 vorzeitig durch eine Generalamnestie freikam, die der faschistische Staat zur Feier der Einnahme von Addis Abeba ausgerufen hatte, ging

Levi ins Exil und übernahm von Paris aus die Leitung der Gruppe „Giustizia e Libertà“. 1941 kehrte er nach Italien zurück, wurde in Florenz festgenommen und eingekerkert. Nach seiner Freilassung aufgrund der Verhaftung von Mussolini floh Levi in den Palazzo Pitti und schrieb dort 1943/1944 sein Buch „Cristo si è fermato a Eboli“ (1945).

Nach dem Krieg arbeitete Levi in Rom als Herausgeber der Zeitschrift „Italia libera“, malte, stellte seine Bilder in Europa und sogar in den USA aus, schrieb Reisebücher über Sizilien, die Sowjetunion, Sardinien und Deutschland sowie 1950 einen zweiten, bei weitem nicht mehr so erfolgreichen politischen Roman „L' orologio“ (deutsch: „Die Uhr“). Als bedeutend gelten in der Literatur das in der Blindheit geschriebene Buch „Quaderno a cancelli“ (1979) sowie die Zeichnungen der Blindheit.

Carlo Levi wurde 1963 als Kandidat der Kommunistischen Partei in den Senat gewählt, dessen Mitglied er bis 1972 blieb. Er starb 1975 in einem römischen Krankenhaus an Lungenentzündung und wurde auf eigenen Wunsch auf dem Friedhof seines Verbannungsortes Aliano bestattet. Der Ort ist seit den 1990er-Jahren zum „Parco Letterario Carlo Levi“ („Literaturpark Carlo Levi“) ausgerufen worden.

Verbannt ins vermeintliche Jenseits der christlichen Welt

„Christus kam nur bis Eboli“ machte seinen Autor weltberühmt. Das Werk wurde in mehr als 35 Sprachen übersetzt. Im strengen Sinne des Begriffes kann dabei nicht von einem Roman gesprochen werden, sondern weit eher von Erinnerungen, die Levi zwischen Dezember 1943 und 1944 niedergeschrieben hat und die die Zeit seiner Verbannung nach Aliano (1935/1936) betreffen. Zum Titel schreibt Levi auf den ersten Seiten: „Wir sind keine Christen“, sagen sie [die Bauern], Christus ist nur bis Eboli gekommen. ‚Christ‘ bedeutet in ihrer Ausdrucksweise Mensch; und der sprichwörtliche Satz, den ich hundertmal habe wiederholen hören, ist in ihrem Munde wohl nichts anderes als der Ausdruck eines trostlosen Minderwertigkeitskomplexes. ‚Wir sind keine Christen, keine Menschen, wir gelten nicht als Menschen, sondern als Tiere, als Lasttiere und noch geringer als

Tiere und Koboldwesen, die doch ihr freies, teuflisches oder engelhaftes Dasein leben; denn wir müssen uns der Welt der Christen jenseits unseres Horizontes unterwerfen, ihre Last und ihren Widerspruch ertragen.“

Bereits zu Beginn des Werkes spielt die Medizin als Paradigma des Fortschritts eine dominante Rolle: „Beim Erzähler handelt es sich um einen Arzt aus Turin, der seinen Beruf seit Jahren nicht mehr ausgeübt hat. Die Faschisten verbannen ihn 1935 nach Lukanien (Basilicata), wo er zuerst einige Wochen in Grassano bei Matera verbringen muss und dann in das Bergdorf Gagliano gebracht wird. Weil es dort kein Gasthaus gibt, weist man ihm ein Zimmer im Haus einer Witwe zu, die behauptet, ihr Mann sei von einer Hexe zuerst mit einem Liebeselixier verzaubert und dann vergiftet worden. Der Neuankommeling wird sogleich von Dr. Milillo, einem der beiden ortsansässigen Ärzten, davor gewarnt, Getränke von einer Frau anzunehmen. Dabei handele es sich häufig um Zaubersäfte, die Menstrualblut enthalten, raunt der siebzehnjährige Arzt dem Kollegen aus Turin zu. Der zweite Arzt, Dr. Concetto Gibilisco, ist etwas jünger als Dr. Milillo, versteht jedoch von Medizin eher noch weniger, wie der Erzähler im ersten Gespräch mit ihm feststellt. Dr. Gibilisco hasst die Bewohner von Gagliano, weil sie sich von ihm genauso wenig behandeln lassen wie von Dr. Milillo. Dabei waren schon sein Großvater und sein Vater Ärzte, und seinem vor einem Jahr verstorbenen Bruder gehörte die Apotheke. Die hätte eigentlich geschlossen werden müssen, aber Dr. Gibilisco erreichte durch Freunde in der Präfektur in Matera, dass seine Nichten sie weiterführen dürfen, obwohl sie keine entsprechende Ausbildung haben.

Kurz nach seiner Ankunft wird der konfinierte Arzt zu einem Patienten gerufen. Er sträubt sich, aber die Leute lassen nicht locker, bis er sich den Malaria-kranken anschaut. Diesen kann er zwar nicht retten, aber die Bauern kommen weiter vertrauensvoll zu ihm, und schließlich lässt er sich von seiner in Turin als Ärztin praktizierenden Schwester Luisa, die ihn ein paar Tage in Gagliano besucht, medizinische Instrumente und Bücher mitbringen.“ (Wunderlich) Ein weiterer medizinischer Fall betrifft eine Wäsche-

rin, deren Sohn an Milzbrand erkrankt ist. Der Verbannte rät ihr, so schnell wie möglich nach Sant' Arcangelo zu gehen und dort in der Apotheke ein bestimmtes Heilmittel zu besorgen. Sie besitzt gerade einmal 30 Lire, mit denen sie drei Ampullen kaufen soll. In der Dunkelheit wagt es die Frau – die wie alle Bewohner von Gagliano zutiefst abergläubisch ist – wegen der Geister nicht, den Ort zu verlassen. Im Morgengrauen legt sie dann die 20 Kilometer Fußmarsch zurück, bringt aber nur zwei Ampullen: „Ich wunderte mich, und sie erzählte mir, dass der Apotheker sie gefragt hatte, wie viel Geld sie bei sich trage. – ,30 Lire.‘ – ‚Dann kannst du zwei Ampullen nehmen. Du kannst doch lesen? Sie kosten 15 Lire das Stück. Es steht drauf.‘ – Es stand darauf 8.75 Lire (...). Glücklicherweise genügten die beiden Ampullen.“

Verwurzelt im italienischen Neorealismus

Stilistisch auffällig an diesem Werk ist weniger das epische Erzählen, sondern die Neigung zu diskreter Essayistik, in der Levi das karge, zivilisationsfremde Leben der Bauern jenseits eines historischen oder gar kritisch gesellschaftspolitischen Bewusstseins beschreibt. Selbst das Christentum wird bestenfalls in einem synkretistischen Sinne als ein Aberglaube unter anderen Aberglauben dargestellt. Levi versteht sich besonders auf eindringliche Landschaftsbilder, denen der Blick des Malers anzumerken ist, sowie auf atmosphärisch dichte Charakterisierungen karger Lebensbedingungen. Eine dramaturgisch aufgebaute Handlung oder einen Plot sucht der Leser vergebens. Der Germanist Werner Wunderlich schreibt hierzu: „Das Buch setzt sich aus einer Reihe von Szenen und Episoden zusammen, in denen Carlo Levi auf ebenso sachliche wie eindrucksvolle Weise das archaische Leben in einem süditalienischen Bergdorf schildert.

„Christus kam nur bis Eboli“ gilt als Klassiker des italienischen Neorealismus. Nur in einer Passage doziert Carlo Levi über seine politischen Ansichten. Da heißt es: ‚Wir müssen fähig werden, uns einen neuen Staat auszudenken und zu schaffen, der weder der faschistische noch der liberale noch der kommunistische sein darf; denn all das sind nur verschiedene

und im Grunde doch gleiche Formen derselben Staatsreligion. Wir müssen wieder zu den Wurzeln der Staatsidee selbst zurückgehen, zu dem Begriff des Individuums, der ihr zugrunde liegt (...). Der Staat darf nur die Gemeinschaft unzähliger Autonomien, eine organische Föderation sein. Für die Bauern kann die Staatszelle, die einzige, durch die sie an dem vielfältigen Kollektivdasein teilnehmen können, nur die ländliche autonome Gemeinde sein.“ (Wunderlich) Der Italianist Manfred Hardt rühmt zwar in seiner „Geschichte der italienischen Literatur“ (1996) die „klassische Sprache“, den „gewandten, detailfreudigen Stil“ sowie die „menschlich kluge und warme Anteilnahme des Autors am Schicksal der dortigen Bevölkerung“, merkt aber zugleich an: „Gerade durch die sanfte, aber eindringliche Schilderung dieser Rückstände und Missstände gewann das Buch, das einen sofortigen großen Erfolg hatte, auch denunziatorischen Charakter und trug dazu bei, nach der faschistischen Ära die Probleme des Südens erneut ins Bewusstsein der Italiener zu rufen.“

Fern der Abstraktion

Immer wieder hat man den Schreibstil Carlo Levis mit seinem Malstil in Verbindung gebracht. In beiden Fällen ist er der Abstraktion abhold. Das rein Beschreibende wird von ihm ebenso abgelehnt wie das Prinzip des L'art pour l'art. Im Wikipedia-Artikel zu Carlo Levi heißt es aus berufenem Munde: „In Aliano begann er vorwiegend Porträts der Bauern sowie ‚ungeschönte‘ Landschaftsbilder zu malen, die fortan sein Werk beherrschten. Obwohl Levi kaum zu den erstrangigen Künstlern des 20. Jahrhunderts gezählt werden kann, hat sich sein besonderer Realismus eine unbestreitbare Originalität erobert: Er ist ebenso eigenwillig, wie es Carlo Levi als Mensch gewesen sein soll und wie sein literarisches Werk es ist.“

Bemerkenswert ist schließlich auch das Finale des Buches: Gegen Ende des Krieges werden die Verbannten von ihrer Strafe befreit. Jene Bauern, die anfangs dem fremden Arzt so skeptisch gegenüberstanden, bedrängen ihn nun, bei ihnen zu bleiben und schlagen ihm – pragmatisch,

wie sie nun einmal sind – vor, Donna Concetta, die älteste Tochter eines Rechtsanwaltes zur Frau zu nehmen. Doch der Erzähler bleibt nur noch für kurze Zeit in dem Dorf. Zwei Dinge halten ihn: eine Patientin und ein unvollendetes Gemälde. Dann jedoch geht er zurück nach Turin. Viele Jahre später wird der Verfasser dieses außergewöhnlichen Buches freilich in diesem finsternen Ort seinem ausdrücklichen Wunsch entsprechend begraben werden.

Der Roman, der in Aliano heute Schullektüre ist, während er anfangs auf wenig Gegenliebe bei der Bevölkerung stieß, wurde 1979 unter der Regie von Francesco Rosi mit Gian Maria Volonté, Paolo Bonacelli, Lea Massari und Irene Papas sensibel und mit großem Erfolg verfilmt. □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

SUCHT UND KOMORBITÄT

Allumfassende Grundlagen zur stationären Therapie

➔ Hier handelt es sich in der Tat um eine ausführliche, umfangreiche, sachliche und gut lesbare Form, Grundlagen für die stationäre Therapie von Sucht und Komorbidität darzustellen. Es geht im Einzelnen um die Theorie zur Suchtentstehung und Erhaltung, um die Effektivitätsforschung im deutschen Suchthilfesystem, um Handlungsstrategien bezüglich einer erfolgreichen Behandlung und um Rahmenkonzepte zur effektiven Ent-

wöhnungsbehandlung. Hierbei wird – wie nicht anders zu erwarten – der psychologische Ansatz (der Autor ist als promovierter Psychologe Leiter einer Fachklinik für suchtkranke Frauen mit Kindern) hervorgehoben. Wie der Autor sehr richtig schreibt, wird das Buch einen Beitrag leisten, die theoretisch-wissenschaftliche Forschung und die praktische Arbeit am Patienten auf einen Nenner zu bringen. **Prof. Dr. Fritz Reimer, Weinsberg**



Volker Barth:

Sucht und Komorbidität – Grundlagen für die stationäre Therapie.

Verlag Ecomed Medizin, 2011. 342 S., kartoniert, 39,95 €, ISBN 978-3-609-70009-0

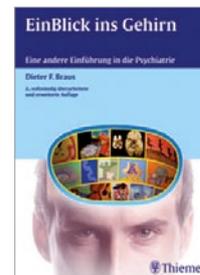
PSYCHIATRIE

Blick über den Tellerrand

➔ Wenn das Buch auch nicht immer leicht lesbar ist, enthält es eine Fülle von Informationen, die geordnet, didaktisch geschickt aufgemacht und erschöpfend sind. Man hat vielleicht den Eindruck, dass die eine oder andere Hypothese etwas zu apodiktisch vorgetragen wird, trotzdem Fazit: Es ging ja nicht um eine vollständige Darstellung der

Psychiatrie oder der Psychotherapie, sondern um einen Einblick, was sich momentan in diesem Gebiet und in der Hirnforschung tut. Ein großes Anliegen war dem Autor der Blick über den Tellerrand, wie er selbst schreibt, und die Einordnung des eigenen Tuns in einem größeren Kontext.

Prof. Dr. Fritz Reimer, Weinsberg



D. F. Baus:

Ein Blick ins Gehirn; Eine andere Einführung in die Psychiatrie.

Thieme, Stuttgart 2010. 2. überarb./erw. Aufl., gebunden, 39,95 €, ISBN 978-3-13-133352-0

Anna Bocek II

Lebendigkeit innen wie außen

Seit gut 14 Jahren gibt es die NEUROTRANSMITTER-Galerie. In dieser langen Zeit konnten wir immer wieder einmal auch die Entwicklung von Künstlern aufzeigen. Da war zum Beispiel Yoshitomo Nara: Der 1998 nur wenigen bekannte Student der Düsseldorfer Kunstakademie ist heute einer der großen Kunststars der Gegenwart. Alexander Timofeev musste mit 20 nach seiner Ausreise aus St. Petersburg noch bei einer Putzfirma in der Oberpfalz arbeiten, um sich über Wasser zu halten. Nur wenige Jahre danach wurde ihm in St. Petersburg eine eigene Ausstellung im Marmorhaus gewidmet. Anna Boceks Bilder standen in der Ausgabe 11/2006 unter dem Motto „farbenprächtige Lebendigkeit“. Sie repräsentierten vor allem eine ungeheure vitale Spannung, die sich in den Gesichtszügen und der Körperhaltung als eindrucksvolle Ausstrahlung manifestierte. Und heute?



From Series Of Elements, Öl auf Leinwand



Piano

El Circo,
Öl auf Leinwand

Mit zunehmend virtuoso beherrschter, höchst individueller Maltechnik versteht Anna Bocek es nun, die wirbelnde Dynamik von Bewegungen auf die Leinwand zu bannen. Da ist das Gesicht des Schwimmers (siehe Titelbild), der gerade kurz aus dem Wasser auftaucht, umsprüht von den Tropfen, Arme und Oberkörper durch das klare Wasser optisch gebrochen verschliert, und zugleich kraftvoll zum nächsten Butterfly-Schwung anhebt. Der weit geöffnete Mund, die geblähten Nasenlöcher, die aufgerissenen Augen, der Blick, der durch den Betrachter hindurch nur auf eines gerichtet ist, das Ziel, dem der Schwimmer mit aller Dynamik, mit allem Einsatz zustrebt, berstend geradezu vor Kraft und körperlicher Präsenz.

Eine ähnliche Dynamik geht von dem Selbst(?)-Bildnis aus, in dem die Dargestellte ihre prächtige schwarze Mähne durch die Luft wirbelt. Unterstrichen wird diese kühne Bewegung durch die eine oder andere einzelne Haarsträhne oder sogar durch ein einzelnes Haar, das sich nicht in die Gesamtbewegung einfügt, sondern voraus, nebenher oder hintan schwingt. Auch hier wird der geradezu dramatische Malstil der Künstlerin, die übrigens auch als Bühnenbildnerin arbeitet, deutlich: Die wohl zum Teil mit der Spachtel oder dem breiten Borstenpinsel aufgetragene Ölfarbe ist in einzelnen Farbflächen nebeneinander, übereinander, hintereinander liegend platziert, erzeugt jedoch nicht den statischen Eindruck, den aneinander gesetzte Mosaiksteinchen ergeben, sondern durch die spezielle Maltechnik von Anna Bocek einen Wirbel, eine Farbdynamik, die die Bewegung der dargestellten Person unterstreicht und potenziert.

Bewegung und Ruhe

Ein ganz ähnlicher Eindruck ergibt sich bei dem Bild „El Circo“, das eine Tänzerin in einem gewagten Sprung darstellen könnte, wieder mit explosiv ungezügelter Haarpracht, einem geradezu

genussvoll verzückten Antlitz, das das Hochgefühl der momenthaften Schwerelosigkeit des Körpers widerspiegelt. Auch hier spielt die Malerin außergewöhnlich gekonnt mit den Farbeffekten; fügen sich die nebeneinander gesetzten Einzelfarben für den Betrachter zu einem überzeugenden Gesamtbild zusammen.

Die Fähigkeit, die innere Haltung von Porträtierten im Ausdruck des Gesichts, in der Haltung des Körpers eindrucksvoll widerzugeben, hat Anna Bocek nach wie vor nicht verloren, wie sich im Bild „Piano“ zeigt. Die Scheu, die sich im fragend, etwas abweisend wirkenden Blick ausdrückt, die angespannt hochgezogene linke Schulter und die verlegen gehaltene, in der linken Ellenbeuge anliegende rechte Hand, dazu der leicht geöffnete Mund mit den vollen Lippen und die auf wenige schwarz-grau und braune Beige-Töne reduzierte Farbigkeit lassen im Betrachter den Eindruck einer kühl distanzierten, ja etwas spröden jungen Frau entstehen.

Anna Bocek – eine Künstlerin, die sich in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt hat, sowohl ihre Farbpalette wie auch ihre Maltechnik betreffend, aber vor allem in ihrer Fähigkeit neben ruhig-bezwungener Vitalität auch wirbelnd-lebhafte Dynamik überzeugend darzustellen. □

AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

Fortbildungsveranstaltungen		
<p>30.8.2012 (16.00 – 20.30 Uhr) 31.8.2012 (9.00 – 18.00 Uhr) 12.10.2012 (14.00 – 20.30 Uhr) 13.10.2012 (9.00 – 15.00 Uhr) in Hannover, Stephansstift Zentrum, Kirchröder Str. 44</p>	<p>Seminar „Coaching-Kompetenz für Ärzte“ (Teil 1 + 2) im Rahmen der Initiative Neuropsychiatrische Gesundheit in der Arbeitswelt <i>Leitung: Dr. Annette Haver, Associate Coach DBVC</i></p>	<p>Geschäftsstelle des BVDN, D. Differt-Fritz Gut Neuhof, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546921, Fax: 02151 4546925 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de</p>
<p>12. – 15.9.2012 in Erlangen Universitätsklinikum Ulmenweg 18</p>	<p>57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuropathologie und Neuroanatomie (DGNN)</p>	<p>Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Nadia Al Hamadi Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116315, Fax: 03641 3116241 neuropathology2012@conventus.de www.neuropathology-erlangen.de www.conventus.de</p>
<p>15.9.2012 in München Psychiatrische Klinik und Poliklinik des Klinikums der Universität München Campus Innenstadt Nußbaumstr. 7</p>	<p>Konferenz: „100 Years of Lewy Bodies – Where are we now?“</p>	<p>Jennifer Albrecht, event lab. GmbH Dufourstr. 15, 04107 Leipzig Tel.: 0341 240596-73, Fax: 0341 240596-51 E-Mail: info@eventlab.org Online-Registrierung: www.dzne.de/en/science-society/public-events/lewy-symposium.html</p>
<p>27. – 29.9.2012 in Hamburg</p>	<p>Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin 2012 – Ethik und Psyche</p>	<p>Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Tel.: 0551 39-9680 E-Mail: info@aem-online.de www.aem-online.de</p>
<p>26. – 29.9.2012 Congress Center Hamburg Am Dammtor/ Marseillerstrasse</p>	<p>85. DGN-Jahreskongress 2012</p>	<p>Congrex Deutschland GmbH Joachimstaler Str. 12, 10719 Berlin Tel.: 030 8810855-0, Fax: 030 8810855-79 E-Mail: dgn@congrex.com www.dgnkongress.org/2012/left/allgemeine-informationen.html</p>
<p>6.10.2012 Universität Mannheim Schloss Ostflügel</p>	<p>12. Mannheimer Ethiksymposium „Gewalt und Macht – Interdisziplinäre Perspektiven, Praktische Relevanzen für Psychotherapie und sozialen Handlungsraum“</p>	<p>IEPG, Lameystr. 36, 68165 Mannheim Tel.: 0621 3288-6360, Fax: 0621 3288-6366 E-Mail: info@institut-iepg.de www.institut-iepg.de</p>
<p>11. – 13.10.2012 in Gürzenich – Köln Martinstr. 29 – 37</p>	<p>neuroRAD – 47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie</p>	<p>Thieme Congress Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart Tel.: 0711 8931-638, Fax: 0711 8931-370 E-Mail: neurorad@thieme.de Web: www.neurorad.de</p>
<p>19.10.2012 10.00 – 19.00 Uhr Charite Berlin</p>	<p>Fachtagung der Stiftung Depressionsforschung: Depressionsforschung – Was fehlt?</p>	<p>Stiftung Depressionsforschung, Öffentlichkeitsarbeit Azizeh Nami, Tel.: 030 88917770 (Agentur) Fax: 030-88917772 (Agentur) E-Mail: info@stiftung-depressionsforschung.de</p>
<p>26. – 27.10.2012 in München Hanns-Seidel-Stiftung Konferenzzentrum Lazarettstr. 33</p>	<p>1. Deutsche PSP (Progressive Supranukleäre Blickparese)-Konferenz</p>	<p>Deutsche PSP-Gesellschaft e.V., A. Monje Philosophenweg 46, 47051 Duisburg Tel./Fax: 0700 44533777 E-Mail: docs@konf2012.psp-gesellschaft.de</p>

22. – 24.11.2012 in Fürth, Stadthalle Rosenstr. 50	22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR)	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Claudia Voigtmann Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-335, Fax: 03641 3116-243 E-Mail: claudia.voigtmann[at]conventus.de www.conventus.de
29. – 30.11.2012 in Wuppertal	HELIOS-Workshop: Autonome Diagnostik: wann, warum und wie?	Prof. Dr. C.-A. Haensch, HELIOS-Klinikum Wuppertal Tel.: 0202 896-2913 E-Mail: carl-albrecht.haensch@helios-kliniken.de www.helios-kliniken.de

Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP

15. – 16.9.2012 in Frankfurt/Main 	Sexualmedizin <i>Referenten:</i> Prof. M. Osterheider und Dipl.-Psych. J. Neutze	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP, Nadya Daoud Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de www.akademie-psych-neuro.de
10. – 11.11.2012 in Frankfurt/Main 	Psychiatrische Begutachtung im Bereich von gesetzlicher Rentenversicherung und Schwerbehindertenrecht“ <i>Referenten:</i> PD Dr. C. Stadtland, W. J. Kainz, Dipl.-Psych. B. Kappis	s. o.

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP/Landesverbände 2012/2013

Zeit	Ort	Landesverband
September 2012	Saarbrücken	SRL Saarland
1.9.2012	Berlin	BER Berlin, 60-Jahr-Feier BVDN
7. – 8.9.2012	Parchim	MEV Mecklenburg-Vorpommern, Herbsttagung/Fortbildung
14.9.2012	Magdeburg	SAA Sachsen-Anhalt, Neues der Demenz
20.10.2012	Halle	Sachsen-Anhalt, Mitgliederversammlung
19./20.10.2012	Nürnberg, Grand Hotel	BAY Bayern, 86. Bayerischer Nervenärztertag, Mitgliederversammlung/Fortbildung
03.11.2012	Bad Saarow	BRA Brandenburg, Mitgliederversammlung/Fortbildung
10.11.2012	Unna	WES Westfalen-Lippe, Herbsttagung/Mitgliederversammlung
14.11.2012	Erfurt, Park-Inn Anmeldung: Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4546920	THR Mitgliederversammlung/Fortbildung
November 2012	Leipzig	SAC Sachsen, Mitgliederversammlung/Berufspolitik
23.11.2012	Berlin, ICC BVDP	Mitgliederversammlung BVDP
13.4.2013	Köln, Park-Inn-City-West Anmeldung: Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4545920	BVDN 11. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag
27.4.2013	München, Hörsaalgebäude Klinikum R.d. Isar	BAY Bayern, Frühjahrstagung Mitgliederversammlung/Fortbildung



Berufsverband Deutscher Nervenärzte

www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

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

1. Vorsitzende der Landesverbände

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

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: R. Urban
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: P. Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: N. Mönter
Weiterbildungsordnung: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim, W. Lünser, Ch. Vogel
Leitlinien: F. Bergmann, U. Meier, C. Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: Vorstand

Referate

Demenz: J. Bohllken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: P. Reuther
Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kugelgen
Neuropsychologie: P. Reuther
Neuroonkologie: W. E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: G. Nelles

Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: C. Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: P. Reuther
Schlaf: R. Bodenschatz, W. Lünser
Schmerztherapie Neurologie: U. Meier, M. Körwer
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

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



Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch, Gelsenkirchen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart

Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; 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: U. Meier, P. Reuther
GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
Qualitätsmanagement: U. Meier
Risikomanagement: R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: U. Meier
Versorgungsforschung: U. Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: R. Hagenah
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: H. Masur / **AG ANR:** P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther / **UEMS:** F. Jungmann

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Heinz Herbst
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs, Bremen
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel, Peter Emrich
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Joachim Eißmann, Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Meyer-Hülsmann
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth, Martin Bausachs



Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

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

Referate

Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: H. Martens
Forensik: C. Vogel

Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: B. Otto
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: G. Sander

BVDP-Landessprecher

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

Ich will Mitglied werden!

■ **An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300 – 500 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 485 EUR für Chefärzte/Niedergelassene; 350 EUR für Fachärzte an Kliniken/Gemeinschaftspraxismitglieder; 90 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

- Ich bin
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | | |

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

■ **Nervenärzte als Vertreter in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Ärztekammern (ÄK)***

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. Ch. Andersen-Haag	München	ja	KV	089 62277260	089 62277266	christina.andersen@t-online.de
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. Karl Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. C. Vogel	München	ja	ÄK	089 2730700	089 27817306	praxcvogel@aol.com
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. G. Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	dr.g.benesch@t-online.de
Dr. Walter Raffauf	Berlin			030 2832794	030 2832795	Walter.raffauf@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 748720-7	0331 748720-9	st-alder@t-online.de
Dr. Gisela Damaschke	Lübben	ja	KV	035464038		mail@nervenarztpraxis-damaschke.de
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	ÄK/KV	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. Andre Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. Rita Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Dr. Klaus Baumgarten	Gießen	ja	KV	0641 791379	0641 791309	kbaumgarten@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
Peter Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Dr. Werner Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Dr. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. Ralph Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	ÄK/KV	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	ÄK/KV	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. Michael Dapprich	Bad Neuenahr	ja	ÄK	02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. Günter Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. Volkmar Figlesthaler	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. Rolf Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. Christa Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. Klaus Sackenheim	Andernach	ja	ÄK/KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. Siegfried Stepahn	Mainz	ja	ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	ÄK/KV	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. Ulrich Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. Helmut Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. Mario Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625		mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. H. Deike	Magdeburg	nein	KV	0391 2529188	0391 5313776	
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	ÄK/KV	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com
Dr. U. Thamer	Gelsenkirchen	ja	KV	0209 37356	0209 32418	Thamer.Herten@t-online.de

* Diese Liste der ÄK- und KV-Vertreter wird unter Vorbehalt veröffentlicht.

Dr. Uwe Bannert

Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg,
Tel.: 04551 96966-1, Fax: 04551 96966-9,
E-Mail: uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Martin Bauersachs

Wißstr. 9, 44137 Dortmund,
Tel.: 0231 142818
E-Mail: info@klemt-bauersachs.de

Dr. Gerd Benesch

Bundesallee 95, 12161 Berlin,
Tel.: 030 3123783, Fax: 030 32765024
E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.de

Dr. Frank Bergmann

Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen,
Tel.: 0241 36330, Fax: 0241 404972
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Dr. Ralf Berkenfeld

Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn,
Tel.: 02845 32627, Fax: 02845 32878
E-Mail: berkenfeld@t-online.de

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

Alfried-Krupp-Krankenhaus, 45131 Essen,
Tel.: 0201 4342-527, Fax: 0201 4432-377
E-Mail: berlit@ispro.de

Dr. Joachim Beutler

Fasanenstr. 25, 38102 Braunschweig,
Tel.: 0531 337717

Dr. Oliver Biniash

Friedrich-Ebert-Str. 78, 85055 Ingolstadt,
Tel.: 0841 83772, Fax: 0841 83762
E-Mail: psypraxingo@t-online.de

Dr. Lutz Bode

Mühlhäuserstr. 94, 99817 Eisenach,
Tel.: 03691 212343, Fax: 03691 212344
E-Mail: lutzbode@t-online.de

Dr. Jens Bohlken

Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin,
Tel.: 030 3329-0000, Fax: 030 3329-0017
E-Mail: dr.j.bohlken@gmx.net

PD Dr. Elmar Busch

Munckelstr. 55, 45879 Gelsenkirchen,
Tel.: 0209 160-1501 oder
Mobil: 0173 2552541
E-Mail: busch@evk-ge.de

Dr. Gunther Carl

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930
E-Mail: carlg@t-online.de

Dr. Mike Dahm

Meckenheimer Allee 67-69,
53115 Bonn,
Tel.: 0228 217862, Fax: 0228 217999
E-Mail: dahm@seelische-gesundheit-
bonn.de

Dr. Gisela Damaschke

Bergstr. 26, 15907 Lübben,
Tel.: 03546 4038, Fax: 03546 8409
E-Mail: mail@nervenarzt-luebben.de

Dr. Martin Delf

Lindenallee 7, 15366 Hoppegarten/Berlin,
Tel.: 03342 422930, Fax: 03342 422931
E-Mail: dr.delf@neuroprax.de

Prof. Dr. Hans-Christoph Diener

Universitätsklinikum Essen,
Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Dr. Ulrich Dölle

Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen,
Tel.: 0421 237878, Fax: 0421 2438796
E-Mail: u.doelle@t-online.de

Dr. Reinhard Ehret

Schloßstr. 29, 12163 Berlin,
Tel.: 030 790885-0, Fax: 030 790885-99
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Joachim Eißmann

Brühlstr. 15, 66606 St. Wendel/Saar,
Tel.: 06851 2112, Fax: 06851 2777

Dr. Joachim Elbrächter

Marktallee 8, 48165 Münster,
Tel.: 02501 4822/4821, Fax: 02501 16536
E-Mail: dr.elbraechter@freenet.de

Dr. Günther Endrass

Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt,
Tel.: 06359 9348-0, Fax: 06359 9348-15
E-Mail: g.endrass@gmx.de

Prof. Dr. Andreas Engelhardt

Evangelisches Krankenhaus,
Marienstr. 11, 26121 Oldenburg,
Tel.: 0441 236414, Fax: 0441 248784
E-Mail: andreas.engelhardt@nwn.de

Prof. Dr. Michael Faist

Hauptstr. 46, 77704 Oberkirch,
Tel.: 07802 6610, Fax: 07802 4361
E-Mail: michael.faist@web.de.

Dr. Peter Franz

Ingolstädter Str. 166, 80939 München,
Tel.: 089 3117111, Fax: 089 3163364
E-Mail: pkfranz@aol.com

Dr. Matthias Freidel

Brauerstr. 1-3, 24568 Kaltenkirchen,
Tel.: 04191 8486, Fax: 04191 89027

Dr. Frank Freitag

Berliner Str. 127, 14467 Potsdam,
Tel.: 0331 62081125, Fax: 0331 62081126

Prof. Dr. Wolfgang Fries

Pasinger Bahnhofplatz 4,
81241 München,
Tel.: 089 896068-0, Fax: 089 896068-22
E-Mail: fries@elfinnet.de

Prof. Dr. Christian Gerloff

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,
Martinistr. 52, 20251 Hamburg
Tel.: 040 42803-0, Fax: 040 42803-6878

Dr. Heinrich Goossens-Merk

Wördemanns Weg 25, 22527 Hamburg
E-Mail: dr.goossens-merkt@neurologie-
hamburg.net

Dr. Holger Grehl

Fahrner Str. 133, 47053 Duisburg,
Tel.: 0203 508126-1, Fax: 0203 508126-3
E-Mail: holger.grehl@ejk.de

Dr. Klaus Gorsboth

Bahnhofstr. 10, 59581 Warstein,
Tel.: 02902 9741-0, Fax: 02902 9741-33
E-Mail: gorsboth.bvdm@gmx.de

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

Appelhorn 12, 27356 Rotenburg,
Tel.: 04261 8008, Fax: 04261 8400118
E-Mail: rhagenah@web.de

Dr. Angelika Haus

Dürener Str. 332, 50935 Köln,
Tel.: 0221 402014, Fax: 0221 405769
E-Mail: hphaus1@aol.com

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

Marienstr. 7, 70178 Stuttgart,
Tel.: 0711 220774-0, Fax: 0711 220774-1
E-Mail: heinz.herbst@t-online.de

Dr. Guntram Hinz

Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg,
Tel.: 040 60679863, Fax: 040 60679576
E-Mail: guntram.hinz@yahoo.de

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg,
Tel.: 06021 449860, Fax: 06021 44986244
E-Mail: praxis@wehofmann.de

Dr. Thomas Hug

Bergheimer Str. 33 69115 Heidelberg,
Tel.: 06221 166622
E-Mail: hug.thomas@t-online.de

Dr. Ulrich Hutschenreuter

Am Dudoplatz 1, 66125 Saarbrücken,
Tel.: 06897 7681-43, Fax: 06897 7681-81
E-Mail: U.Hutschenreuter@t-online.de

Dr. Birgit Imdahl

Bergstr. 5, 78628 Rottweil,
Tel.: 0741 43747
E-Mail: praxis.imdahl@t-online.de

Dr. Josef Kesting

Käthe-Kollwitz-Str. 5, 04109 Leipzig,
Tel.: 0341 4774508, Fax: 0341 4774512
E-Mail: josef.kesting@gmx.de

Dr. Werner Kissling

Möhlstr. 26, 81675 München,
Tel.: 089 41404207
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de

Dr. Sabine Köhler

Dornburger Str. 17a, 07743 Jena,
Tel.: 03641 443359
E-Mail: sab.koehler@web.de

Dr. Fritz König

Sandstr. 18-22, 23552 Lübeck,
Tel.: 0451 71441, Fax: 0451 7060282
E-Mail: info@neurologie-koenig-
luebeck.de

Dr. Johanna Krause

Schillerstr. 11a, 85521 Ottobrunn
E-Mail: drj.krause@yahoo.com

Prof. Dr. Peter Krauseneck

Neurologische Klinik Bamberg,
Burgerstr. 80, 96049 Bamberg,
Tel.: 0951 503360-1, Fax: 0951 503360-5
E-Mail: BAS2BA01@urz.uni-bamberg.de

Dr. Thomas Krichenbauer

Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen,
Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930
E-Mail: kriichi@web.de

Dr. Bernhard Kügelgen

Postfach 20 09 22, 56012 Koblenz,
Tel.: 0261 30330-0, Fax: 0261 30330-33

Dr. Peter Laß-Tegethoff

Frankfurter Str. 71, 35625 Hüttenberg,
Tel.: 06441 9779722, Fax: 06441 9779745
E-Mail: tegethoff@neuropraxis-
rechtenbach.de

Dr. Andreas Link

Alter Bremer Weg 14, 29223 Celle,
Tel.: 05141 330000, Fax: 05141 889715
E-Mail: neurolink@t-online.de

Dr. Wolfhard Lünser

Werler Str. 66, 59065 Hamm,
Tel.: 02381 26959, Fax: 02381 983908
E-Mail: Luenser.Hamm@t-online.de

Dr. Hans Martens

Josephsplatz 4, 80798 München,
Tel.: 089 2713037, Fax: 089 27349983
E-Mail: dr.h.martens@gmx.de

Dr. Norbert Mayer-Amberg

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover,
Tel.: 0511 667034, Fax: 0511 621574
E-Mail: mamberg@htp-tel.de#

Dr. Ramon Meißner

Hinter der Kirche 1b, 19406 Sternberg,
Tel.: 03847 5356, Fax: 03847 5385
E-Mail: rc.meissner.praxis@gmx.de

Dr. Uwe Meier

Am Ziegelkamp 1 f, 41515 Grevenbroich,
Tel.: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822
E-Mail: umeier@t-online.de

Dr. Norbert Mönter

Tegeler Weg 4, 10589 Berlin,
Tel.: 030 3442071, Fax: 030 84109520
E-Mail: moenter-berlin@t-online.de

Dipl. med. Delia Peschel

Fröbelstr. 1, 03130 Spremberg,
Tel.: 03563 52213, Fax: 03563 52198
E-Mail: delip@web.de

Dr. Rolf Peters

Römerstr. 10, 52428 Jülich,
Tel.: 02461 53853, Fax: 02461 54090
E-Mail: dr.rolf.peters@t-online.de

Dr. Walter Raffauf

Dirksenstr. 47, 10178 Berlin,
Tel.: 030 2832794 Fax: 030 2832795

Dr. Elisabeth Rehkopf

Bischofsstr. 30, 49074 Osnabrück,
Tel.: 0541 8003990, Fax: 0541 80039920
E-Mail: elisabeth.rehkopf@web.de

Prof. Dr. Fritjof Reinhardt

D.-Chr.-Erleben-Str. 2,
01968 Senftenberg,
Tel.: 03573 752150, Fax: 03573 7074157
E-Mail: ProfReinhardt@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10,
53474 Bad-Neuenahr-Ahrweiler,
Tel.: 02641 98040, Fax: 02641 980444
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel.: 0160 97796487, Fax: 02632 9640-96
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Klaus Sackenheim

Breite Str. 63, 56626 Andernach,
Tel.: 02632 9640-0, Fax: 02632 9640-96
E-Mail: bvdn@dr-sackenheim.de

Dr. Manfred Salschek

Schulstr. 11, 49477 Ibbenbüren
Tel.: 05451 50614-00, Fax: 05451 50614-50
E-Mail: salschek.ibb@t-online.de

Dr. Greif Sander

Wahrendorff-Str. 22, 31319 Sehnde,
Tel.: 05132 902465, Fax: 05132 902459
E-Mail: dr.sander@wahrendorff.de

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15,
06886 Lutherstadt-Wittenberg,
Tel.: 03491 442567, Fax: 03491 442583

Dr. Karl-Otto Sigel

Hauptstr. 2, 82008 Unterhaching,
Tel.: 089 4522 436 20,
Fax: 089 4522 436 50,
E-Mail: karl.sigel@gmx.de

Matthias Stieglitz

Reichenberger Str. 3, 13055 Berlin,
Tel.: 030 9714526
E-Mail: matthias.stieglitz.praxis@
t-online.de

Dr. Helmut Storz

Stieglitzweg 20, 66538 Neunkirchen,
Tel.: 06821 13256, Fax: 06821 13265
E-Mail: h.storz@gmx.de

Dr. Siegfried R. Trichel

Halterner Str. 13,
45657 Recklinghausen,
Tel.: 02361 2603-6, Fax: 02361 2603-7

Dr. Roland Urban

Turmstr. 76 a, 10551 Berlin,
Tel.: 030 3922021, Fax: 030 3923052
E-Mail: dr.urban-berlin@t-online.de

Dr. P. Christian Vogel

Agnesstr. 14/III, 80798 München,
Tel.: 089 2730700, Fax: 089 27817306
E-Mail: praxcvogel@aol.com

Prof. Dr. Klaus Peter Westphal

Neuer Graben 21, 89073 Ulm,
Tel.: 0731 66199, Fax: 0731 66169
E-Mail: info@prof-westphal.de

Dr. Gerd Wermke

Talstr. 35-37, 66424 Homburg,
Tel.: 06841 9328-0, Fax: 06841 9328-17
E-Mail: wermke@myfaz.net

Dr. Elke Wollenhaupt

Anton-Graff-Str. 31, 01309 Dresden,
Tel.: 0351 4413010
E-Mail: elke.wollenhaupt.web.de

Dr. Werner Wolf

Hindenburgstr. 11, 35683 Dillenbrugg,
Tel.: 02771 8009900
E-Mail: praxis@dr-werner-wolf.de

PD Dr. Roland Würz

Friedrichstr. 73, 76669 Bad Schönborn,
Tel.: 07253 31865, Fax: 07253 50600

PD Dr. Albert Zacher

Watmarkt 9, 93047 Regensburg,
Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704
E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Dr. Falk von Zitzewitz

Schillerplatz 7, 71638 Ludwigsburg,
Tel.: 07141 90979, Fax: 07141 970252
E-Mail: falk.von-zitzewitz@gmx.de

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

von BVDN und BDN,
Sprecher: Dr. Dr. Paul Reuther,
Schülzchenstr. 10,
53474 Ahrweiler,
E-Mail: preuther@rz-online.de

Athene Akademie

Qualitätsmanagement im
Gesundheitswesen
Geschäftsführerin:
Gabriele Schuster,
Traubengasse 15,
97072 Würzburg,
Tel.: 0931 2055526,
Fax: 0931 2055525,
E-Mail: g.schuster@athene-qm.de

Cortex GmbH

Gut Neuhof,
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
Tel.: 02151 4546920,
Fax: 02151 4546925,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)

Schanzenstr. 27, Schlosserei 4,
51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95,
Mobil: 0173 2867914,
E-Mail: info@diqn.de

Fortbildungsakademie

Traubengasse 15,
97072 Würzburg,
Tel.: 0931 2055516,
Fax: 0931 2055511,
E-Mail: info@akademie-
psych-neuro.de
www.akademie-psych-neuro.de
Vorsitzender: PD Dr. A. Zacher,
Regensburg

QUANUP e.V.

Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie e.V., Gut Neuhof,
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld,
Tel.: 02151 4546920,
Fax: 02151 4546925,
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
E-Mail: kontakt@quanup.de
www.quanup.de

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

Bundesärztekammer (BÄK) Arbeitsgemeinschaft der

deutschen Ärztekammern,
Herbert-Lewin-Platz 1,
10623 Berlin,
Tel.: 030 4004 560,
Fax: 030 4004 56-388 ,
E-Mail info@baek.de
www.bundesaeztekammer.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Herbert-Lewin-Platz 2,
10623 Berlin, Postfach 12 02 64,
10592 Berlin, E-Mail:
info@kbv.de, www.kbv.de

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Geschäftsführung:
Dr. Thomas Thiekötter,
Reinhardtstr. 14,
10117 Berlin,
www.dgn.org

Fortbildungsakademie der DGN

Geschäftsführung:
Karin Schilling,
Neurologische Universitätsklinik
Hamburg-Eppendorf,
Martinistr. 52,
20246 Hamburg,
E-Mail: k.schilling@uke.uni-
hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)

Pasinger Bahnhofplatz 4,
81242 München,
Tel.: 089 82005792,
Fax: 089 89606822,
E-Mail: info@bv-anr.de
www.bv-anr.de

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

1. Vorsitzender:
Prof. Dr. Eberhard König,
Neurologische Klinik
Bad Aibling, Kolbermoorstr. 72,
83043 Bad Aibling,
Tel.: 08061 903501,
Fax: 08061 9039501,
E-Mail: ekoenig@schoen-
kliniken.de, www.dgnr.de

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

Vorsitz: R. Radzuweit,
Godeshöhe, Waldstr. 2–10,
53177 Bonn-Bad Godesberg,
Tel.: 0228 381-226 (-227),

Fax: 0228 381-640,
E-Mail: r.radzuweit@bv-
neurorehabilitation.de
www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuro-psychologie (GNP) e.V.

Geschäftsstelle Fulda,
Postfach 1105,
36001 Fulda,
Tel.: 0700 46746700,
Fax: 0661 9019692,
E-Mail: fulda@gnp.de
www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

Vorsitz: Dr. M. Prosiegel,
Fachklinik Heilbrunn,
Wörnerweg 30,
83670 Bad Heilbrunn,
Tel.: 08046 184116,
E-Mail: prosiegel@t-online.de
www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Alte Jakobstr. 77,
10179 Berlin,
Tel.: 030 284499 22,
Fax: 030 284499 11,
E-Mail: gs@dgnc.de
www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin,
Tel.: 030 284499 33,
Fax: 030 284499 11,
E-Mail: gs@bdnc.de
www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

Straße des 17. Juni 114,
10623 Berlin,
Tel.: 030 330997770,
Fax: 030 916070-22,
E-Mail: DGNR@Neuro-
radiologie.de
www.neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Reinhardtstr. 14,
10117 Berlin,
Tel.: 030 28096601/02,
Fax: 030 28093816
Kommiss. Geschäftsführung:
Juliane Amlacher

E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) e.V.

Postfach 1366,
51675 Wiehl,
Tel.: 02262 797683,
Fax: 02262 9999916,
E-Mail: G5@dggpp.de
www.dggpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)

Reinhardtstr. 14,
10117 Berlin,
Tel.: 030 28096519,
Fax: 030 28096579,
E-Mail: geschaeftsstelle@
dgkjp.de, www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)

Von-der-Leyen-Str. 21,
51069 Köln,
Tel.: 0221 16918423,
Fax: 0221 16918422,
E-Mail: mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)

Brücker Mauspfad 601,
51109 Köln,
Tel.: 0221 842523,
Fax: 0221 845442,
E-Mail: staeko@vakjp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg,
Martinistr. 52, 20246 Hamburg,
Tel. und Fax: 040 42803 5121,
E-Mail: info@dgsuchtmedizin.de
www.dgsuchtmedizin.de/

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer,
Furtbachkrankenhaus,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart,
Tel.: 0711 6465126,
Fax: 0711 6465155,
E-Mail: etzersdorfer@fbkh.org
www.suizidprophylaxe.de

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber:

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

Geschäftsstelle:

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

Schriftleiter:

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

Verlag:

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

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:

Die Urban & Vogel GmbH ist 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. 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 Deutschland GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH ist die Springer Science + Business Media Netherlands B.V., die 100% der Anteile hält. Die Springer Science + Business Media Netherlands B.V. ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science + Business Media Finance S.à R.L. Die Springer Science+Business Media Finance S.à R.L. ist eine 100%ige Tochter der Springer Science+Business Media S.A.

Geschäftsführer:

Harm van Maanen, Stephan Kröck,
Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Dr. Gunter Freese (Leitung),
Tel.: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435,
E-Mail: gunter.freese@springer.com;
Thomas Müller (-1461);
Heike Grosse (-1311); Dr. Thomas Riedel (-1327);
Monika Hartkopf (CvD, -1409);
Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

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

Corporate Publishing:

Ulrike Hafner (Leitung, Anschrift wie Verlag, -1331);

Anzeigenleitung:

Peter Urban (Anschrift wie Verlag, -1333,
E-Mail: peter.urban@springer.com)
Anzeigenpreisliste Nr. 14 vom 1.10.2011

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

Abonnement:

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

Bezugspreise:

Einzelheft: 22 €. Jahresabonnement: 203 €. Für Studenten/ AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 28 €, Ausland 40 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 49,95 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise:

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

Druck:

KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel

GmbH, München
ISSN 1436-123X



IA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2008



© W. Schulte-Mattler

Vorschau

Ausgabe 9/2012

September

Erscheint am 19. September 2012

Dystonien

Die genaue Beschreibung der Symptomatik und Einordnung hyperkinetischer Bewegungsstörungen in die Klassifikation der Dystonien ist wesentlich für prognostische Einschätzungen und therapeutische Optionen.

Intelligenzminderung

Menschen mit einer geistigen Behinderung besitzen eine erhöhte Vulnerabilität somatisch oder psychisch zu erkranken, sind aber auch anfälliger für unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Arbeitsunfall

Damit psychische Erkrankungen, die durch oder während einer Erwerbstätigkeit auftreten, als Arbeitsunfall anerkannt werden, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein, die auch bei einer psychiatrisch-medizinischen Begutachtung zu beachten sind.