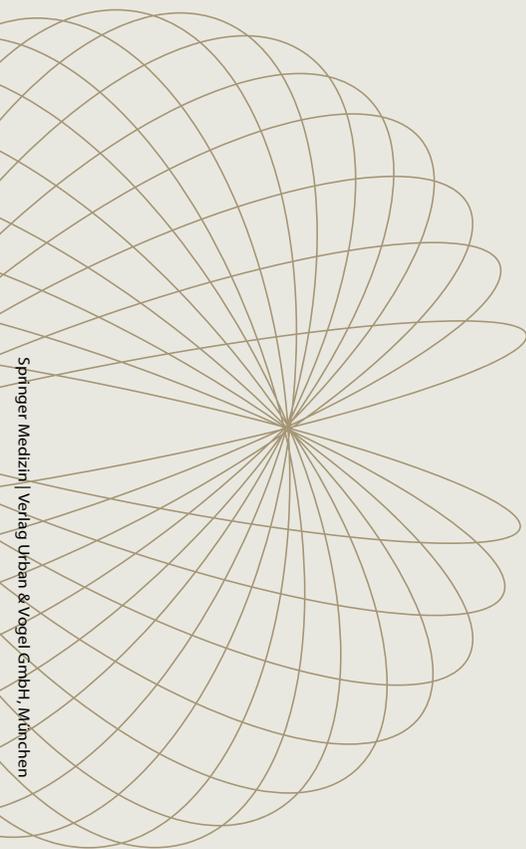


10 Oktober 2012 _ 23. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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



BDN-Forum beim DGN-Kongress
Die Zukunft der Versorgung

Asperger-Autismus
Im Ganzen überfordert, im Detail überragend

CME: Schizophrenie
Nutzen und Risiken der Polypharmazie





»Es geht um Grundsätzliches: Wenn die Ärzteschaft jetzt nicht aufpasst, bekommen wir mittelfristig US-amerikanische Verhältnisse.«

Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN

Es geht nicht allein um die Honorare

Das alles beherrschende Thema der letzten Wochen sind die Honorarverhandlungen der KBV mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und die daraus folgenden Protestaktionen der Ärzteschaft. Wie Sie unseren Berichten aber auch der Publikumspresse entnommen haben, konnte zwischen beiden Parteien keine Einigung erzielt werden. Das Ergebnis der Schlichtung mit einer Honorarerhöhung von 0,9% ist für die Ärzteschaft auf keinen Fall akzeptabel. Was sind die Hintergründe? Es geht hier nicht allein um die Anpassung der Honorare. Denn anders als zum Teil in den öffentlichen Medien diskutiert, steht hier nicht eine Gehaltserhöhung der Ärzte vergleichbar mit den Honorarforderungen der Flugbegleiter im Raum. Die 0,9% würden allein schon für die Neuzulassungen von Vertragsärzten mehr als verbraucht. Von dieser „Honorarerhöhung“ würde also kein Vertragsarzt etwas auf seinem Konto wieder finden. Im Gegenteil: Dies würde sogar zu einem realen Minus führen.

Tatsächlich sind deutlich höhere Honoraranpassungen erforderlich, um die – belegbaren! – Kostensteigerung der letzten Jahre zu kompensieren und die Inflation auszugleichen. Die Daten belegen, dass die Praxen einen erheblichen Investitionsstau aufweisen. Dieser Umstand führt ebenfalls zu einem praktischen Minus. Sämtliche Berufsverbände haben sich daher zu einer Allianz zusammengeschlossen und sich für Protestaktionen gegen diese realen Kürzungen entschieden. In einer Sonderversammlung der KBV am 1.9.2012 haben die Verbände eindrucksvoll Geschlossenheit demonstriert. Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler vermochte in einer ebenso mitreißenden wie sachlich überzeugenden Kampfredie die Verbände hinter sich zu einen.

Köhler ging sogar so weit, den Sicherstellungsauftrag infrage zu stellen. Dies mag zunächst übertrieben klingen. Tatsächlich geht es aber um weit mehr als nur um Honorarforderungen. Es geht vielmehr auch um die ständigen Diffamierungskampagnen der Krankenkassen, die – gezielt und von langer Hand strategisch geplant – vor Ärztetagen oder Honorarverhandlungen öffentlich gestreut werden. Die Ärzteschaft ist in der Tat gut beraten, jetzt ein Zeichen zu setzen. Auch der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich geschlossen hinter die Vertragsärzte gestellt. Der Vorsitzende der Bundesärztekammer, Professor Frank Ulrich Montgomery, hat in diesem Zusammenhang erklärt, dass es darum geht, das Kartell der Krankenkassen zu durchbrechen.

Schon jetzt besteht die Gefahr, dass die Therapiefreiheit in Kliniken und Praxen immer mehr zur Farce verkommt, weil sie durch Budgetbegrenzungen, Regressandrohungen sowie eine überragende Bürokratie konterkariert wird. Wenn die Ärzteschaft jetzt nicht aufpasst, bekommen wir mittelfristig US-amerikanische Verhältnisse. Budgets und Kontingente für diagnostische Verfahren und Therapien werden dann vollends das medizinische Handeln bestimmen. Deshalb hat Montgomery recht: Es geht hier um ganz grundsätzliche Fragen! BVDN, BDN und BVDP unterstützen deshalb die Protestaktion ausdrücklich. Auch die DGN hat uns Unterstützung und Solidarität zu gesichert. Selbstverständlich kann man darüber streiten, wie sinnvoll die eine oder andere Maßnahme im Einzelfall ist. Im Grundsatz sind sie aber unvermeidbar. Die Allianz ist sich weitgehend einig, dass die Protestaktionen nicht zulasten der Patienten erfolgen dürfen. Auch dieser Umstand ist für die kreative Anmutung einiger Aktionen ursächlich. Die Wirksamkeit der Aktionen hängt von der Geschlossenheit der Verbände und der Entschlossenheit der Mitglieder ab. Hier dürfen Neurologen, Nervenärzte und Psychiater nicht zurückstehen!

Die Einigkeit der Vertragsärzte darf natürlich nicht darüber hinweg täuschen, dass es auch innerhalb der Ärzteschaft Verteilungsgerechtigkeiten gibt – ein Argument, das auch gerne von den Krankenkassen und Politikern eingesetzt wird, um von der Gesamtproblematik abzulenken und den schwarzen Peter zurückzuschieben: Divide et impera. Daher ist das Gebot der Stunde der Zusammenhalt. Sobald Einigkeit zwischen den Verhandlungspartnern über die Honorarzuwächse erzielt wurde, gilt es, sich weiterhin ebenso entschieden für mehr Honorargerechtigkeit zwischen den Fachgruppen und damit für die Aufwertung der ZNS-Fächer einzusetzen. Wir bleiben dran!

Mit kollegialen Grüßen,
Ihr



28 Botulinumtoxin in der Praxis

Die Einsatzmöglichkeiten von Botulinumtoxin in der Neurologie sind breit gefächert. Doch hierzulande bieten Neurologen die Botulinumtoxintherapie kaum oder gar nicht an. Hauptgrund ist, dass sich diese spezialisierte Behandlung bisher in keiner ärztlichen Honorarordnung wiederfindet.

8 Die Zukunft der Versorgung

Die Versorgungssituation zeigt bereits heute Bedarfe, die nicht gedeckt werden können. Auf dem BDN-Forum im Rahmen des DGN-Kongresses in Hamburg wagte der Berufsverband der Neurologen darüber hinaus einen Blick in die Zukunft der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Dabei wurde klar: Heutige Versorgungsprobleme und finanzielle Beschränkungen im Gesundheitswesen sind erst der Anfang.

Hinweis

Auf Seite 74 f. lesen Sie „Pharmawissen aktuell: Patientenorientierte Therapie bei mittelschwerer Depression/Schwierig, aber durchaus machbar!“

Wir bitten um Beachtung.

Titelbild: „Massiv Ornament Triptychon“
© Peter Nowotny

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 **Die eingeschränkte Versorgung der Zukunft hat längst begonnen**

BDN-Forum beim 85. DGN-Kongress in Hamburg

10 **Der heiße Draht in die Gremien**

Neues aus dem BVDN-Landesverband Rheinland-Pfalz

16 **BVDN Baden-Württemberg empfiehlt Beitritt zum PNP-Vertrag**

Ergebnisse der Nachverhandlungen
Leserbrief und Kommentar zum Thema

12 **Gesundheitspolitische Nachrichten**

Dreimonatiges Zulassungsmoratorium für kleine Arztgruppen

Bahr: Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

GKV-Rücklagen sinnvoll verwenden

Rund um den Beruf

20 **Rechtliche Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung**

Der Arbeitsunfall in der gesetzlichen Unfallversicherung – Teil I

28 **Behandlung mit Botulinumtoxin in neurologischen Praxen nicht die Regel**

32 **Recherche in neuer Dimension**

Serie e.Med – Teil 2: e.Bibliothek

35 **Der Patient auf Augenhöhe**

Dr. Falk von Zitzewitz, Ludwigsburg, im Praxisporträt



36 Asperger-Autismus

Im Unterschied zu frühkindlichen Autisten sind Asperger-Patienten in der Regel mindestens normal begabt und verfügen über mindestens durchschnittliche sprachliche Fertigkeiten. Sie haben allerdings erhebliche Probleme beim Verstehen der Handlungen und Motive ihrer Mitmenschen. Dadurch entstehen oft gravierende soziale Probleme, die in der Regel ab dem späten Grundschulalter deutlich werden. Hinzu kommen meist eingeschränkte Interessen, oft in Verbindung mit herausragendem Wissen in einem bestimmten Teilbereich.

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)**



Fortbildung

- 36 Asperger-Autismus**
Im Ganzen häufig überfordert, im Detail oft überragend
- 49 Kardiovaskuläres Risiko bei ADHS-Behandlung**
Neues aus dem Arzneimittel-Informationsdienst AGATE
- 55 Psychiatrische Kasuistik:
Medikamenten-induzierte manische Symptome**
- 62 CME: Schizophrenie**
Nutzen und Risiken der Polypharmazie
- 67 CME-Fragebogen**



Journal

- 76 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Dr. Copeland – Ein Arzt für die Einsamen
aus Carson McCullers Roman „Das Herz ist
ein einsamer Jäger“
- 80 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Peter Nowotny
Gesten, Posen, Attribute, Ornamente

- 34 Kleinanzeigen**
- 70 Pharmaforum**
- 84 Termine**
- 86 Verbandsservice**
- 91 Impressum/Vorschau**

BDN-Forum beim 85. DGN-Kongress in Hamburg

Die eingeschränkte Versorgung der Zukunft hat längst begonnen

Anlässlich des DGN-Kongresses wagte das diesjährige Forum des Berufsverbandes der Neurologen (BDN) einen Blick in die Zukunft der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Professor Fritz Beske aus Kiel machte klar: Heutige Versorgungsprobleme und finanzielle Beschränkungen im Gesundheitswesen sind erst der Anfang.

Die Analyse der Versorgungssituation zeigt bereits heute Bedarfe, die nicht gedeckt werden können. Dr. Uwe Meier, 1. Vorsitzender des BDN, stellte fest: „Wir sind bereits jetzt an der Grenze dessen, was wir noch leisten können.“ Dabei ist die gesundheitspolitische und ökonomische Bedeutung der Hirnerkrankungen bekannt. Selbst das Weltwirtschaftsforum der Vereinten Nationen beschäftigte sich im letzten Jahr damit [1], verursachen doch diese Erkrankungen in einkommensstarken wie einkommensschwachen Ländern einen größeren Verlust an gesunden Lebensjahren und mehr Kosten und Verlust an Wirtschaftskraft als die anderen großen Morbiditätsgruppen Herz-Kreislauf-, Krebs-, Lungen- und Zuckererkrankungen. Der Schluss der Experten: Fraglos werden Gegenmaßnahmen teuer werden. Aber nichts zu tun, wird mit Sicherheit sehr viel mehr kosten.

Belastungen in Europa groß

Die Daten aus Europa sind nach einer Studie aus dem letzten Jahr ebenso eindeutig [2]: Psychische und neurologische Störungen sind zusammen für 26,6 % der gesellschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten der EU verantwortlich. Die vier am stärksten belastenden Erkrankungen sind Depression, Demenz, Alkoholabhängigkeit und Schlaganfall. Insgesamt sind Hirnerkrankungen vor Krebs- und Herzerkrankungen die am häufigsten und am meisten belastenden Krankheiten. Dabei erhalten europaweit nur ein Drittel aller Patienten irgendeine Therapie, oft erst Jahre nach Krankheitsbeginn, und nur in jedem zehnten Falle halbwegs adäquat, so die Studie.

Situation in Deutschland

In Deutschland verursachen psychische und neurologische Erkrankungen zusammen nach Daten des Statistischen Bundesamtes ebenfalls die höchsten Krankheitskosten aller Krankheitsgruppen [3]. Sie sind am deutlichsten mit dem Verlust von Erwerbsjahren, sei es durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder Mortalität, verbunden [4]. Die ärztliche Selbstverwaltung malt aber bezüglich der Versorgung ein düsteres Bild: Neben Augen-, Frauen- und Hautärzten sieht sie vor allem bei Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern zukünftig Versorgungsengpässe [5] durch den demografischen Wandel, Nachwuchsprobleme oder auch die Arbeitszeitverkürzung. Dabei waren schon in der Vergangenheit die Zunahme der Leistungsmenge und die Fallzahlen in den neurologischen und psychiatrischen Fachgruppen sehr viel größer als in allen anderen Fachgruppen, berichtete Meier. Zwischen 1994 und 2004 war die Fallzahl von Nervenärzten um 37 %, von Neurologen um 42 %, von ärztlichen Psychotherapeuten um 56 % und von Psychiatern gar um 89 % angestiegen. Auch die Notfallambulanzen seien laut eines aktuellen Brandbriefs im Auftrag der leitenden Krankenhausärzte völlig überlaufen.

Drei Forderungen des BDN

Meier beließ es aber nicht bei den Belegen einer wachsenden Lücke zwischen Bedarf und tatsächlicher Versorgung. Berufspolitisch forderte er für den BDN: — Ressourcen morbiditäts- und damit bedarfsorientiert zuzuordnen,

— intelligente sektorenübergreifende Behandlungspfade auszubauen und — über Priorisierung zu diskutieren.

Es wird schlimmer kommen

Professor Fritz Beske, Gründer und Direktor des Fritz-Beske Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung in Kiel, glaubt nicht, dass das reicht. Er rechnete vor, was auf unsere sozialen Sicherungssysteme zukommt: Wo heute drei Erwerbstätige einen Rentner tragen, wird das 2030 nur noch einer tun müssen. Die steigende Lebenserwartung mit steigender Morbidität steht schon bald einem dramatischen Mangel an Ärzten, Pflegekräften und Mitteln im Gesundheitswesen gegenüber. Der Hoffnung, dass zumindest die finanziellen Probleme aus Steuermitteln aufgefangen werden könnten, widerspricht er: Die Schuldenbremse, die dem Bund ab 2016, den Ländern ab 2020 einen ausgeglichenen Haushalt vorschreibt, wird das nicht zulassen. Für Beske ist klar: Das Gesundheitswesen wird sich am eigenen Schopf aus der Misere herausziehen müssen.

Stille oder offene Rationierung?

Wünschenswert wäre eine offene Diskussion über Priorisierung, also eine Konsensbildung über den Einsatz der vorhandenen Mittel nach transparenten Prioritäten. Stattdessen fürchtet Beske, das es eher zur stillen Rationierung kommt. Wie schnell das gehen kann, zeigen die Euro-Krisenstaaten: In Griechenland gibt es laut Beske keine Arzneimittel mehr, wenn sie nicht bar bezahlt werden, Krankenhäuser werden nicht mehr mit den notwendigen Medikamen-

Die Referenten beim diesjährigen BDN-Forum im Rahmen des DGN-Kongresses (v.l.n.r.): Dr. Uwe Meier, Prof. Dr. Wolfgang Oertel, Prof. Dr. Fritz Beske, Dr. Frank Bergmann



ten beliefert, weil die pharmazeutischen Unternehmen fürchten, dass die Rechnungen nicht bezahlt werden. In Großbritannien hat man bereits öffentlich eine Rationierung vorgenommen. Erhebliche Kürzungen im staatlichen Gesundheitswesen (NHS) führten dazu, dass Hüft- und Knie-Totalendoprothesen nur noch bei unerträglichen Schmerzen implantiert und Katarakte nur bei drohender Arbeitsunfähigkeit operiert werden. Was nicht mehr vom NHS bezahlt wird, kann privat eingekauft werden.

Augen zu und durch

In Deutschland wird es wahrscheinlich eher wie in Österreich weitergehen: Dort hatten sich im Frühjahr Bund, Länder und Sozialversicherungsträger getroffen, weil die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen nicht mehr finanzierbar sind. Das Ergebnis bezeichnete Beske als sybillinisch: Der Leistungskatalog bleibt unangetastet, das Geld für Leistungen wird reduziert und die Leistungserbringer müssen sehen, wie sie damit klar kommen. Das Prinzip dürfte allen im deutschen Gesundheitswesen Tätigen bekannt vorkommen.

Hoffnungen, dass Rationalisierung vor Rationierung die Finanzierungslücken füllen könne, widersprach Beske: Die von vielen politisch Aktiven genannten Einsparungspotenziale in einer Größenordnung von einem Drittel des Gesundheitswesens habe ihm noch keiner mit konkreten Zahlen belegen können. Einsparpotenziale kämen meist den Institutionen selbst zugute, aber nicht dem gesamten Gesundheitswesen. „Sicher gibt es Möglichkeiten, einzusparen, aber da

braucht man Personenschutz“, sagt Beske. Seine Rezepte für die Genesung des Gesundheitswesens gehen vor allem zu Lasten der stationären Versorgung. Er sieht Potenzial in der Schließung von Krankenhäusern, ist doch Deutschland bei Bettenzahl und Liegedauer im internationalen Vergleich (außer im Vergleich zu Österreich) immer noch üppig ausgestattet, die Bettenauslastung ist immer noch relativ schlecht und es gibt viele Kliniken mit weniger als 50 Betten. „Da könnten wir 50% schließen, ohne die Versorgung zu verschlechtern, ja sie könnte sich sogar wegen steigender Spezialisierung verbessern“, so Beske. Mit Kur- und Rehabilitationseinrichtungen würde er ähnlich verfahren, wisse aber, dass er dann sofort alle Bürgermeister und Landräte der betroffenen Regionen gegen sich hätte.

Leistungseinschränkungen ab 2015

So wird sich nach Beskes Befürchtungen nicht viel ändern. Er weist darauf hin: „Das Sozialgesetzbuch V, die Bibel der Gesetzlichen Krankenversicherung, nennt etwa 50 Mal ‚Wirtschaftlichkeit‘ sowie die Begriffe ‚ausreichend‘ und ‚notwendig‘. ‚Optimal‘ ist da nicht enthalten.“ Er prognostiziert: Ab 2015 kann nicht mehr finanziert werden, was versprochen wird und was den Versicherten als Anspruch immer wieder vor Augen geführt wurde. Die einzige Antwort des derzeitigen Gesundheitswesens scheint die stille Rationierung zu sein: Aus dem gleichen Topf wie heute sollen unverändert Leistungen erbracht werden. Die Folge: Die Institution, der Leistungserbringer muss entscheiden, wem was konkret gewährt wird oder nicht. Trotz die-

ser düsteren Aussichten warnt er aber Ärzte, selbst als erstes Lösungsvorschläge zu machen. „Dann stellen sich die Politiker vor die Patienten und die Ärzte an den Pranger“. Das Primat habe in dieser Frage die Politik. Sie müsse ehrlich sagen, was komme: Das Notwendige ja, aber das Machbare, Wünschbare kann es im Rahmen der GKV nicht mehr geben. Dann sollte die Politik die Fachwelt beauftragen, Vorschläge zu machen. Das werde natürlich zu einer Zerreißprobe innerhalb der Ärzteschaft selbst führen und die Bevölkerung werde auf die Straße gehen, denn es werde zu erheblichen Zuzahlungen wie heute schon in der Zahnmedizin kommen. „Aber es gibt keine andere Möglichkeit“, so Beske. „Ich kann nur hoffen, dass ich mich irre. Aber ich fürchte, ich irre mich nicht.“ □

BDN-Forum: Die Zukunft der Neurologie: Versorgungsbedarfe und Ressourcen. Im Rahmen des 85. Kongresses der DGN 2012, 28.9.2012, Hamburg

LITERATUR

1. Bloom DE et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. 2011 Geneva: World Economic Forum
2. Wittchen HU et al. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 655–79
3. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Band 48, 2009
4. Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de
5. BÄK und KBV: Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung: Daten, Fakten, Trends 5. Auflage. Berlin 2010

Friederike Klein, München

BVDN-Landesverband Rheinland-Pfalz

Der heiße Draht in die Gremien

Wenn Mitglieder des BVDN Rheinland-Pfalz den BVDN-RP-E-Mail-Newsletter bekommen, wissen sie: Das ist für meine Praxis wichtig. Frühzeitig und aus erster Hand erhalten sie Informationen zu abrechnungsrelevanten Fragen oder dem Umgang mit neuen Regelungen.

Hinter dem BVDN-RP-E-Mail-Newsletter steckt weit mehr, als nur ein regelmäßiger Verbandsbericht des Schriftführers. „Wir haben uns über zehn Jahre konsequent und konstruktiv in der KV und in anderen Organisationen wie dem Facharztverband Rheinland-Pfalz (FAiRLP) engagiert“, berichtet Dr. Günther Endrass, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Rheinland Pfalz. „Der Marsch durch die Gremien hat uns eine gute Positionierung gebracht, die darin gipfelte, dass mein BVDN-Amtsvorgänger Dr. Klaus Sackenheim 2011 in den Vorstand der KV gewählt wurde.“ Der BVDN Rheinland Pfalz ist derzeit außerdem in der Vertreterversammlung und der Plausibilitätskommission der KV vertreten, dazu in der gemeinsamen Prüfeinrichtung von Krankenkassen und KV (Beschwerdeausschuss) und auch in den Ärztekammern. So ist es möglich, frühzeitig wichtige Informationen zu erhalten und weiterzugeben. Die Präsenz in den Gremien gewährleistet, dass die spezifisch nervenärztlich-neurologisch-psychiatrischen Belange besser vertreten werden können.

Das breite Engagement in den Gremien beschränkt sich keineswegs nur auf

den Vorstand. „2011 konnten wir bei der Wahl zu den Ärztekammern durch die Netzarbeit auch neun reguläre Mitglieder in die Vertreterversammlungen der Landes- und Bezirksärztekammern hineinbringen, nachdem diese gesehen haben, dass Gremienarbeit für die Situation in der Praxis tatsächlich etwas nutzt.“

Probleme frühzeitig verhindern

Regressen sind in Rheinland-Pfalz deutlich rückläufig. Wie Endrass berichtet, gibt es noch in Einzelfällen Nachwirkungen der Off-label-Verordnung von Methylphenidat, das erst im letzten Jahr zur Therapie der ADHS bei Erwachsenen zugelassen wurde. Massiv seien diese Probleme allerdings nicht, jedenfalls dann nicht, wenn sich die Betroffenen frühzeitig an die BVDN-Empfehlungen gehalten haben, meint Endrass: „Wir haben 2003, als das Urteil des Bundessozialgerichts zum Thema Off label herauskam, in einer Veranstaltung mit dem MDK frühzeitig geklärt, dass keine Verordnung zulasten der Krankenkassen möglich sein wird. Wir haben dann zeitnah die Mitglieder informiert, dass hier mit Regressen zu rechnen ist, und erläu-

tert, wie eine Behandlung möglich ist, ohne ins Regressrisiko zu kommen.“

Eine weitere Maßnahme gegen Regresse war das Ausarbeiten relativ klar definierter Praxisbesonderheiten. Durch die Weitergabe von Daten aus anderen KV-Bereichen konnten die Kollegen die Praxisbesonderheiten besser dokumentieren und vertreten. Die Mitgliedschaft im Beschwerdeausschuss gewährleistet zudem, dass dort die spezifische Verordnungssituation der nervenärztlichen Fachgruppen gut verstanden wird.

Netzwerker

Belange von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern sieht Endrass auch besser in IV-Verträgen nach § 140 SGB V vertreten, als in den § 73c-Verträgen, wie sie in Baden-Württemberg abgeschlossen wurden. In Rheinland-Pfalz hat der BVDN flächendeckend ZNS-Netze mit 125 Mitgliedern (Nervenärzte, Neurologen, Psychiatern) aufgebaut. Seit 2010 gibt es einen flächendeckenden MS-Versorgungsvertrag mit dem Verband der BKK Rheinland-Pfalz/Saarland und der LKK nach § 140 SGB V, an dem 68 KollegInnen im nervenärztlichen und neurologischen Tätigkeitsgebiet teilnehmen. Analog dem MS-Modell wurde auch ein Parkinson-Vertrag mit den gleichen Kassen verhandelt, der für Rheinland-Pfalz im Herbst unterschrieben werden soll. „Ich sehe diese Modelle als einen aussichtsreichen Weg, die Versorgung auch mittel- und langfristig zu verändern“, sagt Endrass. „Wir Fachärzte brauchen ein Gegengewicht zu den Versorgungsmodellen der Krankenkassen oder privaten Klinikketten, bei denen der niedergelassene nervenärztliche/neurologische Facharzt außen vor bleibt.“

Dabei setzen die Verträge der ZNS-Netze in Rheinland-Pfalz aufgrund der Erfahrungen aus anderen Regionen auf



Die Kolleginnen und Kollegen in Rheinland Pfalz sind in den wichtigen Gremien gut vernetzt und daher stets bestens informiert.

die Stärkung der individuellen Verantwortung. Schließlich soll nach Verhandlung und Vertragsabschluss die Einschreibung und die Umsetzung der Vertragsbestandteile auch wirklich gelingen. So tritt dem § 140-Rahmenvertrag jeder einzelne interessierte ZNS-Netz-Arzt bei und kann auch als Einzelner wieder von der Krankenkasse gekündigt werden, ohne dass der Gesamtvertrag beschädigt wird. Auch die Vergütungen laufen nicht pauschal über das Netz, sondern jeder einzelne wird nach dem Erreichen festgelegter Zielkriterien vergütet. So gibt es beispielsweise Anreize für das Abfangen bestimmter Behandlungssituationen bei MS durch ambulante und Rehabilitationsmaßnahmen in Form einzelfallbezogener Vergütungen. „Jeder ist für seinen wirtschaftlichen Erfolg einzeln verantwortlich und profitiert nicht einfach nur pauschal von der Gruppe“, betont Endrass.

Sparen vor Investieren

Trotz der von den beteiligten Krankenkassen ausdrücklich bescheinigten Erfolge im Rahmen des bestehenden MS-Vertrags gestalten sich die Verhandlungen mit anderen Krankenkassen schwierig. So sind nach Erfahrung von Endrass die bundesweit aufgestellten Krankenkassen derzeit nur an sehr kurzfristigen Kosteneinsparungen interessiert, um Zusatzbeiträge zu verhindern. „Die Kon-

zentration auf kurzfristige Einsparungen verstellt einigen Krankenkassen derzeit den Blick auf mittel- und langfristige Vorteile solcher Verträge“, beklagt er. Aussichtsreiche Verhandlungen mit DAK und Barmer-GEK wurden nach einem halben Jahr unter dem Einfluss des Themas Zusatzbeitrag abgebrochen.

Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen sind auch in Rheinland-Pfalz dringlich. Derzeit sieht Endrass vor allem Probleme bei der Heimversorgung und in bestimmten Regionen wie der Westpfalz und im Raum Trier. Über kurz oder lang wird aber in ganz Rheinland-Pfalz wie überall in Deutschland der Mangel an ärztlichem Nachwuchs eine Unterversorgung zur Folge haben. Endrass plant zusammen mit anderen Facharztgruppen Veranstaltungen, die Zulassungs-, arzthaftungs-, arzneimittelrechtliche und wirtschaftliche Möglichkeiten, auch Anstellungsmöglichkeiten, aufzeigen, um Kollegen für die ambulante Versorgung zu gewinnen. „Wir hoffen, dass wir unter Einbeziehung der KV Ende 2012, Anfang 2013 eine erste solche Veranstaltung machen können.“

Konkurrenzprobleme mit Kliniken, die sich an der ambulanten Versorgung beteiligen, sieht er schwinden. „Der Versorgungsdruck in den Kliniken ist ebenfalls groß und die Besetzung von Arzt-

stellen so schwierig, dass wir uns wohl mittelfristig eher fragen müssen, wie können wir mit den vorhandenen qualifizierten Ärzten überhaupt die ambulante und stationäre Versorgung sicherstellen.“ Die anstehende neue Bedarfsplanung wird das aufgrund des Ärztemangels auch nicht lösen können, befürchtet er.

Neuer HVM erfordert ICD-Codierung

Um die derzeit weitgehend befriedigende Honorarsituation der KollegInnen zu sichern, steht für Endrass aktuell besonders die konsequentere ICD-Codierung im Mittelpunkt. Seit dem 1.4.2012 gilt in Rheinland-Pfalz bereits ein neuer HVM mit fachgruppenspezifischen Honorartöpfen und Individualbudgets in Punkten. Das wirkt sich auf den Umsatz aus, aber auch auf den Umgang mit bestimmten Problemen wie Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regresse. Nun ist es noch wichtiger als zuvor, konsequent die Morbidität und den damit zusammenhängenden Leistungsbedarf mit den angeforderten Punkten zu dokumentieren, betont er. Worauf dabei zu achten ist, haben die Kolleginnen und Kollegen wieder zeitnah aus dem BVDN RP-E-Mail-Newsletter erfahren. □

AUTORIN

Friederike Klein, München

Anzeige

SOFORTIGE UMSETZUNG VOM BMG NICHT BEANSTANDET

Dreimonatiges Zulassungsmoratorium für kleine Arztgruppen

➔ Mit Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 6.9.2012 wurde eine sofort wirksame Zulassungssperre kleiner, in der Bedarfsplanungsrichtlinie bisher unbepannter Fachgruppen beschlossen. Es handelt sich um Kinder- und Jugendpsychiater, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, Pathologen und Transfusionsmediziner. Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 18.9.2012 die dreimonatige Zulassungssperre gebilligt. Zum 1.1.2013 soll ohnehin eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie in Kraft treten. Seit Sommer 2012 war der KBV aufgefallen, dass sich die Zulassungsanträge von Ärzten der oben genannten Fachgruppen stark häuften. Man fürchtete eine kostenträchtige Fehlentwicklung im Sinne einer Überversorgung.

Kommentar: Offenbar waren unter den Antragstellern sehr viele Krankenhäuser, die sich von kostenträchtigen Leistungsreichen per Zulassungsantrag in den am-

bulanten Sektor entlasten wollten. Hier scheint es dem Vernehmen nach eine regelrechte Kampagne der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit Aufforderungscharakter gegeben zu haben. Teuere Leistungen von Fachgebieten wie Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Humangenetik, Labormedizin, Pathohistologie und Transfusionsmedizin sollten ökonomisch dem ambulanten Sektor angelastet werden. Außerdem droht neben den Verlagerungseffekten, die sich negativ auf die ökonomischen Ressourcen des ambulanten Sektors auswirken, natürlich zusätzlich Überversorgung vor allem in Ballungsgebieten, wenn derartige hochspezialisierte Leistungen im Überfluss zur Verfügung stehen. Im Falle der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde das Kind allerdings mit dem Bade ausgeschüttet. In diesem Fachgebiet besteht in der ganzen Bundesrepublik ein enormer Versorgungsbedarf vor allem in ländlichen Gebieten. Es steht zu hoffen, dass nach Ende des dreimonatigen Zulassungsmoratoriums unter den geänderten Bedingungen



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

»Es steht zu hoffen, dass nach Ende des Zulassungsmoratoriums Niederlassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendpsychiater weiter bestehen werden.«

der Bedarfsplanungsrichtlinie mit großräumigeren Versorgungsstrukturen für Kinder- und Jugendpsychiatrie dem Morbiditäts- und Versorgungsbedarf entsprechende Niederlassungsmöglichkeiten für diese Fachgruppe weiter bestehen werden. gc

SONDERGUTACHTEN 2012 DES SVR

Bahr: mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

➔ Der ausscheidende Vorsitzende des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Professor Dr. Eberhard Wille, stellte Anfang September 2012 das Sondergutachten des Sachverständigenrates vor. Es enthält folgende Ziele unseres Gesundheitswesens:

- den vermeidbaren Tod verhindern beziehungsweise das Leben verlängern
- Krankheit und die mit ihr verbundenen Schmerzen und Befindlichkeitsstörungen verhüten, heilen, Krankheitsverläufe stabil halten und krankheitsbedingte Leiden lindern
- die körperliche und psychische Funktionsfähigkeit sowie die Eigenständigkeit und Befähigung zur Selbsthilfe wiederherstellen oder erhalten
- die menschliche Würde und Freiheit auch in Krankheit und Tod wahren

— die Verfügbarkeit einer Behandlung im Eventualfall als Optionsnutzen gewährleisten

- Hierzu sind folgende Strukturen erforderlich
- effektive und qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung
 - effiziente beziehungsweise kostengünstige Leistungserstellung
 - Stärkung von Souveränität, Eigenverantwortung und Eigenkompetenz der Versicherten und Patienten
 - Wahrung der Autonomie der Patienten und Ermöglichung ihrer Einbindung in gesundheitliche Entscheidungsprozesse
 - Erhaltung der Solidarität im Sinne der intra- und intergenerativen Gerechtigkeit
 - Sicherung der Finanzierbarkeit einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung
 - Schaffung von Nachhaltigkeit und Stabilität

— Transparenz und Planungssicherheit im Gesundheitssystem

In einem Symposium des Sachverständigenrates waren alle Vortragenden in dem Bestreben einig, dass eine Unterversorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten vor allem auch unter dem Aspekt häufigerer Alterserkrankungen vermieden werden muss. Voraussetzung für eine wirksame Prävention sei, dass der Bevölkerung gesundheitsbezogene Inhalte besser verständlich gemacht werden müssen, um sie besser umsetzen zu können. Gesundheitsminister Daniel Bahr bekannte sich zum Wettbewerb im Gesundheitswesen. Beim Gesundheitswesen handle es sich nicht um einen Markt wie jeder andere. Es gebe viele Marktverwerfungen. Dennoch sei der Wettbewerb als Ordnungsinstrument wichtig. Auch der Wettbewerb zwischen Krankenkassen müsse gefördert

werden. Er befürwortete die Ausschüttung von Überschüssen beispielsweise durch die Techniker Krankenkasse (TK). Zukünftig sollten die Kassen ebenfalls dem Wettbewerbs- und Kartellrecht unterliegen. Schließlich würden die Kassen auch mit Arzneimittelherstellern Preise oder Rabatte wettbewerbsrechtlich vereinbaren. Natürliche Folge sei somit, dass Krankenkassen dem Wettbewerbsrecht unterliegen.

Bei den Leistungen forderte Bahr mehr Qualitätswettbewerb. Beispielsweise durch die DRG würden Mengenausweitung und Mittelmäßigkeit gefördert. Krankenhäuser müssten bessere und attraktivere Arbeitsplätze für den Nachwuchs schaffen, die familienfreundlicher sind. Förderungsbedürftig sei auch die Vernetzung in der ambulanten Medizin. Er hob hier besonders die spezialfachärztliche Versorgung hervor. Hier seien ohne Budgetierung qualifizierte Leistungen zu fairen Preisen möglich. Bahr mahnte an, dass der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch 2012 erste Krankheits-

bilder mit neuen Versorgungsstrukturen definieren soll.

Kommentar: Wettbewerb und Transparenz im Gesundheitswesen zu fordern ist zwar gut und schön. Dies geschieht in fast jedem Sachverständigen Gutachten zum Gesundheitswesen in der einen oder anderen Form. Zur Zeit bemüht man sich um gleiche Wettbewerbsbedingungen bei der spezialfachärztlichen Versorgung. Schwere und Krankheitsbilder mit besonderen Verlaufsformen sollen sowohl von Krankenhausambulanzen nach § 116b SGB V und niedergelassenen Fachärzten mit gleichen Qualitäts- und ökonomischen Voraussetzungen behandelt werden können. Hier wäre es an der Zeit, den § 118 SGB V (psychiatrische Institutsambulanzen) einzubeziehen, damit auch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie komplexe Behandlungsformen bei schweren psychiatrischen Krankheitsbildern zu gleichen ökonomischen Rahmenbedingungen anbieten können wie Krankenhausambulanzen.

Der wichtigste Schritt zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen ist die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten. Versicherte und Patienten müssen wissen und erfahren, dass jede medizinische Maßnahme – ob bei Bagatellbeschwerden oder gravierenden Erkrankungen – etwas kostet. Gesundheitsverbesserung und Krankheitsbeseitigung dürfen nicht kostenlos erscheinen, weil wir das Sachleistungsprinzip haben. Zu Recht wird beklagt, dass oftmals unnötige Operationen oder Großgeräte-Untersuchungen durchgeführt werden. Viele Versicherte gehen zum Arzt nicht zur Krankheitsdiagnostik oder -beseitigung, sondern zur Gesundheitsoptimierung. Hier ließe sich durch eine sozial angepasste Selbstbeteiligung bei jeder medizinischen Maßnahme, zum Beispiel in Form einer unbürokratisch erhobenen Arztgebühr bei jedem einzelnen Arztbesuch, auch bei Röntgen- oder Laborleistungen, steuernd eingreifen.

gc

ÜBERSCHÜSSE DER KASSEN

GKV-Rücklagen sinnvoll verwenden

➔ Im Gesundheitsfonds beim Bundesversicherungsamt (BVA) hat sich ein Guthaben von inzwischen 9 Milliarden € angesammelt. Die Krankenkassen haben insgesamt zusätzlich fast 13 Milliarden € aus überschüssigen Prämienzahlungen zurückgelegt. Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mahnt in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ jedoch zur Zurückhaltung bei den Ausgaben. Für 2013 rechnet er mit mindestens 2,8 Milliarden € Mehrausgaben für Krankenhäuser, Medika-

mente, Apotheker und Ärzte. Außerdem werde der Bundeszuschuss um 2 Milliarden gekürzt. Derweil haben die Techniker Krankenkasse (TK) und andere GKV-Kassen angekündigt, ihren Versicherten aus den angesammelten Guthaben eine Prämien-Rückvergütung von zum Teil mehreren 100 € zu gewähren. Andere Krankenkassen finanzieren Bonusprogramme zur Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens ihrer Versicherten.



Kommentar: Die niedergelassenen Vertragsärzte haben drei Jahre lang auf einen Inflationsausgleich verzichten müssen. Der Punktwert für unsere Leistungen ist auf circa 3,5 Cent festgelegt, der Auszahlungsmischpunktwert liegt wegen der Leistungsbudgetierung in sehr vielen Praxen deutlich darunter. Die Kalkulationsgrundlage sind aber 5,11 Cent, dies war der Punktwert von 1990. Wir geben der GKV also seit über 20 Jahren einen Rabatt von 30–40%, wenn man bedenkt, dass der inflationsbereinigte Punktwert mittlerweile bei circa 6,8 Cent liegen müsste. In dieser Situation ist es selbstverständlich geboten, dass die Vertragsärzte eine angemessene Preiserhöhung fordern, indem der Punktwert deutlich angehoben wird.

Wegen klammer Kassenlage der GKV haben wir seit drei Jahren ein Preismoratorium erdulden müssen. Bei gegenwärtig gutem Rücklagenbestand der GKV ist es jetzt nur recht und billig, wenn die aufgelaufenen Rückstände ausbezahlt werden. Manche Kassen zahlen stattdessen ihren gesunden „Kunden“ zur Gesundheitsoptimierung – und natürlich „Kundenbindung“ – dubiose „Präventionsmaßnahmen“ in Form von Wellness-Wochenenden.

gc

Erfolgreiche Nachverhandlungen

BVDN Baden-Württemberg empfiehlt Beitritt zum PNP-Vertrag

Der Vorstand des BVDN Baden-Württemberg empfiehlt, den Beitritt zum PNP-Vertrag nach den nun erfolgreich geführten Nachverhandlungen nochmals ernsthaft zu prüfen. Der Vorstand erkennt die grundsätzlichen Bedenken an. Die Vorteile für Patienten und Praxen überwiegen aber weitgehend mögliche Nachteile.

Jetzt ist es öffentlich und es müsste auch jedem bislang Zweifelndem deutlich geworden sein: Wir Ärzte sind mehr denn je Spielball im politischen System der Gesundheitsversorgung. Als besondere Nutznießer dieser Entwicklung versuchen die Krankenkassen bundesweit derzeit den Weg der Diffamierung unseres Berufsstandes einzuschlagen und bestanden neuerdings ganz unverblümt auf Kürzung unserer Vergütungssätze. Unsere Antwort in Baden-Württemberg darauf: Es findet nur der Gehör, der gemeinsam handelt. Wir werden die auf Bundesebene beschlossenen Gegenmaßnahmen mitmachen und haben in einem Rundschreiben alle Mitglieder aufgefordert, sich an den entsprechenden Maßnahmen zu beteiligen. Wir lassen uns nicht davon abhalten, die drängenden Fragen der Patientenversorgung und Leistungsfinanzierung mit den schon lange vorbereiteten innovativen Veränderungen aktiv zu gestalten. Dieser Gestaltungswille nahm im Landesvorstand des BVDN Baden-Württemberg Ende 2007 seine ersten Anfänge.

Die erwarteten Vertragsverhandlungen mit der AOK und MEDI waren 2008 auch mehrfach auf den Länderdelegiertenversammlungen vorgestellt und besprochen worden und hatten insofern Zuspruch gefunden, als eine Differenzierung der Versorgungsangebote im Sinne der Mehrheit der Landesverbände war. Auf Bundesebene als Modellversuch verstanden, wurden auf den Mitgliederversammlungen in Baden-Württemberg die bevorstehenden Verhandlungen intensiv diskutiert und demokratisch legitimiert. Während also auf Bundesebene die Weiterentwicklung des Kollektivvertrages

dann auch zu günstigen Veränderungen unserer Fachgebiete beitrugen, so sind insgesamt nicht nur in Baden-Württemberg, sondern auch bundesweit selektivvertragliche Versorgungsmodelle entstanden. Dies nach dem Motto: „Tue das Eine, ohne das Andere zu lassen.“

Der Vorstand des BVDN Baden-Württemberg sieht sich in der Pflicht, dem Auftrag der Mitglieder folgend, den PNP-Vertrag weiter zu entwickeln, der nicht nur zu einer verbesserten und differenzierteren Patientenversorgung führen, sondern auch uns Ärzte von der Bundespolitik etwas unabhängiger machen wird.

Honorar für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater deutlich verbessert

- In längeren Nachverhandlungen konnten wir deutliche Vergütungsverbesserungen in der psychiatrischen und neurologischen Versorgung erreichen. Es erfolgt nun eine Vergütung psychiatrischer Gesprächsleistungen von 17,50 € je 10 Minuten bis zu 300 Minuten pro Quartal. Erzielt werden kann somit eine Vergütung von 87,50 € je 50 Minuten. Dies gilt sogar beim Erstkontakt, zuzüglich einer Grundpauschale von 20 € sowie einer Zusatzpauschale zwischen 10 € und 22 €, je nach Krankheitsbild. Im KV-System ist eine vergleichbare Versorgung nicht in Sicht.
- Die Nervenärzte können beim ersten Kontakt sowohl neurologische, als auch psychiatrische Leistungen einschließlich der neurologischen Grundpauschale in Höhe von 37 € abrechnen. Die psychiatrische Gesprächsleistung kann ab dem zweiten

Kontakt in 10-Minuteneinheiten (entsprechend der psychiatrischen Versorgung) abgerechnet werden.

Damit konnte ein zentrales Anliegen der nervenärztlichen Versorgung innerhalb des PNP-Vertrages realisiert werden.

- Diagnostische Leistungen im Erstkontakt werden für Neurologen auf 30 € pro Jahr statt bisher 18,50 € angehoben. Die neurologische Versorgung und hier insbesondere die Diagnostik konnten damit deutlich profitieren. Wird eine zweite diagnostische Maßnahme am selben Patienten innerhalb eines Jahres erforderlich, so wird diese mit 18,50 € vergütet. Auch hier haben sich die Bedeutung der raschen Diagnostik sowie deren Wirtschaftlichkeit durchgesetzt.
 - Das psychotherapeutische Vertragsmodul startete bereits am 1. Juli. Auch hier hat sich der erhöhte Aufwand der psychotherapeutischen Erstversorgung, aber gerade auch die Versorgung chronisch Erkrankter, nicht nur inhaltlich, sondern auch betriebswirtschaftlich differenzierter abbilden lassen.
- Ein besonderes Augenmerk gilt der Tatsache, dass entgegen dem Kollektivvertrag das Morbiditätsrisiko innerhalb des PNP-Vertrages vollständig von einer Krankenkasse übernommen wird. Weitere Besonderheiten sind, dass es keine Fallzahlbegrenzung mehr gibt, auch keine Budgetbegrenzung. Die ärztlichen Vertragspartner können die Versorgung innerhalb eines sicher vergüteten Leistungsgeschehens erbringen.

Eine natürliche Abhängigkeit im Vertragsgeschehen allgemein konnte innerhalb der Vertragsverhandlungen so gestaltet werden, dass der Vertrag unter Einhaltung von Fristen jederzeit kündbar ist. Das Argument, sich innerhalb des § 73c-Vertrages in einer besonderen Abhängigkeit zu befinden, kann nur verwundern, zumal für die meisten Praxen die Teilnahme am Kollektivvertrag mit einer existenziellen Abhängigkeit verbunden ist.

Auch wenn der richtige Eindruck entsteht, dass die Mitglieder des BVDN Baden-Württemberg sich in den vergangenen Jahren sehr mit den Vor- und Nachteilen eines PNP-Vertrages auseinandergesetzt haben, so erhielt sich doch auch eine Lebendigkeit zu den weiteren Verbandsthemen, wie die Verbesserung der Kommunikation untereinander. Fast fertig gestellt ist unter der Federführung von Verbandsmitgliedern eine professionell erstellte Homepage, auch mit der Möglichkeit, Foren zu bilden, um zum Beispiel intensiv über Verbands- und Versorgungsthemen sowie berufspolitische Entwicklungen zu diskutieren. Tatkräftige Unterstützung erfährt unser Verband dabei über eine bestens funktionierende, seit zwei Jahren bestehende Geschäftsstelle. Über diese läuft derzeit auch die Bewerbung des PNP-Vertrages. Das Erreichen eines Quorums ist für eine Flächendeckung erforderlich. Wegen der erforderlichen Bereinigung muss das Quorum bis Ende Oktober erreicht sein, damit wir am 1. Januar starten können. Eine gewisse Erleichterung für die noch Unentschiedenen könnte eine

sogenannte Korbaktion sein. Wer sich bis zum 30. Oktober in den Vertrag im Rahmen dieser Korbaktion einschreibt, wird eine Finanzierungsunterstützung für die Software erhalten. Die Softwarekosten selbst belaufen sich auf circa 100 € pro Monat, auf vier Jahre berechnet.

Wie bei allem Neuen ist es schwer, sich auf die erforderlichen Änderungen einzustellen. Die Praxen, die bereits in Selektivverträge eingeschrieben sind (in Baden-Württemberg waren und sind verschiedene Selektivverträge am Markt), werden sich auch in den Umfang des aktuellen PNP-Vertrages rasch einfinden. Die erforderlichen Formalitäten zur Einschreibung sind gut systematisiert und rasch zu durchlaufen. Eine Vorerfahrung besteht auch durch den inzwischen angelaufenen Psychotherapieanteil des PNP-Vertrages, hier hatte alles gut geklappt. Die KV in Baden-Württemberg steht übrigens einem Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen fördernd gegenüber. Dr. Norbert Metke, Vorstand der KV Baden-Württemberg, äußerte hierzu „es sei ein dialektischer Widerspruch, Selektivverträge zu behindern oder nicht zu bedienen und gleichzeitig eine höhere Vergütung zu fordern“. Somit sind auch die Rahmenbedingungen des PNP-Vertrages innerhalb der KV weitestgehend geklärt und ein förderliches Miteinander der vielleicht auch im Wettbewerb stehenden Vertragsmodelle kann beginnen. In diesem Sinne erwartet der Landesverband BVDN Baden-Württemberg die Unterstützung des BVDN, um neben dem wei-

ter zu entwickelnden Kollektivvertrag Erfahrungen in unterschiedlichen Selektivverträgen machen zu können. „Tue das Eine ohne das Andere zu lassen.“

Fazit

Wir sind nach intensiven Verhandlungen und reiflicher Überlegung der Auffassung, dass viele Praxen eine bessere Vergütung erzielen können. Auch die strukturellen Veränderungen wie die Anschaffung des Konnektors und der erforderlichen Software werden sich nur unwesentlich auf die Wirtschaftlichkeit des Vertrages auswirken. Letztlich muss aber jede Praxis dies für sich selbst prüfen.

Während der Vertragsentwicklung und innerhalb der Abstimmungsprozesse auf Bundes- und Landesebene kam es zu kontroversen Diskussionen. Letztlich haben die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in Baden-Württemberg sowie die verbandsinterne Beschlusslage so (Modellcharakter) entscheiden lassen. Und eine Abhängigkeit der teilnehmenden Kollegen entsteht nicht – der Vertrag ist problemlos kündbar.

AUTOREN

Für den Vorstand des BVDN Baden-Württemberg und weitere Mitglieder: Dr. med. B. Imdahl, Dr. med. H. M. Seichter, Dr. med. Th. Hug, Dr. med. F.-J. Bentele, Dr. med. W. Freund, M. Ernst, Dr. med. B. Bühler, Dr. med. H. Gaußer, Dr. med. B. Graf, Dr. med. H. Herbst, Dr. med. J. Rauh, Dr. A. Reiser, Dr. med. H. Scheiblich, M. Schellinger, Prof. Dr. med. K. Westphal, Dr. med. W. Albrecht

LESERBRIEF

Was sind denn nun die wahren Inhalte, Daten und Fakten der § 73b/c-Verträge?

➔ Zu den § 73b/c SGB V-Verträgen von MEDI und der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft einerseits mit der AOK Baden-Württemberg und der BKK Bosch andererseits findet in Baden-Württemberg tatsächlich eine engagierte Diskussion statt, auch, weil sich die Vertragspartner (und dazu gehört ebenso der BVDN Baden-Württemberg) darum bemühen, diese Verträge weiterzuentwickeln (ja, ja, ganz zweifelsohne tut dies

auch MEDI). Das ist auch so für den in Baden-Württemberg nicht gerade mit offenen Armen aufgenommenen Teil des Vertragswerks, der uns Nervenärzte und Psychiater betrifft. Diese Diskussion findet aber im „NEUROTRANSMITTER“ nur dahingehend Wiederhall, als dass Bundesvorstandsmitglieder des BVDN in schöner Regelmäßigkeit über die letzten Ausgaben der Postille hinweg ihre Zweifel und ihre Sorgen mit diesem seitens des Bun-



desvorstands offenbar ungeliebten Vertrages zum Ausdruck bringen, bevor eine Diskussion überhaupt eröffnet wurde. Nichts gegen die Meinung von Herrn Bergmann, aber sind die Vertragsinhalte, Daten und Fakten im NEUROTRANSMITTER jemals aufgelistet worden? Sind diejenigen, die seitens des BVDN Baden-Württemberg an den Verhandlungen beteiligt waren, im NEUROTRANSMITTER zu Wort gekommen? Hat sich Herr Bergmann jemals in Baden-Württemberg zu einer Mitgliederversammlung blicken lassen, um den Vertrag zu diskutieren?

Ich bin wahrlich kein blinder Befürworter des Vertrages und habe selbst eine Teilnahmeerklärung bisher noch nicht unterschrieben, aber dass BVDN-Mitglieder in Baden-Württemberg versuchen, einen Weg neben dem erstarrten System der Köhlerschen „Weiter-so“-Rationierungen zu finden, sollte eigentlich auch vom Bundesvorstand mehr unterstützt werden, weil das andauernde Hofieren der Berliner KBV-Vorstellungen durch unseren Berufsverband bisher keine, aber auch absolut keine Bewegung in die missliche Lage unserer Fächer gebracht hat. Daher mein Aufruf: Gebt erstens nicht Kommentare und Wertungen irgendwelcher dubioser „gelber Dienste“ aus Berlin wieder, die den Stab über die Verträge schon brechen, bevor sie richtig angelaufen sind (oder macht wenigstens den Gesamtartikel zugänglich) und erschwert dadurch nicht den Stand des Landesverbands Baden-Württemberg des BVDN gegenüber seinen Vertragspartnern. Zweitens: Beteiligt Euch, wenn Ihr im Bundesvorstand was zu sagen habt zu den Verträgen, über Eure Verbandsmitglieder mit an der Diskussion. Was der Bundesvorstand des BVDN nämlich nie getan hat, den Ausweg aus der Misere auch in ganz neuen Vertragsformen zu suchen, hat unser Landesverband unter vielen Mühen getan. Das Ergebnis mag nicht alle überzeugen, aber es ist ein Weg neben dem bisherigen Gewurschel der KBV und auch unseres Bundesverbands.

AUTOR

Dr. med. Hans-Martin Seichter

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
Rottenburg

Kommentar zum Leserbrief von Hans-Martin Seichter

Eine Diskussion über den von Ihrem Landesverband mit MEDI ausgehandelten § 73c-Vertrag fand mehrfach auf den regelmäßigen Länderdelegiertentagungen des BVDN mit Vertretern auch Ihres Vorstandes statt, und zwar seit Jahren. Möglicherweise ist der Informationsfluss hierzu aufgrund der in den letzten Jahren häufiger wechselnden Zusammensetzungen Ihres Landesvorstandes in Baden-Württemberg etwas ins Stocken geraten. Darüber hinaus haben wir selbstverständlich auch im NEUROTRANSMITTER eine öffentliche Sachdiskussion zu diesem Vertrag geführt. Dazu wurden unter anderem folgende Beiträge veröffentlicht, auch von Dr. Birgit Imdahl, die den Vertrag abschließend verhandelt hat: NT 11/2011, S. 12 ff.: „Stellungnahme zum § 73c-Versorgungsvertrag in Baden-Württemberg/Versuchslabor parallel zur KV-Struktur“; NT 12/2011, S. 14 ff.: „§ 73c-Vertrag endlich unter Dach und Fach“.

Die Argumente, die uns zu einer – in der Tat – kritischen Bewertung dieses Vertrages gelehrt haben, wurden mehrfach in diesen NEUROTRANSMITTER-Beiträgen eingehend erläutert und müssen hier nicht wiederholt werden. Im Übrigen haben sich der Bundesvorstand und die Länderdelegiertenversammlung sehr intensiv auch mit den Details des Vertrages auseinandergesetzt, und zwar schon bevor viele kritische Anfragen zu diesem Vertrag aus Ihrem Bundesland den Bundesvorstand erreicht haben. Viele BVDN-Mitglieder in Baden-Württemberg waren mit dem Vertragsabschluss Ihres Landesverbandes nicht einverstanden. Wir haben gleichwohl immer wieder auf die Zuständigkeit Ihres Landesvorstand verwiesen und gebeten, sich in Baden-Württemberg mit den jeweiligen Vorstandsmitgliedern argumentativ auseinanderzusetzen – auch im Zusammenhang mit dem von Ihrem LV in Auftrag gegebenen Gutachten zu dem Vertrag bei Professor Schlegel, das auf Druck von Medi nicht veröffentlicht wurde.

Mitglieder des Bundesvorstandes sind mehrfach in Baden-Württemberg zu Gast gewesen, nicht nur anlässlich der jährlichen EBM-Seminare, die ja ausdrücklich als berufspolitische Informationsveranstaltungen ausgewiesen waren. Dort hätten wir Sie gern begrüßt!

Natürlich arbeitet der Berufsverband mit professionellen und seriösen politischen Informationsdiensten zusammen. Es sind die gleichen Dienste mit denen Gesundheitspolitiker, Parteien, Krankenkassen und deren Verbände sowie die ärztliche Selbstverwaltung und viele andere Berufsverbände zusammenarbeiten. Ich kann respektieren, dass Sie nicht alle Kommentare und Meinungen teilen. Gleichwohl sollten wir nicht auf einer Ebene diskutieren, auf der unliebsame Meinungen als „dubios“ herabgewürdigt werden.

Ihre Hypothese, dass der Bundesvorstand des BVDN noch nie den Ausweg aus der Misere auch in ganz neuen Vertragsformen gesucht habe, ist geradezu absurd: Die Lektüre der NEUROTRANSMITTER-Ausgaben der letzten Jahre (!), insbesondere auch der anlässlich der DGN und DGPPN-Kongresse gestalteten Sonderausgaben des NEUROTRANSMITTER, würde Ihnen die Historie vielfältig dargelegter und diskutierter Verträge und Vertragskonzepte und deren Pro und Kontra eröffnen. Seit Jahren beschäftigen sich Bundesvorstand und Ländervorstände sowie ZNS-Netze intensiv mit Vertragsalternativen zum Kollektivvertrag. Die Jahreshauptversammlung 2010 stand ausschließlich unter dem Thema vernetzte Versorgung, bundesweit waren ZNS-Netze dazu eingeladen. Die Ergebnisse wurden nicht nur im NEUROTRANSMITTER veröffentlicht, sie wurden in insgesamt mehr als 100 Netzveranstaltungen, Länderkonferenzen unserer Verbände sowie anlässlich der berufspolitischen Informationsveranstaltungen in den letzten Jahren zusammengetragen und kritisch diskutiert. In der Zusammenschau aller Erfahrungen hat sich – übrigens nicht zufällig in den meisten Berufsverbänden – als Lernerfahrung herauskristallisiert: Selektivverträge stellen vor allem dann eine Option dar, wenn sie on top erfolgen und keine einseitigen Abhängigkeiten schaffen. Daher streben wir auf Bundesebene Lösungen an, die diese Erfahrungen aufgreifen. Wir wollen weder von der Industrie, noch von den Krankenkassen noch von einem einzigen Verband abhängig sein. Das erfordert eine strukturelle Weiterentwicklung und Umgestaltung der bisherigen Versorgungsstrukturen. Daran arbeiten wir sehr konsequent.

Wir möchten ausdrücklich hervorheben, dass wir die engagierte Arbeit in Ihrem Landesverband sehr wertschätzen und respektieren. Es sind viel weniger gute Versorgungsaspekte und medizinische Details in Ihrem Vertragswerk als vielmehr die aus unserer Sicht brisanten berufspolitischen Implikationen, die unsere Bedenken begründen. Möglicherweise könnten Regelungen Ihres Vertrages Eingang finden in eine zukünftige flächendeckende Versorgungsstruktur. Darüber bleiben wir gern mit Ihnen im Gespräch.

Dr. med. F. Bergmann, Aachen, 1. Vorsitzender BVDN; Dr. med. U. Meier, Grevenbroich; 1. Vorsitzender BDN; Dr. med. Ch. Roth-Sackenheim, Andernach, 1. Vorsitzende BVDP

Der Arbeitsunfall in der gesetzlichen Unfallversicherung – Teil I

Rechtliche Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung

Mit dem folgenden Beitrag soll auf dem Gebiet der Psychiatrie tätigen medizinischen Sachverständigen eine Einführung in die wesentlichen Fragestellungen bei der Begutachtung eines Arbeitsunfalls im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben werden. In diesem ersten Teil sollen die rechtlichen Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung und Fragen der Kausalität dargestellt werden. In einem zweiten Teil wird es um die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung insbesondere die Verletztenrente und die Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit gehen.

Die sozialmedizinische Begutachtung vor den Sozialgerichten hat in den letzten Jahrzehnten eine immer größere Bedeutung gewonnen. So wurden allein in Bayern für Gutachten in der ersten Instanz (nur Sozialgerichte) über 15 Millionen € aufgewandt. Davon entfielen über 3 Millionen € auf Gutachten aus dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

Grundlagen der gesetzlichen Unfallversicherung

Nach § 1 SGB VII [1] ist es Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (Nr. 1) und sofern ein Arbeits-

unfall oder eine Berufskrankheit eingetreten ist, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit wiederherstellen sowie die Versicherten oder ihre Hinterbliebenen zu entschädigen (Nr. 2).

Die gesetzliche Unfallversicherung handelt entweder präventiv (§§ 14–25 SGB VII, z. B. Unfallverhütungsvorschriften § 15 SGB VII, Baustellenüberwachung ...) oder nach Eintritt eines Versicherungsfalles (§§ 26 ff, 56 ff SGB VII). Wegen der sehr erfolgreichen präventiven Tätigkeit der Unfallversicherungsträger nimmt die Anzahl der Arbeitsunfälle seit Jahrzehnten ab [2]. Damit ist die aus dem Kaiserreich stammende gesetzliche Unfallversicherung zugleich auch ein sehr modernes Gesetz, da schon

früh erkannt wurde, dass der beste Schutz der Versicherten die Prävention und Vermeidung von Arbeitsunfällen ist. Die Eigenschaft eines Versicherten begründet keine Mitgliedschaft. Die Zuständigkeit des jeweiligen Versicherungsträgers knüpft nicht an ein Versicherungsverhältnis, sondern an die konkrete versicherte Tätigkeit an.

Versicherungsfall

Nach § 7 Abs. 1 SGB VII stellen der Arbeitsunfall (§ 8 SGB VII) und die Berufskrankheit (§ 9 SGB VII) die zentralen Risiken dar, an welche die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung anknüpfen. Neben dem „klassischen“ Arbeitsunfall (nach § 8 I SGB VII), der sich als Unfall bei der eigentlich versicherten Tätigkeit darstellt, werden nach § 8 Abs. 2 SGB VII weitere Risiken unter den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung gestellt. Zu Letzteren gehören insbesondere der Wegeunfall, Unfälle mit dem Arbeitsgerät sowie der Versicherungsfall einer Leibesfrucht (§ 12 SGB VII). Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf den „klassischen“ Arbeitsunfall.

Die Grundstruktur des Arbeitsunfalls

In der neueren Rechtsprechung des BSG [3] hat man versucht, den Begriff des Arbeitsunfalls klarer zu fassen: „Für einen Arbeitsunfall ist nach der Legaldefinition des § 8 SGB VII in der Regel erforderlich, dass die Verrichtung des Versicherten zurzeit des Unfalls der versicherten Tä-



Damit die posttraumatische Belastungsstörung, wie zum Beispiel bei einem Berufsfeuerwehrmann, als Arbeitsunfall anerkannt wird, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein.

tigkeit zuzurechnen ist (innerer bzw. sachlicher Zusammenhang), diese Verrichtung zu einem zeitlich begrenzten von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt (Unfallkausalität) und das Unfallereignis einen Gesundheitserstschaden oder den Tod des Versicherten verursacht hat (haftungsbegründende Kausalität); das Entstehen länger andauernder Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung eines Arbeitsunfalls, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente (Abbildung 1).

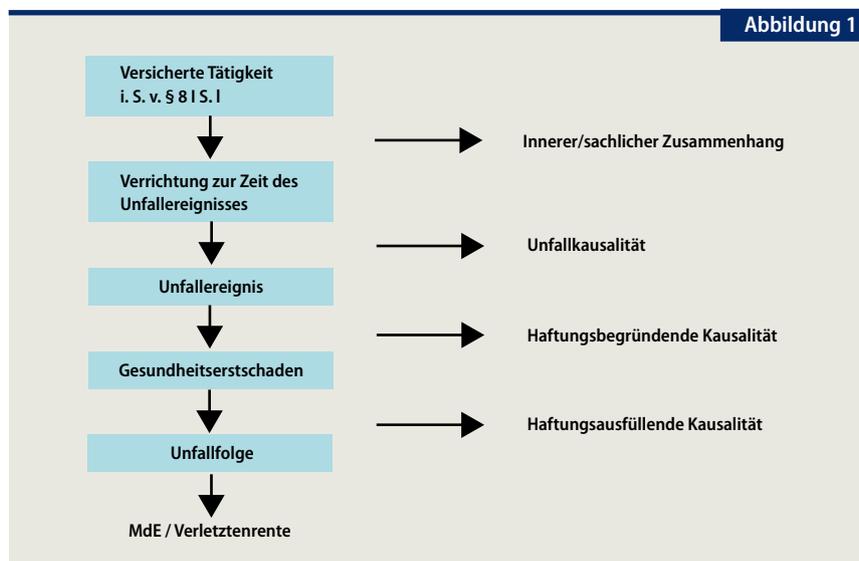
Versicherte Tätigkeit

Man versteht darunter die den Versicherungsschutz begründende Tätigkeit im Sinne der Versicherungstatbestände der §§ 2, 3, 6 SGB VII. Sie ist gegebenenfalls abzugrenzen gegenüber nicht versicherten Tätigkeiten, die eigenwirtschaftlich oder grundsätzlich versicherungsfrei (vgl. § 4 SGB VII) sind und versicherten Tätigkeiten, die auf einem anderen Versicherungstatbestand beruhen, weil zwischen den verschiedenen Versicherungstatbeständen erhebliche Unterschiede bestehen und für sie verschiedene Unfallversicherungsträger zuständig sein können (§§ 121 ff SGB VII) [4].

Verrichtung zurzeit des (Unfall-)Ereignisses

Weiter ist zwischen der grundsätzlich versicherten Tätigkeit und der konkreten Verrichtung zur Zeit des (Unfall-)Ereignisses zu unterscheiden. Es ist die Tätigkeit darzustellen, die der Versicherte zum Zeitpunkt ausübte, als sich das Unfallereignis zutrug. Entschädigt werden nur Unfälle, die im Rahmen einer versicherten Tätigkeit (§§ 2, 3 und 6 SGB VII) erfolgen. Nicht versichert sind Tätigkeiten, die eigenwirtschaftlich oder grundsätzlich versicherungsfrei (vgl. § 4 SGB VII) sind. Aber auch versicherte Tätigkeiten, die auf einem anderen Versicherungstatbestand beruhen, sind insoweit auszuschließen (§§ 121 ff SGB VII) [5].

Nach der Rechtsprechung des BSG wird insoweit ein so genannter innerer oder sachlicher Zusammenhang zwischen der Verrichtung der versicherten Tätigkeit und dem unfallbringenden Verhalten des Versicherten gefordert.



Ob eine Tätigkeit einem Unternehmen dient, ist vom Standpunkt des Handelnden aus zu beurteilen, sofern die Tätigkeit zumindest dem mutmaßlichen Willen des Unternehmers entspricht (finale Handlungstendenz). Auf den objektiven Nutzen für das Unternehmen kommt es dagegen nicht an.

Ein innerer Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit fehlt bei sogenannten eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten. In der Regel unversichert ist daher zum Beispiel die Nahrungsaufnahme, Rauchen oder Freizeitgestaltung. Diese Verrichtungen führen in der Regel zu einer Unterbrechung der versicherten Tätigkeit. Besondere Umstände können jedoch im Einzelfall auch bei eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten einen betrieblichen Zusammenhang begründen (besonderer Flüssigkeitsbedarf).

Das Unfallereignis

Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen (§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII). Dabei können auch außergewöhnlich belastende Lebenssituationen ein Unfallereignis darstellen, das aus psychiatrischer Sicht als Trauma wirkt.

Durch das Merkmal der zeitlichen Begrenzung soll insbesondere von länger andauernden, körperlich möglicherweise belastenden Einwirkungen abgegrenzt werden. Als zeitliche Grenze wird daher

von der Rechtsprechung eine Arbeitsschicht herangezogen [6]. Schädigungen die darüber hinausgehen, können lediglich über die Möglichkeit der Anerkennung einer Berufskrankheit Berücksichtigung finden. Diese Abgrenzung ist besonders bedeutsam im Hinblick auf lang andauernde psychische Belastungen (z. B. Helfer in Kriegsgebieten, Kriegsberichterstatter).

Als Unfallereignis kommt nur eine besondere psychische Belastung innerhalb einer Arbeitsschicht in Betracht. Eine „unfallmäßige“ Verursachung einer psychischen Störung wird oft dadurch gekennzeichnet, dass infolge einer kurzzeitigen Wahrnehmung eines belastenden äußeren Ereignisses ein psychoreaktiver Prozess in Gang gesetzt wird [7].

Ferner muss das Ereignis „von außen“ auf den Menschen einwirken. Zum einen

Beispiel 1

Erleidet ein Profi-Fußballer über die Jahre immer wieder leichte Mikrotraumen im Meniskus, die letztlich zu einem degenerativen Aufbrauch des Meniskus führen, so können diese einzelnen kleinen Schädigungen in der Regel nicht als Arbeitsunfall anerkannt werden. In Betracht kommt jedoch eine Berufskrankheit Meniskopathie (BK-Nr. 2102). Hierzu müssen jedoch die in der Berufskrankheitenverordnung vorgesehenen weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

erfordert dieses Merkmal kein besonderes Geschehen. So werden auch alltägliche Vorgänge, wie Stolpern, Anstoßen und so weiter als Unfallereignis anerkannt. Als äußere Einwirkung wird jedoch nicht nur ein Geschehen, das mit den Augen gesehen werden kann, sondern auch schwere Beleidigungen und ein dadurch entstandener Schock anerkannt [8]. Der genaue Zeitpunkt des Ereignisses muss nicht festgestellt werden (Infektion). Gleichzeitig sollen aber auch „innere“ Ursachen, wie zum Beispiel ein Herzinfarkt von einem zu entschädigenden Unfallereignis abgegrenzt werden [9].

Gesundheitserstschaden

Das Unfallereignis muss einen Gesundheitsschaden (Gesundheitserstschaden) verursachen. Dies kann im Extremfall auch der Tod des Versicherten sein. Die Gesundheitsschädigung umfasst jedes Hervorrufen oder Steigern eines von der normalen körperlichen oder psychischen Funktion abweichenden Zustandes. Der Gesundheitserstschaden lässt sich nicht immer von der Unfallfolge trennen (z. B. Amputationsverletzung). Es kann sich dabei auch um eine Bagatelverletzung handeln (z. B. leichter Kratzer, der zu einer schweren Infektion führt).

Psychische Symptome können unmittelbar nach einem Trauma als Erstschaden oder etwa nach einem körperlichen Erstschaden im späteren zeitlichen Verlauf (Folgeschaden) auftreten [10].

Soweit sich psychische Störungen bereits als Gesundheitserstschaden manifestieren, müssen diese im Vollbeweis nachgewiesen sein. Hierzu sollten die üblichen medizinischen Diagnosesysteme wie der ICD-10 oder DSM IV angewandt werden. So ist etwa eine akute Überlastungsreaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung anhand der Merkmale ICD-10: F 43.0 und DSM IV:308.3 darzustellen. Ähnliches gilt für eine Anpassungsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung. So sollten in einem überzeugenden Gutachten etwa auch mögliche Unterschiede der verschiedenen Diagnosesysteme herausgearbeitet werden und anschließend anhand der Anamnese und der Umstände, die sich aus den übersandten Akten ergeben, dargestellt werden, weshalb im konkreten Fall die Diagnose gestellt werden kann oder

nicht zu begründen ist. So werden bei einer posttraumatischen Belastungsstörung in ICD-10: F 43.1 und DSM IV 309.81 als Auslöser ein besonderer Belastungsfaktor, beim DSM IV eine lebensbedrohliche Situation gefordert. Es handelt sich insoweit um unterschiedliche Anforderungen, zu denen Stellung genommen werden sollte. In einem Urteil wird oft ein Sachverständigengutachten nicht verwertet oder bei gegensätzlichen Gutachten als nicht überzeugend bewertet, wenn es auf diese Feinheiten nicht eingeht.

Unfallfolgen

Ein Gesundheitsschaden, der länger als 26 Wochen nach dem Unfall andauert, ist als Unfallfolge anzusehen (vgl. § 56 Abs. 1 S. 1 SGB VII). Mit einer Verletztenrente werden auch diese Unfallfolgen entschädigt. Unfallfolge ist ein länger andauernder Gesundheitsschaden aufgrund eines Arbeitsunfalls, der der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (Mde) zugrunde zu legen ist.

Ein Unfallereignis kann jedoch auch ohne (bleibende) Unfallfolgen als Arbeitsunfall anerkannt werden. Nach der Rechtsprechung ist eine möglichst genaue und klare Erfassung der Gesundheitsstörungen erforderlich, um die Ursachen beurteilen zu können; bei psychischen Gesundheitsstörungen ist eines der üblichen Diagnosesysteme mit Verwendung der entsprechenden Schlüsselbezeichnungen (z. B. ICD-10, DSM-IV) anzuwenden [11]. Gegebenenfalls sind hinreichend differenzierte Bezeichnungen zu verwenden. Abweichungen sind jedoch zulässig, insbesondere wenn aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse Ergänzungen erforderlich sind. Diese sollten dann aber auch im Gutachten erläutert werden.

Kausalzusammenhang und Zurechnungslehre

Überblick

Im Rahmen medizinischer Sachverständigengutachten ist die Feststellung der Kausalität und Zurechnung besonders wichtig. Hier hat sich in der Rechtsprechung des BSG seit etwa 2005 die Kausalitätsbetrachtung weiterentwickelt [12]. Leider wurde diese bisher nicht vollständig in die Literatur aufgenommen. Systematisch gehört auch der bereits darge-

stellte innere beziehungsweise sachliche Zusammenhang zur Kausalitätslehre.

Im Rahmen der Kausalität ist zunächst im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinn zu prüfen, ob das äußere Geschehen nach aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und allgemeinem ärztlichen Erfahrungswissen generell geeignet ist, eine einzelne physische oder psychische Störung zu verursachen. Diese beruht auf der Äquivalenztheorie, nach der jedes Ereignis Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweg gedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel (conditio sine qua non). Danach stellt sich die Frage, ob die Gesundheitsstörungen ohne das angeschuldigte Ereignis überhaupt nicht, wesentlich später oder in anderer Intensität eingetreten wäre.

Wegen der Unbegrenztheit der naturwissenschaftlich-philosophischen Ursachen hat nach der Theorie der sogenannten wesentlichen Bedingung eine wertende Eingrenzung zu erfolgen. Als Ursachen und Mitursachen für einen Unfall sind danach nur jene Bedingungen anzusehen, die wegen ihrer besonderen Bedeutung für den Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich beigetragen haben. Die Einzelfragen des Zurechnungszusammenhangs nach der Theorie der wesentlichen Bedingung werden unten dargestellt.

Unfallkausalität

Die Unfallkausalität beschreibt die Verursachung des Unfallereignisses durch die Arbeitsverrichtung (siehe auch **Abbildung 1**).

Es muss zwischen der versicherten Tätigkeit und der äußeren Einwirkung des Unfalls ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang bestehen. Dieser wird in der Regel vermutet, wenn keinerlei Umstände erkennbar sind, die sonst

Kasuistik

„Stolpern über die eigenen Füße“ – erfolgt dies während der Arbeitsverrichtung und führte zu einem Unfallereignis, so ist die Unfallkausalität ohne weitere Probleme zu bejahen. Erfolgt ein „Stolpern“, weil ein Kollege den Verunfallten beim Herumalbern „anrempelte“, so wird in der Regel keine Unfallkausalität gegeben sein. Etwas anderes kann allerdings bei Jugendlichen gelten.

als Ursache Betracht kommen. Selbst ein höchst sorgloses, unvernünftiges Verhalten schließt den Zusammenhang grundsätzlich nicht aus. Entgegen den teilweisen Auffassungen in der Literatur [13] ist die Unfallkausalität eine rechtliche Bewertung, die durch den Richter, nicht den Sachverständigen zu bewerten sind. Nach der hier vertretenen Auffassung ist die Frage der inneren Ursache erst im Rahmen der haftungsbegründenden Kausalität zu prüfen, da dort ein Gesundheitsschaden festzustellen ist. Im Normalfall dürfte ein medizinisches Sachverständigengutachten gar nicht eingeholt werden, wenn schon das Gericht die Unfallkausalität verneint.

Beispiel 2

Bienenstich bei der Arbeit – im Rahmen der Unfallkausalität ist zu prüfen, ob auch ein alltägliches Ereignis (Bienenstich) ein zurechenbares Unfallereignis darstellt. Dies ist in der Regel zu bejahen, da auch Gefahren des täglichen Lebens mitversichert sind, wenn sie mit einer versicherten Tätigkeit in Zusammenhang stehen. Erst im Rahmen der haftungsbegründenden Kausalität sind die medizinischen Fragestellungen (Gesundheitserstschaden) zu prüfen. Stirbt der Versicherte in der zeitlichen Folge und lässt sich die Todesursache ebenso wenig klären wie die Frage, ob der Versicherte an einer Wespengiftallergie litt, kann ein ursächlicher Zusammenhang im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen Wespenstich und Tod nicht mit Wahrscheinlichkeit bejaht werden [14].

Haftungsbegründende Kausalität

Der Zurechnungszusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitserstschaden wird durch die haftungsbegründende Kausalität beschrieben (siehe auch **Abbildung 1**). Die Kausalität ist für den gesamten Schaden einheitlich festzustellen („Alles-Oder-Nichts-Prinzip“).

Sämtliche Bedingungen, die krankmachend mitgewirkt haben, sind nach ihrer Bedeutung abzuwägen, inwieweit sie den Gesundheitsschaden wesentlich im Sinne eines Arbeitsunfalls beeinflusst

haben oder unversicherte Ursachen sind. Liegt eine nicht versicherte innere Ursache, eine Krankheitsanlage oder ein Vorschaden vor, so ist zunächst dessen Bestehen mit Gewissheit festzustellen. Es muss insoweit ein ursächlicher Zusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinn und nach der Theorie der wesentlichen Bedingung bestehen. Dabei sind die innere Ursache, Krankheitsanlage oder der Vorschaden der betriebsbedingten Ursache wertend gegenüberzustellen. Ein Zusammenhang besteht dann, wenn die betriebsbedingte Ursache wenigstens auch rechtlich wesentlich ist.

Haftungsausfüllende Kausalität

Der Zurechnungszusammenhang zwischen dem Gesundheitserstschaden und länger andauernden Unfallfolgen wird als haftungsausfüllende Kausalität bezeichnet (siehe auch **Abbildung 1**). Hierbei geht es dann um die Frage der Festlegung des Umfangs. Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens (haftungsausfüllende Kausalität) ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls, sondern zum Beispiel für die Gewährung einer Verletztenrente [15].

Theorie der wesentlichen Bedingung

Haben mehrere Ursachen zum Eintritt eines Unfalls wesentlich beigetragen, so ist auch dann ein Arbeitsunfall zu bejahen, wenn nur eine dieser Ursachen der versicherten Tätigkeit als wesentlich zuzurechnen ist. Tritt dagegen eine Ursache gegenüber anderen Ursachen im Hinblick auf den Eintritt des Erfolges so deutlich in den Hintergrund, dass sie nicht mehr als rechtlich wesentlich angesehen werden kann, kommt diese nicht als Ursache für einen entschädigungspflichtigen Arbeitsunfall in Betracht.

Kriterien der Wesentlichkeitsgrenze eines Arbeitsunfalls für den Gesundheitsschaden sind zum Beispiel die versicherte Ursache, das Ereignis als solches, also Art und Ausmaß der Einwirkung, die konkurrierenden Ursachen, das Krankheitsbild sowie die gesamte Krankengeschichte. Das bloße Fehlen von konkurrierenden Ursachen genügt dabei nicht [16]. Ein Unfallereignis ist jedenfalls dann als wesentlich neben anderen Ursachen

anzusehen, wenn das Ereignis an der Entstehung oder Verschlimmerung eines Gesundheitsschadens mindestens zu einem Drittel beteiligt ist. Dabei ist jedoch eine prozentuale Festlegung nicht entscheidend und wohl in der Regel auch nicht möglich. Im Gutachten reicht aus, dass der Sachverständige unter Einbeziehung aller Umstände das Unfallereignis als wesentliche (Mit-)Ursache darstellt. Ein Zusammenhang ist dann gegeben, wenn der Unfall und seine Folgen nach ihrer Eigenart und Stärke unersetzlich und damit nicht mit anderen alltäglichen Ereignissen austauschbar sind [17]. Eine Ursache ist nicht schon deshalb wesentlich, weil sie als letzte Bedingung eingetreten ist [18].

Unfallunabhängige Faktoren überwiegen, wenn sie bei vernünftiger, lebensnaher Betrachtung die tatsächlich und auch rechtlich allein wesentliche Bedingung für den Eintritt des Gesundheitsschadens darstellen, das Unfallereignis deshalb völlig zurückdrängen [19]. Ein hypothetischer Verlauf steht mit dem Versicherungsfall nicht im Zusammenhang. Kriterien zur Bestimmung der Wesentlichkeit einer Ursache können dabei besondere Umstände des Einzelfalles sein, wie der Verlauf der Krankheitsgeschichte und dessen Vorgeschichte, der Belastbarkeit des Versicherten vor dem Unfallereignis oder Schwere einer Vorerkrankung unmittelbar vor dem Unfallereignis. War zum Beispiel eine Vorerkrankung nicht behandlungsbedürftig, so spricht dies dafür, dass das Unfallereignis wesentlich war. Stets hat dabei eine individualisierende Kausalitätsbetrachtung zu erfolgen. Ausführungen wie „erfahrungsgemäß, im allgemeinen, unter ähnlichen Umständen“ reichen nicht aus. Der Versicherte ist grundsätzlich in dem Gesundheitszustand geschützt, indem er sich bei Aufnahme seiner Tätigkeit befand.

Ein Unfallereignis ist wesentlich, wenn eine Krankheitsanlage entweder zur Entstehung krankhafter Veränderungen einer besonderen, in ihrer Art unersetzlichen äußeren Einwirkung bedurfte und diese im Unfallereignis enthalten ist oder ohne das Unfallereignis zu einem – nicht unwesentlichen – späteren Zeitpunkt aufgetreten wäre, diese aber durch die schädigende Einwirkung erheblich vorverlegt wurde [20]. Unfallunabhängige Faktoren

überwiegen und stellen daher eine nicht wesentliche Bedingung dar, wenn sie bei vernünftiger, lebensnaher Betrachtung die tatsächlich und auch rechtlich allein wesentliche Bedingung für den Eintritt eines Gesundheitsschadens darstellen [21]. Man spricht dann auch von Gelegenheitsursache.

Unfallunabhängige Veränderungen

Im Rahmen eines Kausalitätsgutachtens müssen unfallunabhängige Veränderungen im Sinne einer Krankheitsanlage dargestellt und in die Beurteilung eingearbeitet werden. Danach ist herauszustellen, inwieweit genetische, außerberufliche oder altersbedingt-degenerative Entwicklungen beim Probanden vorhanden sind, die die Erkrankung ganz oder teilweise herbeigeführt haben. Im Rahmen der Beurteilung der Kausalität ist zu prüfen, ob das Unfallereignis oder die Krankheitsanlage wesentlich im Sinne der Theorie der wesentlichen Bedingung war. Ist dies so, handelt es sich um eine Unfallfolge (im Sinne einer Verschlimmerung). Erst bei der Festsetzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit ist nunmehr zu prüfen, inwieweit eine (anteilige) Minderung der Erwerbsfähigkeit festzusetzen ist. Im Rahmen der Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit gilt nicht das „Alles-Oder-Nichts-Prinzip“, da es nicht um eine Frage der Kausalität, sondern der Minderung der Erwerbsfähigkeit geht [22].

Wirkt ein Unfallereignis auf einen vorbestehenden Gesundheitsschaden ein und bringt diesen in eine veränderte Erscheinungsform, ist nicht das Grundleiden mit allen seinen Auswirkungen Unfallfolge. Vielmehr wird der gesamte Gesundheitsschaden rechtlich zerlegt in einen durch den Arbeitsunfall wesentlich verschlimmerten Teil und einen unfallversicherungsrechtlich nicht relevanten Teil (Grundleiden) [23]. Dies stellt keinen Verstoß gegen den Grundsatz der unteilbaren Kausalität dar [24]. Insoweit stellt sich die Frage, ob die Gesundheitsstörung ohne Mitwirkung des Unfallereignisses in etwa zur selben Zeit auch aufgetreten wäre. Aber auch ein Bagateltrauma kann nicht generell als bloße Gelegenheitsursache ausgeschlossen werden [25]. Gegen eine Zurechnung spricht häufig ein Missverhältnis zwischen der psychischen Reaktion und dem Unfallereignis.

Soweit eine vollständige Aufklärung nicht möglich ist, gehen Zweifel am Bestehen einer Krankheitsanlage oder dessen Kausalität nach den Grundsätzen der materiellen Beweislast zulasten der Beklagten. Auch hier sollte idealerweise ein Hinweis des Gutachters erfolgen, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit nicht nachgewiesen ist.

Verschlimmerung

Eine psychische Erkrankung kann auch kausale Unfallfolge im Sinne der Verschlimmerung sein, wenn ein Vorschaden, das heißt eine manifeste psychische Vorerkrankung mit Funktions- und leistungsmindernden Auswirkungen bestand [26]. Es ist im Gutachten darzustellen, inwieweit eine dauernde oder vorübergehende Beeinflussung erfolgt.

Beispiel 3

Folgen einer Operation, fehlerhafte Behandlung; weiterer Unfall (z. B. Sturz eines Beinamputierten), Depression wegen überlangem Krankheitsverlauf.

Mittelbare Unfallfolgen

Mittelbare Folgen werden infolge neuer Schädigungsvorgänge auf der Basis des bereits vorliegenden Erstschadens verursacht. Unmittelbare Unfallfolgen entwickeln sich ohne weiteren Schädigungsvorgang aus den entstandenen Gesundheitsschäden.

In § 11 SGB VII ist die mittelbare Unfallfolge bei einzelnen Handlungen als sogenannter Folgeunfall gesetzlich geregelt (Heilbehandlung, angeordnete Untersuchung, Aufsuchen des Unfallversicherungsträgers).

Verfahrensrechtliche Fragen

Aufklärungspflicht des Gerichtes

Grundsätzlich muss das Gericht durch umfassende Ermittlungsmaßnahmen das angeschuldigte Ereignis, den Geschehensablauf und auch maßgebliche Vor- und aktuelle Erkrankungen des Klägers aufklären. Rechtlich gesehen kann diese Aufgabe der Sachverständige nicht leisten. Lediglich im Rahmen der Anamnese kön-

nen entsprechende Aussagen des Klägers aufgenommen werden. Soweit der Verdacht von Vorerkrankungen besteht, muss grundsätzlich das Gericht um weitere Aufklärung gebeten werden. Dabei wird es in der Regel auch sinnvoll sein, zuvor mögliche körperliche Erkrankungen auf anderem Fachgebiet abzuklären.

Beweis

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt, dass die Merkmale „versicherte Tätigkeit“, „Unfallereignis“, „kausal wirksame Tatsachen“ und „erster Gesundheitsschaden“ im Wege des Vollbeweises, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen müssen.

Bezüglich des ursächlichen Zusammenhangs ist keine absolute Sicherheit gefordert. Es ist ausreichend, dass bei vernünftiger Abwägung aller für und gegen den Zusammenhang sprechenden Umstände, die für den Zusammenhang sprechenden Erwägungen überwiegen (BSG vom 2. April 2009 – B 2 U 9/08 R). Man spricht hier auch von einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit. Von der Wahrscheinlichkeit ist die bloße Möglichkeit zu unterscheiden. □

LITERATUR

- Schönberger, Mertens, Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage, 2010 (zitiert SMV)
- Dr. Peter Becker, Der Arbeitsunfall, BG, Erich Schmidt Verlag, 2011; 403 – 9
- Dr. Peter Becker, Berufskrankheiten-rechtliche Grundlagen, BG, 2011; 73 ff
- Dr. Peter Becker, Gesetzliche Unfallversicherung: Die Versicherungsfälle, BG, 2011; 339 – 42
- Dr. Peter Becker, Gesetzliche Unfallversicherung: Leistungen, BG; 568 – 74

Zusammenfassung eines Vortrags für die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP im März 2012 in Sulzbach bei Frankfurt.

Detaillierte Literaturnachweise unter springermedizin.de/neurotransmitter

Willi Johannes Kainz

Vorsitzender Richter am
Bayerischen Landessozialgericht
E-Mail: wjk.jus@gmx.de

**Detaillierte Literaturnachweise unter
springermedizin.de/neurotransmitter**

1. Siebtes Buch Sozialgesetzbuch
2. Becker, Der Arbeitsunfall, BG, 2011, S. 405, mit statistischer Entwicklung
3. BSG v. 12.4.2005, B 2 U 11/04 R; v 9.5.2006, B 2 U 1/05 R; v. 5.9.2006, B 2 U 24/05 R; v. 12.12.2006, BU 28/05 R
4. Vgl. BSG, Urteil vom 13. 9. 2005 - B 2 U 6/6/05 R - SozR 4-2700 § 2 Nr 7: Schneeräumen
5. BSG vom 13.09.2005, a.a.O.
6. z.B. BSG, SozR 2200, § 548, Nr. 71
7. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 148
8. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 13
9. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 13
10. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 142
11. BSG vom 09.05.2006, Az.: B 2 U 1/05 R
12. BSG vom 09.05.2006, Az.: B 2 U 1/05 R
13. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 26
14. LSG Baden-Württemberg vom 28.09.2006, Az.: L 10 U 3430/05, Leitsatz zitiert nach Juris
15. Dr. Peter Becker, BG 2011, Seite 404
16. BSGE 96,196 ff; BSG vom 2. April 2009, Az.: B 2U 9/08 R
17. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 152
18. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 24
19. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 26
20. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 31
21. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 26
22. Marschner, Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, SGB VII, § 8, Rn 35 - 36, Stand 01.12.2011
23. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 34
24. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 34
25. BSG vom 19.05.2006, BSGE 96,196
26. Schönberger, Mehrtens, Valentin, Arbeitsunfallberufskrankheit, 8. Auflage, 2010, S. 154

Behandlung mit Botulinumtoxin in neurologischen Praxen nicht die Regel

In Großbritannien wird die Therapie mit Botulinumtoxin bereits an Physiotherapeuten delegiert. In Frankreich wird sie nur von Kliniken angeboten, in anderen europäischen Ländern vor allem von PMR (physical medicine and rehabilitation)-Spezialisten durchgeführt. In Deutschland sind es überwiegend Neurologen, die die Patienten damit versorgen – noch. Denn leider schlägt sich die Botulinumtoxintherapie noch nicht in ärztlichen Honorarordnungen nieder. Obwohl sie vielen Patienten – zum Beispiel mit Spastik nach einem Schlaganfall – Erleichterung bei spastik-assoziierten Symptomen verschaffen könnte.

© Eisenhans / Fotolia.com



Botulinumtoxin kann vielen Patienten mit Spastik-assoziierten Symptomen helfen. Leider ist eine Behandlung mit Botulinumtoxin in Neurologie- und Nervenarztpraxen noch nicht die Regel. Das liegt vor allem an der inadäquaten Entlohnung dieser Leistung.

Obwohl Deutschland weltweit führend ist, was die Expertise zum Thema Botulinumtoxin angeht, werden auch hier nicht alle Patienten behandelt, die davon profitieren könnten. Dies betrifft vor allem Patienten mit einer Spastik als Residualsymptomatik nach einem Schlaganfall, bei denen eine Botulinumtoxinbehandlung Erleichterung bedeuten kann – durch die Linderung Spastik-assoziiierter Schmerzen, Verbesserung der Pflegemöglichkeiten, eine verbesserte Gelenkstellung und dadurch eine natürlichere Haltung der betroffenen Extremität – und manchmal sogar funktionellen Gewinn.

Einer der wesentlichen Gründe dafür, dass Neurologen in Deutschland die Botulinumtoxintherapie nicht anbieten, ist, dass sich diese spezialisierte Behandlung bisher in keiner ärztlichen Honorarord-

nung wiederfindet. Weder der EBM, noch die GOÄ halten Ziffern bereit, die eine Abrechnung der Behandlung erlauben. Anders in der Schweiz, wo die Gebührenordnung „Tarmed“ unter der Ziffer 05.0130 mit dem Legendentext „Botulinusinjektion in periphere Muskeln, pro Muskel“ eine Vergütung mit 26 Taxpunkten für die Arztleistung und 23 Punkten für die technische Leistung vorsieht. In Schweizer Franken ausgedrückt sind das etwa 40 CHF (ca. 33 €), dies variiert in den Kantonen etwas (ein vollständiger neurologischer Status wird mit 121,34 Taxpunkten vergütet, eine neurologische Verlaufsuntersuchung mit 55,15 Punkten).

Zugelassene Indikationen und Patientenzahlen in Deutschland

In Deutschland sind die Indikationen „Cervikale Dystonie“ (Torticollis), „Ble-

pharospasmus“, „Spasmus hemifacialis“, „Spastik der oberen Extremität nach Hirninfarkt“, „spastischer Spitzfuß“ bei Kindern, „chronische Migräne“ und „spastische Blase“ zugelassen.

Bezüglich der Zahl der von einer Dystonie Betroffenen gibt es für Deutschland keine präzisen Daten. Überträgt man Zahlen aus den USA auf Deutschland ergibt sich eine Prävalenz, wie etwa bei der MS. Für die Spastik der oberen Extremität gibt es ebenfalls keine genauen Angaben. Die Prävalenz des Schlaganfalls liegt bei circa 600 pro 100.000 Einwohner.

Zahl der Versorger in neurologischen und nervenärztlichen Praxen

Um ein Bild davon zu bekommen, in wie vielen neurologischen und nervenärztlichen Praxen in Deutschland mit Botulinumtoxin behandelt wird, wurden seit Mitte Juli 2012 alle 17 KVen, das Zentralinstitut (ZI) und die Herstellerfirmen Allergan, Ipsen und Merz angeschrieben. Bei den KVen und dem ZVI wurde erstens nach der Häufigkeit gefragt, mit der die typischen Krankheitsbilder (Dystonie, Torticollis spasmodicus und Blepharospasmus) in den Jahren 2010 und 2011 verschlüsselt wurden. Zweitens wurde um Auskunft über die Anzahl der neurologischen und nervenärztlichen Praxen, die im selben Zeitraum Botulinumtoxin verordnet hatten, gebeten. Einige KVen antworteten sehr präzise und vollständig; manche KVen sahen rechtliche Bedenken bei der Beantwortung der einen, der anderen oder beider Fragen oder fanden den Aufwand zu hoch, die Fragen zu beantworten. Das ZI konnte bundes-

weite Zahlen über die Diagnosen aus dem Jahr 2009 und Verordnungen aus den Jahren 2010 und 2011 übermitteln. Leider konnte das ZI nicht zwischen den einzelnen Betriebsstätten unterscheiden (d. h., zwischen Praxen, MVZ, Ermächtigungsambulanzen und Institutsambulanzen zu differenzieren). Dies gelang aber durch die Zahlen der KVen zumindest auf der Ebene einzelner Länder.

Die Herstellerfirmen wurden gebeten, mitzuteilen, in wie vielen Praxen im Bundesgebiet ihre jeweiligen Produkte nach ihren Informationen eingesetzt wurden. Die Firmen Allergan, Ipsen und Merz beantworteten diese Frage ziemlich übereinstimmend mit denselben Zahlen.

Setzt man das Mosaik der erhaltenen Antworten zusammen, dann ergibt sich folgendes Bild: In Deutschland gab es im Jahr 2010 480 und 2011 624 ambulante neurologisch/nervenärztliche Betriebsstätten in denen Botulinumtoxin verordnet wurde. 2010 wurden 38.952 und 2011 43.354 Verordnungen für Botulinumtoxin A, also die Präparate Botox, Dysport und Xeomin ausgestellt. Aus den Angaben der Länder-KVen und der Industrie ergibt sich, dass von den genannten Betriebsstätten 150 bis 200 neurologisch/nervenärztliche Praxen sind, in denen Botulinumtoxin verordnet wird (nach Angaben der BÄK gibt es in Deutschland 2106 niedergelassene Nervenärzte und 1.102 niedergelassene Neurologen, Stand Ende 2011).

Die genaue Differenzierung zwischen Praxen und Ermächtigungsambulanzen war anhand der erhaltenen Daten für einzelne Bundesländer möglich. Als Beispiel die Zahlen aus Bayern: Im Jahr 2010 gab es hier 55 neurologisch/nervenärztliche Praxen die 1.785 Patienten mit Botulinumtoxin behandelten und 18 Ermächtigte, die 1.155 Patienten behandelten. Im Jahr 2011 61 Praxen mit 1.823 Patienten und 22 Ermächtigte mit 1.204 Patienten. Die Diagnosen Torticollis, Blepharospasmus, Spasmus hemifacialis, wurden 2011 von circa 900 neurologisch/nervenärztlichen Praxen und MVZ kodiert.

Nach Angaben des ZI wurde 2009 die Diagnose Torticollis spasmodicus in neurologisch/nervenärztlichen Betriebsstätten mit KV-Zulassung in 24.603 Fällen gestellt, die Diagnose Blepharospasmus in 14.066 Fällen und die Diagnose Spasmus hemifacialis in 14.376 Fällen. Die Diagno-

se spastische Hemiparese wurde im selben Zeitraum circa 100.000 mal in diesen Betriebsstätten gestellt (die Zahlen stehen für das ganze Bundesgebiet, Saarland ausgenommen).

Versorgungssituation

Nach übereinstimmenden Aussagen zahlreicher Kollegen und der Selbsthilfeorganisationen scheint es bei der Versorgung mit Botulinumtoxin bei Patienten mit Dystonien kein relevantes Defizit zu geben. Allerdings wurden in letzter Zeit offenbar einige Klinikambulanzen geschlossen, weil sie unrentabel seien. Im Einzugsgebiet Berlin und brandenburgisches Umland betraf dies drei Ambulanzen oder Ermächtigungen. Die Anzahl der Patienten, die zur Behandlung in neurologische/nervenärztliche Praxen kommen möchten, steigt dadurch. An den Unikliniken besteht gelegentlich das Problem, dass die Behandler zu häufig wechseln oder die Kapazitäten der Ambulanzen ausgelastet sind und sich die Patienten deshalb nach einer alternativen Anlaufstelle umsehen.

Ein großes Defizit und damit ein großes Potenzial scheint bei den Patienten mit einer Spastik nach Schlaganfall zu bestehen, die von einer Botulinumtoxinbehandlung profitieren könnten, aber bisher diesbezüglich nicht versorgt sind. Dies hat verschiedenste Gründe: Unter anderem spielen die unzureichende Versorgung von Heimen mit Neurologen und die nicht geregelte Vergütungssituation für die Ärzte eine Rolle.

Bisherige Abrechnungsmöglichkeiten in der neurologischen Praxis

Wie bereits erläutert, gibt es bisher keine speziellen Abrechnungsziffern für die Honorierung der Behandlung mit Botulinumtoxin. Bei gesetzlich versicherten Patienten kann die neurologische Ordinationsziffer berechnet werden. Je nach Dauer der Konsultation kann die Gesprächsziffer 16220 abgerechnet werden. Leider wurden in den Legenden der Betreuungsziffern 16230 und 16233 die chronisch neurologischen Erkrankungen Dystonie, Torticollis spasmodicus oder Blepharospasmus vergessen. Anders sieht dies bei Patienten mit spastischer Hemiparese nach Schlaganfall aus: Hier kann eine Betreuungsziffer abgerechnet

werden. Wird die Toxininjektion EMG-gesteuert durchgeführt, kann die Leistung für das EMG berechnet werden. Leider hat sich die Legende dieser Ziffer mit der EBM-Reform verändert und heißt jetzt: „Abklärung einer peripheren neurologischen Erkrankung“, was natürlich nicht alle Facetten des EMG beschreibt. Hier besteht dringend Korrekturbedarf bei der Leistungslegende (und natürlich auch bei der Bewertung, zurzeit 450 Punkte) der Ziffer 16231. Eine Behandlung mit Botulinumtoxinen unter Ultraschallkontrolle hat abrechnungstechnisch ebenfalls leider kein Korrelat in den Gebührenordnungen.

Bemühungen um adäquate Vergütung der Botulinumtoxinbehandlung

Im Arbeitskreis Botulinumtoxin der DGN gibt es seit langem Bemühungen, die Vergütungssituation für diese spezialisierte Behandlung zu verbessern. Bisher waren diese nicht erfolgreich. Auch die Deutsche Dystonie Gesellschaft als Selbsthilfeorganisation ist diesbezüglich sowohl bei der KBV als auch bei den GKV-Spitzenvertretungen vorstellig geworden. Sie wurde angehört, bisher leider ohne fassbares Ergebnis. Der BVDN engagiert sich seit über zehn Jahren für die Einführung einer eigenen EBM-Ziffer. Ein entsprechender Leistungsinhalt wurde bereits 2004 formuliert und war im Rahmen der EBM-Reform Verhandlungsgegenstand mit den Kassen, leider ohne dann Eingang in den EBM plus zu finden. Immerhin hat der Arbeitskreis Botulinumtoxin ein Anwenderzertifikat mit einem definierten Curriculum entwickelt, das helfen soll, die Qualität zu sichern. Dieses könnte als Voraussetzung für die Vergütung dienen.

Zur Verbesserung der Honorierung kann man in mehrere Richtungen weiterdenken: Vor drei Jahren wurde im NEUROTRANSMITTER (Ausgabe 2/2009) vorgeschlagen, dass die Patienten die Botulinumtoxinbehandlung als individuelle Gesundheitsleistung privat bezahlen. Dies kann man für PKV-Versicherte in Betracht ziehen – sie haben die Aussicht, die Arztrechnung mit Analogziffern erstattet zu bekommen. Für GKV-Versicherte käme eine private Liquidation mit Leistungssplittung für eine on-label-Behandlung neurologischer Störungen mit Botu-

linumtoxin mit schriftlichem Einverständnis des Patienten unter Umständen in Frage. Aber gerade für Praxen mit einem Schwerpunkt auf der Behandlung von Bewegungsstörungen mit vielen Patienten, kann dies keine dauerhafte Lösung sein. Was gebraucht wird, ist eine Vergütung nach dem EBM mit einer eigenen, unter Berücksichtigung der Kostenstruktur der Praxis berechneten Leistung. Diese sollte qualitätsgesichert sein und durch eine entsprechende Auffüllung des neurologisch/nervenärztlichen Honorartopfes durch die Kostenträger vergütet werden. Um zu einer EBM-Ziffer zu gelangen, bedarf es einer Stellungnahme der Fachgesellschaft, in diesem Fall der DGN, und eines positiven Votums der KBV und der GKV-Spitzenverbände. Es ist nicht länger akzeptabel, dass 20 Jahre nach der Einführung der Botulinumtoxinbehandlung zum Nutzen vieler Patienten, diese Therapie in der Gebührenordnung für die ambulante Behandlung

in Deutschland nicht existent ist. Für die Behandlung unter stationären Bedingungen steht die OPS 6003, Applikation eines Medikamentes, zur Verfügung.

Spezialfachärztliche Versorgung: Mögliche Chance auf gerechte Vergütung

Eine Chance für die Vergütung der Behandlung könnte die Neufassung des § 116b des SGB 10 darstellen. Die Botulinumtoxintherapie ist eine spezialärztliche Versorgung, nur 5 % der Niedergelassenen Neurologen und Nervenärzte bieten sie an. Sie könnte unter der Überschrift „Neuromuskuläre Erkrankungen“, für die es laut § 116b-Ambulanzen geben darf, erbracht werden. Die Patienten mit Dystonie und Spastik nach Schlaganfall sind schwer erkrankt und haben nicht selten komplizierte Behandlungsverläufe.

Vertragsabschlüsse nach den §§ 140a (IV) und 73c (ambulante fachärztliche Versorgung) sind mühselig. Man verhandelt einzeln mit den Kassen, die vor allem

an Einsparungen interessiert sind, und die Verträge können wieder gekündigt werden. Einzelverträge mit Krankenkassen, bei denen auch eine Herstellerfirma Vertragspartner ist, sind insofern interessant, als die Gewährung eines Arzneimittelrabattes die Kostenträger in die Lage versetzt, die Ärzte besser zu bezahlen.

Es gibt viele, bisher unbehandelte, Patienten, die von einer Botulinumtoxinbehandlung profitieren würden, und es gibt ein großes Potenzial von neurologisch/nervenärztlichen Praxen in Deutschland, die diese Behandlung anbieten könnten. Deshalb muss diese hochspezialisierte und wirksame Therapie in den Gebührenordnungen gelistet und honoriert werden! □

AUTOR

Dr. med. Walter Raffauf

Arzt für Neurologie, Berlin

E-Mail: raffauf@neuropraxis-mitte.de



e.Med-Paket

Teil 1: e.Akademie

Teil 2: e.Bibliothek

Teil 3: e.News

Teil 4: e.Praxis

Steigen Sie ein bei e.Med und gewinnen Sie einen BMW 320d Luxury Line Limousine!

Möchten Sie von den Vorteilen des Online-Komplettangebotes für Ärzte profitieren und Ihren persönlichen Zugang zu e.Med bestellen? Dann schalten Sie bis zum 30. November 2012 Ihren Zugang zur digitalen Welt von Springer Medizin für nur 33,25 €* inklusive 19% MwSt. pro Monat frei und nutzen Sie die Gewinnchance auf einen BMW 320d Luxury Line Limousine**. Der BMW bringt Sie sicher und mit viel Freude am Fahren überall hin, wo es Straßen gibt – mit e.Med kommen Sie blitzschnell über virtuelle Datenautobahnen zu allen Inhalten von Springer Medizin.

Buchen Sie Ihr e.Med-Abo unter www.springermedizin.de/eMed und gewinnen Sie!

* Zuzüglich Versandkostenpauschale für eine Print-Zeitschrift. Das Angebot richtet sich an Angehörige medizinischer Fachkreise (z. B. Ärzte). Die Mindestvertragslaufzeit beträgt im ersten Jahr 12 Monate und kann mit einer Frist von 30 Tagen vor Ablauf der Vertragslaufzeit gekündigt werden; ohne Kündigung verlängert sich der Vertrag und ist dann monatlich kündbar. Weitere Informationen unter: www.springermedizin.de/eMed.

** Eine Teilnahme am Gewinnspiel ist nur bis einschließlich 30. November 2012 möglich. Teilnahmeberechtigt sind nur volljährige, natürliche Personen, die Angehörige medizinischer Fachkreise (z. B. Ärzte) und keine Mitarbeiter von Springer Medizin sind. Der Gewinner wird per Losentscheid ermittelt. Der abgebildete BMW kann hinsichtlich Modell, Farbe etc. vom tatsächlichen Gewinn abweichen. Weitere Informationen (z. B. Teilnahme, Teilnahmebedingungen) erhalten Sie unter www.springermedizin.de/eMed.



**Serie e.Med Teil 2: e.Bibliothek
Recherche in neuer Dimension**

Wer e.Med bucht, dem steht die ganze Welt der e.Bibliothek offen. Diese umfasst nicht nur sämtliche Inhalte der deutschsprachigen Zeitschriften von Springer Medizin, sondern ermöglicht auch die Recherche in SpringerLink, einer der weltweit größten Online-Bibliotheken.

Wer in seinem beruflichen Alltag nach fundierten Informationen sucht, weiß mittlerweile die Vorteile des Internets zu schätzen. Schnell, einfach und allorts lassen sich die vorhandenen Informationen screenen. Wie gut das Ergebnis der Recherche ist, hängt jedoch von der Datenbank, der Brauchbarkeit der Suche, der Sortierbarkeit der Ergebnisse und den Zugriffsmöglichkeiten auf die gesammelten Informationen ab. Eine neue Dimension der Recherche eröffnet die „e.Bibliothek“, die jedem e.Med-Abonnenten zur Verfügung steht. Hier stellt Springer Medizin Inhalte aus sämtlichen medizinischen Fachgebieten zur Verfügung, also Publikationen aus allen haus-eigenen Facharztmagazinen und wissenschaftlichen Zeitschriften – insgesamt 470 Titel. Alle Veröffentlichungen sind seriös recherchiert und geprüft. Dafür stehen Herausgeber, Fachautoren und die Redaktionen von Springer Medizin.

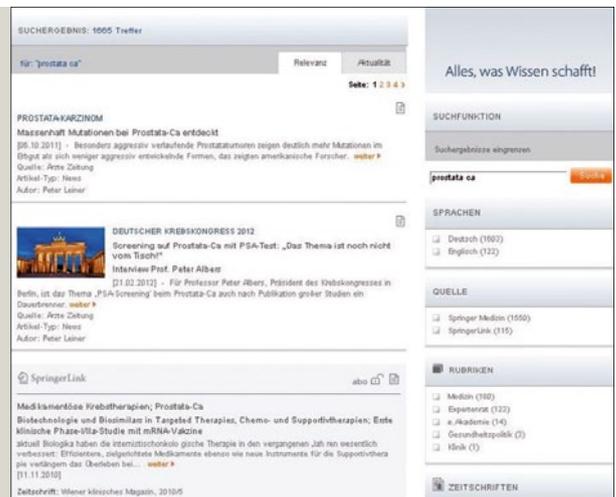
Mit e.Med haben Sie nicht nur Zugriff auf die Inhalte der deutschsprachigen Publikationen. Eine umfassende Suchfunktion auf dem Portal ermöglicht Ihnen auch

die Recherche in internationalen medizinischen Zeitschriften von „SpringerLink“. Sie finden die neuesten Veröffentlichungen aus aller Welt und können sich problemlos interdisziplinär informieren.

Da die e.Bibliothek über eine Volltextsuche verfügt, liefern einzelne Suchbegriffe nicht zuletzt aufgrund des großen Angebots entsprechend viele Treffer. Doch keine Sorge, Sie können Suchbegriffe kombinieren oder Treffer nach Aktualität beziehungsweise Relevanz sortieren. Auch lässt sich die Ergebnisliste auf bestimmte Zeitschriften, Zeiträume, Autoren etc. einschränken, sodass eine übersichtliche und individuelle Darstellung der Ergebnisse gewährleistet ist. Um Ihnen die Recherche zu erleichtern, gibt es noch einen Service: Sobald Sie einen Artikel aus der Trefferliste ausgewählt haben, öffnet sich das Fenster „Mehr zum Thema“, in dem ähnliche Beiträge angezeigt werden.

Und sollten Sie doch einmal eine Print-Version benötigen, so ist auch das kein Problem. Alle Artikel sind als PDF download- und ausdrückbar. **red**

Beeindruckende 1.655 Treffer liefert der Suchbegriff „Prostata Ca“ in der e.Bibliothek. Verfeinern lässt sich die Suche durch Begriffskombinationen oder die Einschränkung auf Publikationen, Zeiträume, Autoren etc.



Schalten Sie Ihre Null-Euro-Kleinanzeige im NEUROTRANSMITTER



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, Mitglieder im BVDN, BDN oder BVDP, nutzen Sie den neuen Service unserer Verbandszeitschrift NEUROTRANSMITTER!

Exklusiv für Verbandsmitglieder besteht 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 23. Oktober 2012.

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

Neurologe und/oder Psychiater (m/w) in Teilzeit gesucht für nervenärztliche Gemeinschaftspraxis im Raum Hannover. Überdurchschnittliche diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, übertarifliche Bezahlung, geregelte Arbeitszeit, gutes Klima.
Kontakt: kontakt@neurologe-ostertor.de
Tel.: 05121 2861740

Doppelfacharzt N/P gesucht für große Nervenarztpraxis PLZ 69, im malerischen Stadtviertel im Krankenhaus, mit Konsiliartätigkeit, überdurchschnittlich hohem Privatanteil, neuer E-Phys-Ausstattung, eingespieltem Personal. Schrittweise Übergabe aus Altersgründen angedacht.
Kontakt: info@drbrosi.de

Nach zwei erfolgreichen Selektivverträgen mit der Etablierung (bei etwa 90 Patienten) von Psychoedukation und Einzel-IPT in einer großen Praxis suche ich Kollegen, die auch Erfahrungen mit diesem „Modell“ (BKK-Vertrag Baden-Württemberg) gesammelt haben, um sich über Potenziale, Chancen und Grenzen, Inhalte und auch betriebswirtschaftliche Aspekte auszutauschen.
Kontakt: Dr. Eckhard Dannegger, Lörrach, Edannegger@aol.com / Tel.: 07621 48021

Psychiater/Nervenarzt (m/w) zur Verstärkung eines Teams aus drei KollegenInnen zu privatärztlicher ambulanter und stationärer psychiatrischer Tätigkeit in gut laufender Privatklinik in Berlin gesucht. Großer Patientenstamm vorhanden. Zunächst Urlaubsvertretung, ggf. Assoziation möglich. Eigene Abrechnung über GOÄ. Attraktive Konditionen.
Kontakt: stephan.foerder@gmail.com

Kassenarztsitz (auch hälftig) für Neurologie und/oder Psychiatrie in Wiesbaden gesucht. Dr. Kempkes/Dr. Thümler
Kontakt: kempkes-mainz@t-online.de

Vertragsarztsitz (Neurologie und Psychiatrie) und voll ausgestattete Praxis im LK Marburg-Biedenkopf aus Altersgründen abzugeben.
Kontakt: neuro.psych.kepurs@t-online.de

Ärztlicher Mitarbeiter (m/w) für stundenweise Mitarbeit/Vertretung für nervenärztliche Praxis Region Hannover gesucht.
Kontakt: aplv@gmx.de

Nervenärztliche Kassenzulassung mit psychiatrischem Schwerpunkt in fachärztlicher Gemeinschaftspraxis Nähe Wiesbaden aus

Altersgründen abzugeben.
Kontakt: stenoprax@freenet.de

Praxisstz abzugeben in neurologisch-psychiatrischer Gemeinschaftspraxis (neurologischer Schwerpunkt) mit überdurchschnittlicher Fallzahl und umfassendem Leistungsangebot in Solingen (Nähe zu Köln, Düsseldorf, Wuppertal). Einstieg als Teilhaber (evtl. anfangs auch angestellt, ggf. in Teilzeit möglich) ab Juli 2013.
Kontakt: dr-r-schaefer@versanet.de

Wir sind eine neurologische Praxis in der Mitte Itzehoes in Schleswig-Holstein. Nördlich von Hamburg gelegen, erreichen Sie uns schnell über die A23. Für das Jahr 2013 suchen wir einen flexiblen Arzt (w/m) als Urlaubsvertretung. Unterlagen bitte an **Kontakt:** info@neurologikum-itzehoe.de oder Neurologikum Itzehoe, Feldschmiedekamp 4, 25524 Itzehoe

KAUFEN & VERKAUFEN etc.

EMG/NLG-Gerät Madaus. Schwarzer Typ EMG 12 EP Amplaid. Preis VB.
Kontakt: info@dr-kaupper.de / Tel.: 02361 27218



Praxisporträt

Der Patient auf Augenhöhe

Dr. Falk von Zitzewitz sieht den Patienten als Partner, mit dem er gemeinsam die Krankheit bewältigt. Eine enge Einbindung der Patienten in Diagnose und Therapie ist dem Nervenarzt daher besonders wichtig. Dazu setzt er auch auf ein selbst entwickeltes elektronisches Patiententagebuch.

Die Idee kam Dr. Falk von Zitzewitz schon vor 17 Jahren: Man bräuhete ein kleines Gerät, bei dem die Patienten immer dann auf den Knopf drücken, wenn das Medikament wirkt, und auf einen anderen, wenn es nach der Einnahme nicht wirkt. So könnte man schnell feststellen, wie ein Patient auf die Therapie reagiert. Inzwischen hat der Nervenarzt mit dem medicus® tatsächlich ein solches Gerät entwickelt und auch patentieren lassen. Kaum größer als eine Zigarettenschachtel können Patienten damit ganz einfach mit zwei Pfeiltasten zu bestimmten Zeiten Symptomstärke oder Medikamentendosierung eingeben. Damit, so von Zitzewitz, lässt sich gut erkennen, welche Patienten ansprechen und welche nicht. Ein Vorteil gegenüber Papiertagebüchern: Es gibt keine langen und umständlichen Fragen, die Patienten können nichts rückwirkend eintragen, sondern immer nur aktuell, daher erkennen sie selbst auch Therapielücken – und das erhöht die Compliance.

Gespräch über konkrete Ergebnisse

Die Daten werden beim Arztbesuch ausgewertet. „Der Arzt kann dann direkt mit dem Patienten über konkrete Ergebnisse sprechen“. Zugleich erleichtert das Gerät die Dokumentation, man muss nicht mehr so viel aufschreiben, da der Verlauf grafisch dargestellt wird. Derzeit verwendet der Arzt aus Ludwigsburg das elektronische Tagebuch vor allem, um ADHS-Patienten medikamentös gut einzustellen, aber auch bei Parkinson-Patienten ist es seiner Ansicht nach geeignet, denn es lassen sich damit Fluktuationen gut dokumentieren.

Ein anderer Aspekt ist für den Nervenarzt beim elektronischen Tagebuch ebenfalls sehr relevant: Der Patient wird intensiv in die Therapie mit eingebunden.



Das Praxisteam (v. li.): Kirsten Jäger, Büsra Akbasoglu, Dr. Falk von Zitzewitz, Franziska Bosch

Praxis-Steckbrief

Inhaber: Dr. Falk von Zitzewitz, Nervenarzt
Praxistyp: Einzelpraxis
Ort: 71638 Ludwigsburg
Regionale Struktur: Städtischer Raum
Anteil Privatpatienten: etwa 3%
Nächste Klinik: 3 km (Neurologie und Psychiatrie)
Mitarbeiterinnen: 4
Schwerpunkte: Depression, Angst, ADHS, Demenz, Epilepsie, Parkinson
Besonderheiten: Entwicklung eines elektronischen Patiententagebuchs

Mehr Eigenverantwortung und Eigenständigkeit des Patienten – von Zitzewitz betrachtet das als wichtige Therapieziele. Er sieht den Patienten in einem Team, das mit ihm versucht, gemeinsam die Beschwerden zu bewältigen. Dies erfordert eine gewisse Mitarbeit der Patienten. Sie werden in seiner Praxis daher auch gebeten, Berichte aus Kliniken und von Fachärzten ebenso mitzubringen, wie etwa die Ergebnisse der Blutuntersuchung vom Hausarzt. „Indem sie diese Unterlagen selbst beschaffen, werden sie in das Krankheitsbewältigungssystem integriert und ermuntert, bei der Behandlung mitzumachen.“

Ein anderes Beispiel: Der Arztbrief wird in Gegenwart des Patienten diktiert, dieser weiß dann, was in dem Bericht an den Hausarzt steht, und kann bestimmten Mitteilungen zustimmen oder sie ablehnen. Er sieht auch, was der Hausarzt tun muss, dass etwa ein EKG oder eine Blutuntersuchung empfohlen wird. Zudem, so von Zitzewitz, wird der Patient aufge-

fordert, sich mit den Ergebnissen, die über ihn erhoben werden, auseinanderzusetzen. Er muss sich dazu etwas tiefer in die Medizin einarbeiten, aber schließlich geht es um ihn und seine Gesundheit.

Eine Woche Heimbesuche im Quartal

Neben den Sprechstundenpatienten betreut der Nervenarzt noch mehrere Heime. Diese besucht er alle während einer Woche im Quartal, in der er sonst keine Sprechzeiten hat.

Besonderen Wert legt von Zitzewitz auf ein gutes Vertrauensverhältnis zu seinen Patienten. „Man hat eine sehr persönliche Beziehung, quasi auf Augenhöhe. Auch für die Arzthelferinnen ist das wichtig, das ist dann wie eine große Familie.“

Der Besuch von Fachkongressen bringt Input für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Patientenversorgung und frischt den sehr anstrengenden Alltag auf. Wenn man dann noch medizinische Fortschritte mit einfließen lässt, dann macht die Arbeit wirklich Freude.“ **mut**

Jugend- und Adoleszenzpsychiatrie: Asperger-Autismus

Im Ganzen häufig überfordert, im Detail oft überragend

Das Asperger-Syndrom ist eine Störung aus dem autistischen Formenkreis. Im Unterschied zu frühkindlichen Autisten sind Asperger-Patienten in der Regel mindestens normal begabt und verfügen über mindestens durchschnittliche sprachliche Fertigkeiten. Sie haben allerdings erhebliche Probleme beim Verstehen der Handlungen und Motive ihrer Mitmenschen. Dadurch entstehen oft gravierende soziale Probleme, die in der Regel ab dem späten Grundschulalter deutlich werden. Hinzu kommen meist eingeschränkte Interessen, oft in Verbindung mit herausragendem Wissen in einem bestimmten Teilbereich.

WOLFGANG DEIMEL UND CLAUDIA MEHLER-WEX, BAD KISSINGEN



Die Defizite im Sozialverhalten von Kindern mit Asperger-Syndrom fallen häufig erst im Grundschulalter auf.

36 Asperger-Autismus

Im Ganzen häufig überfordert, im Detail oft überragend

49 AGATE: Kardiovaskuläres Risiko bei ADHS-Behandlung**55 PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**

Medikamenten-induzierte manische Symptome

62 CME Schizophrenie

Nutzen und Risiken der Polypharmazie

67 CME Fragebogen

Praktisch zeitgleich 1943/44 erschienen Erstbeschreibungen von zwei ähnlichen Störungsbildern. Beide Autoren waren Österreicher, beide benutzten das neue Wort Autismus und nach allem, was man weiß, geschah dies völlig unabhängig voneinander und beide begegneten sich nie. Die Arbeit von Leo Kanner („Autistic disturbances of affective contact“) beschrieb das, was wir heute als frühkindlichen oder Kanner-Autismus kennen, Hans Aspergers Habilitationsschrift „Autistische Psychopathen im Kindesalter“ war namensgebend für das Asperger-Syndrom. Die Konzepte erfuhr über die Jahrzehnte Veränderungen und die heutigen diagnostischen Kategorien stimmen nur noch zum Teil mit den Originalbeschreibungen überein.

Die von Kanner beschriebene Störung war zunächst nicht als eigenständige Kategorie anerkannt, sondern wurde besonders in den USA unter dem dort traditionell weit gefassten Begriff Schizophrenie subsummiert. Erst im DSM-III (1980) wurde der Bereich der „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ definiert, Autismus war eine wichtige Unterkategorie davon. Während Kanner, der in den USA lebte und arbeitete, auf englisch publizierte, schrieb Asperger seine Arbeit auf deutsch. Erst 1981 wurde sie von Uta Frith ins Englische übersetzt und blieb bis dahin weitgehend unbekannt. Das Asperger-Syndrom ist erst seit Version 10 des ICD und Version IV des DSM als Begriff und Diagnose in diesen Manualen vertreten. Dies zur Erklärung dafür, dass Asperger-Autismus aktuell immer noch ein im Aufschwung befindliches Thema darstellt. Da die Störung also erst seit sehr viel kürzerer Zeit als vergleichbare Störungen im Fokus von Wissenschaft und Öffentlichkeit steht, dürften auch heute noch viele erwachsene Asperger-Betroffene nicht richtig diagnostiziert sein.

Wissenschaftlich hat sich die Sichtweise in den letzten Jahrzehnten deutlich geweitet, da man mittlerweile vom „Autismus-Spektrum“ spricht. Zum einen fasst dies frühkindlichen und Asperger-Autismus zusammen, in dem die Unterschiede zwischen beiden Störungen im Wesentlichen auf Unterschiede der Intelligenz zurückgeführt werden. Zum anderen öffnet es die Kategorie auch für weniger schwer Betroffene, die vielleicht etwas auffällig und für ihre Mitmenschen sonderbar sind, aber die diagnostischen Kriterien nicht klar erfüllen.

Kernbereiche der Symptomatik

Die Auffälligkeiten treten in drei Kernbereichen auf: Interaktionsstörung (nicht sprachlicher Bereich), Kommunikationsstörung (Sprache) und stereotypes, rigides Verhalten.

Besonderes Sozialverhalten (Interaktionsstörung)

Asperger-Betroffene zeigen eine unangemessene Einschätzung sozialer und emotionaler Signale: Nonverbale Zeichen werden beim Gegenüber nicht wahrgenommen und Gefühlsäußerungen nicht erwartungsgemäß beantwortet, Sarkasmus und Ironie werden nicht verstanden, ein Zwischen-den-Zeilen-Lesen gelingt nicht. Umgekehrt werden Mimik und Gestik nur sehr reduziert gebraucht. Asperger-Autismus ist nicht zwingend mit fehlendem Blickkontakt verbunden, manchmal wird dieser aufgrund der gesellschaftlichen Erwünschtheit auch bewusst antrainiert, kann dann aber sehr starrend wirken. Die fehlende Gegenseitigkeit in der Interaktion und der gefühlte Mangel an Empathie wirken irritierend im Kontakt mit den Betroffenen. Sie sind sozial wenig interessiert oder weisen große Schwierigkeiten bei Kontaktinitiierung, Aufmerksamkeitswid-

mung und affektiver Mitschwingungsfähigkeit auf.

Sprachliche Einschränkungen (Kommunikationsstörung)

Obwohl die formale Sprachbeherrschung oft exzellent ist, gibt es meistens doch bestimmte Auffälligkeiten der Sprache: Kinder wirken durch eine gestelzte Sprache oft „altklug“, erwachsene Betroffene erzählen oft weitschweifig und beantworten Fragen sehr umständlich. Die Sprache ist in vielen Fällen stereotyp, wenig moduliert mit ungewöhnlichem Rhythmus und auffälliger Intonation und wirkt somit eigentümlich. Zum Teil werden ungewöhnliche Redewendungen verwendet. Inhaltlich bestehen Probleme beim Verständnis von symbolischer Sprache, das heißt, Sprichwörter und Redensarten werden wörtlich interpretiert und Ironie wird nicht als solche verstanden. Die Sprache wird nicht wirklich gegenseitig kommunikativ eingesetzt.

Stereotype Verhaltensmuster

Weitere Auffälligkeiten sind stereotype, wiederkehrende Verhaltensmuster und eine zwanghaft anmutendes Haften an Alltagsritualen und der gewohnten Tagesstruktur. Asperger-Betroffene können kleinste Veränderungen im Lebensumfeld oft nicht akzeptieren, auch wenn es sich für andere Menschen um Banalitäten handelt. Die Anpassungsfähigkeit an neue Bedingungen ist somit deutlich erschwert und kann besonders bei neuen Lebensabschnitten (Wechsel auf weiterführende Schule, Start ins Berufsleben etc.) zu Krisen führen. Im Alltag gibt es oft Handlungsrouninen und Rituale, die nur gegen erheblichen Widerstand der Betroffenen unterbunden werden können. Es mangelt an Handlungsflexibilität und kontextuell abgestimmten Reaktionsweisen.

Spezialinteresse: Das wahrscheinlich spektakulärste Merkmal eines Asperger-Autismus ist aber das fast immer vorhandene Spezialinteresse. Es handelt sich dabei um mehr als nur um ein enthusiastisch betriebenes Hobby. Zum Beispiel interessieren sich Asperger-Autisten oft sehr für Pläne und Karten und zeigen hier erstaunliche Gedächtnisleistungen, sie können dann etwa Autobahnanschlussstellen zu einem weit entfernten bestimmten Ziel hin auf Zuruf aus dem Kopf aufsagen. In Kombination mit den fehlenden sozialen Kompetenzen hat man dann einen unter Umständen sehr anstrengenden Gesprächspartner, der nicht mehr von „seinem“ Thema wegzubringen ist. Manchmal ist ein Kind mit Asperger-Syndrom aber auch für einen Erwachsenen ein sehr angenehmer Gesprächspartner, weil es so gut formulieren kann und über ein großes Wissen verfügt.

Schließlich sei noch die motorische Ungeschicklichkeit erwähnt, die bei vielen Asperger-Betroffenen zu finden ist.

Unterschiede zum frühkindlichen Autismus

Der wichtigste Unterschied ist das Intelligenzniveau: Asperger-Autismus ist in der Regel mit normaler Begabung assoziiert, außerdem liegt keine Sprachentwicklungsverzögerung vor. Da die Kernsymptome beim Asperger-Syndrom das Sozialverhalten betreffen, fallen Defizite auch erst ab einem bestimmten Alter auf,

oft erst im Grundschulalter oder sogar noch später. Im Prinzip gelten in den weiter oben aufgeführten drei Kernbereichen dieselben diagnostischen Kriterien, diese sind aber bei Asperger-Autismus oft nicht so klar und schwerwiegend ausgeprägt wie bei frühkindlichem Autismus.

Ursachen

Genetische Zusammenhänge

Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis sind mit einer Heritabilität von über 90% assoziiert. Bei einem geringen Prozentsatz (3–5%) sind nicht genetische Faktoren wie etwa Röteln-Infektionen in der Schwangerschaft, entzündliche Hirnerkrankungen oder Endokrinopathien involviert [7]. Bestimmte, auf einem konkreten Gen vererbte Erkrankungen gehen immer mit autistischen, jedoch vor allem frühkindlichen, Syndromen einher (Fragiles X-Syndrom, Tuberoöse Hirnsklerose, Phenylketonurie, Smith-Lemli-Opitz-Syndrom). Diese monogenen Erbgänge sowie zytogenetische Ursachen (Duplikation des mütterlichen Anteils von Chromosom 15q11–13, einer Region mit GABA-Rezeptorgenen; Deletionen von Chromosom 2q37, 7q31, 22q13.3) machen etwa ein Drittel der Ursachen von autistischen Störungen aus [8]. Als Kandidatengene sind außerdem ein Oxytocin-Rezeptorgen (Chromosom 3; relevant für Bindungsverhalten) und das Glutamat-Re-

zeptor-6-Gen (Chromosom 6; bedeutsam für Lernprozesse) im Gespräch. Widersprüchliche Befunde ergaben sich zu den Kandidatengenregionen 7q22, 7q31–36 (Sprachentwicklung), 15q11–13 (GABA-A- und B-Rezeptorgene: Inhibitionsfunktionen) und zu Regionen des Serotonintransportergens auf Chromosom 17, wodurch ein Brückenschlag zu den zwanghaft-rigiden Verhaltensmustern geschlagen werden könnte. Assoziationsstudien zum X-Chromosom (Neuregulin 3 und 4) erbrachten unspezifische Zusammenhänge mit Autismus [8]. Das Vererbungsrisiko einer autistischen Störung beträgt 2–8%, wobei sehr große Abweichungen vor dem Hintergrund der jeweiligen genetischen Disposition zu beachten sind. Eine genetische Beratung muss daher mit großer Sorgfalt in einem dafür fachlich ausgewiesenen Zentrum erfolgen. Eine primäre genetische Diagnostik ist aufgrund der Komplexität und der unklaren Studienlage derzeit nicht zu empfehlen.

Informationsverarbeitung

Einige Konstrukte der zentralen Informationsverarbeitung werden mit Asperger-Autismus in Zusammenhang gebracht, sind aber zum Teil recht unspezifisch. Drei der eher spezifischen Konstrukte sind Imitationsfähigkeit, zentrale Kohärenz und „Theory of Mind“.

Imitieren von Verhalten gehört essenziell zur kindlichen Entwicklung und Autisten sind darin eher schlecht. Eine mögliche Erklärung dieses Defizits betrifft die „Spiegelneuronen“. Ein Spiegelneuron (1995 bei Affen entdeckt) ist eine Nervenzelle, die im Gehirn von Primaten während der Betrachtung eines Vorganges die gleichen Reize auslöst, wie sie entstünden, wenn dieser Vorgang nicht bloß passiv betrachtet, sondern aktiv durchgeführt wurde. Man vermutet, dass Spiegelneurone die neuro-anatomische Basis für Empathie sind. Bezogen auf Autismus würde dies bedeuten, dass die Spiegelneuronen von Menschen mit Autismus nur auf eigene Aktionen antworten und nicht auf die Aktionen anderer. Diese Theorie ist zwar reizvoll, die Befundlage dazu ist aber bisher nicht eindeutig.

Zentrale Kohärenz ist die Fähigkeit, einzelne wahrgenommene Elemente zu einem Ganzen zusammen zu fassen und

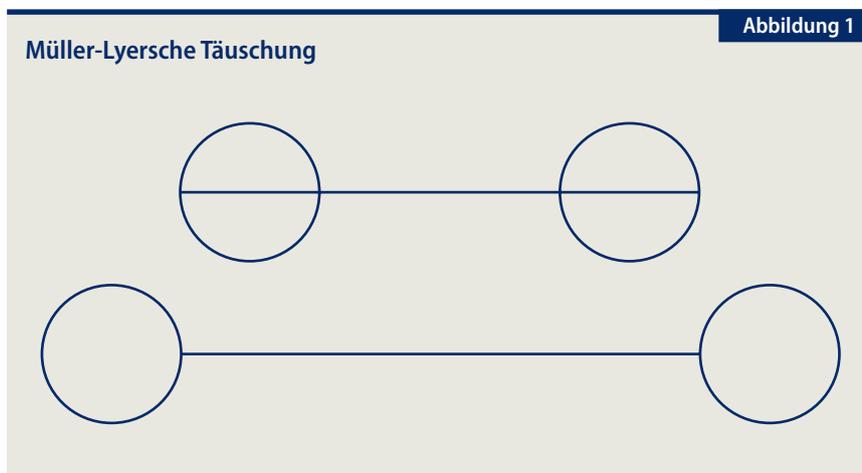


Abbildung 1

Welche Linie ist länger? Autisten lassen sich seltener täuschen und erkennen besser, dass die Linien gleich lang sind.

das Gesamtbild (im Sinne von Gestalt) zu erkennen. Es konnte gezeigt werden, dass Autisten und Schizophrene in diesem Bereich beeinträchtigt sind. Salopp kann man sagen, „sie sehen den Wald vor lauter Bäumen nicht“. Dieses Konstrukt wird meistens auf den visuellen Bereich bezogen, kann aber auch bei anderen Modalitäten betroffen sein. Der „Embedded Figures Test“ kann zur Überprüfung der visuellen zentralen Kohärenz verwendet werden. Die Müller-Lyersche Täuschung ist eine einfache optische Täuschung, für die Asperger-Autisten aufgrund der geringeren zentralen Kohärenz weniger anfällig sind (**Abbildung 1**).

Theory of Mind ist die Fähigkeit, Gedanken, Überzeugungen, Wünsche und Absichten anderer Menschen zu erkennen und zu verstehen, um deren Verhalten nachvollziehen und um voraussagen zu können, was sie als Nächstes tun werden. Autisten sind hierbei beeinträchtigt; sie verstehen die Handlungsmotivation anderer Menschen also oft nicht und verhalten sich daher unpassend (**siehe Fallbeispiel**).

Darüber hinaus kursieren immer noch Behauptungen, dass Umweltgifte oder Impfstoffzusätze Autismus auslösen können. Die US-Gesundheitsbehörde FDA betrachtet diese Hypothesen jedoch seit 2006 als eindeutig widerlegt.

Häufigkeit

Asperger-Autismus ist eine seltene Störung, im Mittel werden 0,02% Betroffene in der Bevölkerung angegeben. Zum Vergleich: Die Rate von frühkindlichem Autismus liegt mit 0,1–0,4% eine Zehnerpotenz höher. Generell wird für Autismus ein Anstieg der Häufigkeit über die letzten Jahre beschrieben, das Center for Disease Control (CDC) in den USA gibt einen Anstieg der Fälle von Autismus mit 57% zwischen 2002 und 2006 an. Die Ursache dafür ist unklar. Eine epidemiologische Studie bei Erwachsenen in Großbritannien kommt zu dem Schluss, dass nicht eine tatsächliche Zunahme der Erkrankungsrate bestehe, sondern dass dem Anstieg zum großen Teil methodische Gründe zugrunde liegen wie zum Beispiel besserer Informationsstand, bessere diagnostische Möglichkeiten und ähnliches [6].

Fallbeispiel (Theory of Mind)

Ein klassisches Beispiel der Theory of Mind ist folgende Szene zweier spielender Kinder: Ein Kind bringt sein Spielzeug in einem Behältnis A in Sicherheit vor dem Zugriff des anderen Kindes, bevor es den Raum verlässt. Währenddessen entnimmt das zurückgebliebene Kind das Spielzeug und verlegt es in ein anderes Behältnis B. Das erste Kind kommt zurück in den Raum und will nun sein Spielzeug wieder. Wo wird es zuerst suchen?

Die richtige Antwort lautet: Im Behältnis A, denn dort hat es selbst das Spielzeug zuletzt gesehen, und in Abwesenheit hat es ja nicht mit erlebt, dass das andere Kind das Spielzeug woanders untergebracht hat. Ein Autist aber würde Behältnis B nennen, da das Spielzeug da ja tatsächlich ist und er sich nicht in das erste Kind hineinversetzen kann, dem eine entscheidende Information fehlt.

Diagnostik

Diagnostisch werden im Autismus-Spektrum im Wesentlichen drei verschiedene Störungen zusammengefasst. Neben dem Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) sind dies der Frühkindliche (Kanner-) Autismus (F84.0) und der Atypische Autismus (F84.1). Eine Abgrenzung innerhalb der Störungen mit deutlicher Intelligenzbeeinträchtigung, zu denen neben dem Kanner-Typ weitere tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie etwa das Rett-Syndrom gehören, ist oft schwierig. Bei den hier interessierenden Störungen mit normaler Intelligenz oder leichter Lernbehinderung kann bei nicht erfülltem Asperger-Vollbild (siehe oben) die Diagnose eines atypischen Autismus erwogen werden. Eine weitere Autismus-Variante ohne Intelligenzminderung ist der „hochfunktionale Autismus“ („High functioning autism“, HFA), der im Wesentlichen ein Kanner-Autismus bei normaler Intelligenz ist. Der Mangel an zuverlässigen und nachvollziehbaren Unterscheidungskriterien ist ein Grund, warum man heute übergreifend vom „Autismus-Spektrum“ spricht.

Bei normaler Intelligenz besteht eine Hauptaufgabe der Diagnostik darin, eine differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber anderen, nicht autistischen Störungen vorzunehmen. Die wichtigsten Abgrenzungskriterien sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Verhaltensbeobachtung

Da es keine eindeutigen Tests und körperlichen Marker (wie z. B. Bluttests) für autistische Erkrankungen gibt, handelt es sich im Wesentlichen um eine Verhal-

tensdiagnose, die sich auf anamnestiche Angaben und intensive Alltagsbeobachtungen stützt. Besondere Sorgfalt sollte auf die (auch Angehörigen-gestützte) Anamnese frühkindlicher Verhaltens- und Entwicklungsbesonderheiten verwendet werden. Trotzdem bleibt es in vielen Fällen oft längere Zeit beim Verdacht auf ein Asperger-Syndrom, wenn die Symptome und Probleme nicht eindeutig oder nicht stark genug für das Vollbild ausgeprägt sind. Eine klare diagnostische Entscheidung ist aufgrund der Befundlage oft schwierig; diese Situation kann als geradezu typisch für Störungen aus dem Bereich TES (Tiefgreifende Entwicklungsstörungen) betrachtet werden.

Standardisierte Diagnoseinstrumente

Neben der unstandardisierten, klinischen Verhaltensbeobachtung (auch in Form von fremdanamnestischen Informationen z. B. von Schule und Arbeitsplatz) gilt die Kombination von ADOS („Autism Diagnostic Observation Schedule“, deutsch: Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen) und ADI-R („Autism Diagnostic Interview-Revised“) international als „Goldstandard“ der Diagnostik [4, 18]. Seit gut zehn Jahren haben diese beiden diagnostischen Instrumente in Form von strukturierter Befragung und dem standardisierten Durchspielen von Verhaltenssequenzen die Diagnosestellung sehr erleichtert. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass beide Instrumente primär für die Diagnostik des frühkindlichen Autismus entwickelt worden sind und Asperger-Autisten nicht immer zu-

Wichtigste Differenzialdiagnosen des Asperger-Syndroms		Tabelle 1
Differenzialdiagnose	Kommentar	
ADHS	Wird häufig als Erstdiagnose gestellt, da die Grundhäufigkeit sehr viel höher ist. Tritt oft gemeinsam mit Autismus auf; ob es als dem Autismus zugehörig oder als Komorbidität betrachtet wird, ist umstritten. Eine Behandlung der ADHS-Komponente ist oft sinnvoll.	
Störung des Sozialverhaltens	Oft schwierig von Autismus zu differenzieren. Der Hauptunterschied ist, dass bei einer Störung des Sozialverhaltens das „nicht Wollen“ des sozialkonformen Verhaltens im Vordergrund steht, beim Autismus jedoch das „nicht Können“.	
Zwangsstörung	Zwänge sind sehr oft Teil der autistischen Symptomatik und treten meist als Ordnungszwänge auf. Charakteristisch ist, dass Zwänge im Rahmen einer autistischen Störung von den Betroffenen meist als angenehm und spannungsreduzierend erlebt werden (ich-synton), im Rahmen einer reinen Zwangsstörung aber meist als unangenehm und störend (ich-dyston).	
Angststörungen	Ängste treten bei Autisten sehr häufig auf. Es kann sich dabei sowohl um einfache wie auch komplexe Phobien handeln, wie auch um ausgeprägte Ängste vor Veränderungen.	
Schizophrenie	Psychotische Durchgangssyndrome sind bei Belastung möglich. Reizüberempfindlichkeit und Dissoziieren bei Stress sind bei Autismus üblich und müssen von tatsächlich halluzinatorischen Ereignissen abgegrenzt werden. Des Gleichen können die zum Teil bizarren Formulierungen bei Asperger-Autisten auf die falsche Fährte führen. Zur Unterscheidung helfen ausführliche Gespräche und intensive Verhaltensbeobachtung.	
Schizoide Persönlichkeit	Im Erwachsenenalter sehr schwer von Asperger-Autismus zu trennen. Da beide Störungen schwer therapierbar sind und es dabei hauptsächlich um Verhaltensaufbau und -veränderung geht, mag man die klinisch-praktische Bedeutung einer solchen Differenzierung auch durchaus als fragwürdig sehen. Klarstes Unterscheidungsmerkmal ist der Erkrankungsbeginn (Kindheit bei Asperger-Autismus, spätes Jugendalter/junges Erwachsenenalter bei Persönlichkeitsstörung).	

Diagnostische Instrumente des Asperger-Autismus				Tabelle 2
Instrument	Ziel	Auswertung	Typ	
Fragebogen zur Sozialen Kommunikation (FSK, [2])	Screening Autismus	Cut-off global	Fragebogen Eltern	
Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS, [17])	Screening Asperger	Cut-off global und in Bereichen	Fragebogen Eltern	
Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS, [18])	Diagnosestellung Autismus	Cut-off global und in Bereichen	Verhaltensbeobachtung	
Diagnostisches Interview für Autismus-Revidiert (ADI-R, [3])	Diagnosestellung Autismus	Cut-off global	Elternbefragung	
Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität (SRS, [5])	Quantitative Erfassung des Sozialverhaltens	Normwerte	Fragebogen Eltern	

verlässig damit identifiziert werden können. Die Durchführung und Auswertung insbesondere des ADOS ist sehr anspruchsvoll und sollte nur durch Experten erfolgen, die eine spezielle Fortbildung absolviert haben. Da der Zeitaufwand erheblich ist (ADOS inklusive Vorbereitung etwa 1,5 Stunden, ADI-R bis zu 3 Stunden), ist ein Screening sinnvoll. Hierzu gibt es verschiedene Fragebögen. Der FSK (Fragebogen zur Sozialen Kommunikation; [2]) ist quasi eine Kurzform des ADI-R und ergibt einen Summenwert, der in Relation zu einem kritischen Wert („cut-off“) gesetzt wird. Erreicht der Summenwert zumindest die Nähe des Cut-off, ist die Durchführung der kompletten Diagnostik empfehlenswert. Der Fragebogen SRS (Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität; [3, 5]) wird ebenfalls von Eltern oder Bezugspersonen ausgefüllt und erbringt Normwerte für spezielle Bereiche des Sozialverhaltens in Bezug auf sowohl Autisten als auch eine Normstichprobe. Der Fragebogen MBAS (Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom; [13]) lehnt sich inhaltlich an verschiedene Skalen und Fragebögen an und wurde speziell im Hinblick auf Asperger-Screening entwickelt. Eine Übersicht über die diagnostischen Instrumente gibt **Tabelle 2** (siehe auch **Diagnostische Fallstricke**).

Behandlung

Autismus generell und das Asperger-Syndrom im Besonderen sind eigentlich keine psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinn, denn sie lassen sich nicht im klassischen Sinn heilen. Die Sichtweise vom Asperger-Syndrom als einer Behinderung (§ 35a SGB) ist hier hilfreicher, denn die Betroffenen werden ihre Defizite oft nicht oder nur zu einem gewissen Grad kurieren können – aufgrund ihrer oft guten Intelligenz können sie aber lernen, die Defizite zu kompensieren. Ein Beispiel: Asperger-Autisten halten von sich aus oft gar keinen Blickkontakt, und wenn sie erkannt haben, dass dies die Mitmenschen stört, verfallen sie eventuell in ein ebenfalls vom Gegenüber als unangenehm empfundenen Anstarren beim Gespräch. Mit Mühe und Anleitung lässt sich ein „normaler“, modulierter Blickkontakt aber sehr wohl lernen, auch wenn das intuitive Verständnis dafür fehlt.

Diagnostische Fallstricke

- Asperger-Betroffene werden oft erst mit zunehmendem externem Sozialkontakt auffällig, das heißt, in der Schule oder auch erst in der Adoleszenz.
- Eine Vorstellung bei einem Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt meist erst dann, wenn die Symptomatik stark ausgeprägt ist und gegebenenfalls Folgekomplikationen bereits manifest sind (Verhaltens- oder affektive Störungen).
- Primäre Diagnosen sind oft Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, Entwicklungsverzögerung, „Reifungskrisen“, soziale Ängste oder Störung des Sozialverhaltens, wobei die jeweiligen Kriterien oft nicht genau erfüllt sind und man sich mit annähernd zutreffenden Diagnosen begnügen muss.
- Die zum Teil hoch spezialisierten Sonderinteressen lassen dazu verleiten, die Betroffenen als hochintelligent einzustufen. Das mag im Einzelfall tatsächlich stimmen, jedoch können die Betroffenen ihr Spezialwissen nicht adäquat anwenden. Es bleibt ein Selbstzweck und ist somit als Stereotypie anzusehen.
- Das mangelnde Einfühlungsvermögen und das gestörte Kontaktverhalten können fälschlich als „gefühlskalt“ anmuten und zur Annahme einer Dissozialität führen.
- Asperger-Autismus und Depression sowie Ängste schließen sich nicht aus; im Gegenteil: Durch die Wahrnehmung der eigenen Besonderheiten kann ein massiver Leidensdruck mit Selbstabwertung, Depressivität und regelrechten Panikgefühlen vor sozialen Herausforderungen entstehen.

Eine große Hilfe ist es oft schon, nach Diagnosestellung ausführlich über die Störung zu informieren. Dies wird von Betroffenen und deren Familien meist als sehr entlastend empfunden, denn Eltern und Familienmitglieder erleben bei sich oft Unverständnis oder Wut über die vermeintlich unwilligen Betroffenen, die immer wieder an für Nicht-Betroffene einfachen Aufgaben und Anforderungen scheitern.

Einordnung des Schweregrades

Sinnvoll ist auch eine Einordnung des Schweregrades, denn nicht jede Asperger-Störung ist unbedingt behandlungsbedürftig. Jeder Mensch hat auch das Recht auf Unangepasstheit; der Behandlungsbedarf ergibt sich nicht aus der Störung selbst, sondern aus dem Leidensdruck der Betroffenen. In diesem Zusammenhang ist mehr als bei anderen psychischen Störungen eine Betrachtung nicht nur der Schwächen, sondern vor allem auch der Stärken oder Ressourcen wichtig; denn ein gezieltes Nutzen der Stärken (z. B. hervorragender Sinn für Details) kann zur Kompensation der Schwächen (z. B. fehlender Sinn für die sozialen Zusammenhänge) nutzbar gemacht werden. Ein Beispiel: wenn ich nicht spüre, dass ich Jemanden verärgert

habe, kann ein genaues Erkennen der Mimik auch zu der Erkenntnis führen, dass in der Interaktion gerade etwas „schief gelaufen“ ist.

Psychotherapie

Die psychotherapeutische Behandlung von Asperger-Autismus setzt Spezialwissen voraus, da einige allgemeine Grundannahmen etwa über die Wirksamkeit von Verstärkern nicht ohne Weiteres zutreffend sind. In Deutschland gibt es mittlerweile zahlreiche Autismus-Therapiezentren (ATZ), die aber fast immer auf frühkindlichen Autismus spezialisiert sind. Die Behandlung von Asperger-Syndromen wird dort meist angeboten, es sollte aber im Einzelfall geprüft werden, ob das in dem Rahmen sinnvoll ist. Eine Psychotherapie im engeren Sinn wird sich oft weniger auf die Kernsymptomatik beziehen als auf die daraus resultierenden sozialen Schwierigkeiten und den damit verbundenen Leidensdruck.

Therapiemanuale und -programme

Therapiemanuale speziell für hochentwickelte Autismus-Formen sind noch nicht vollständig etabliert [15]. Eine Behandlung muss daher immer aus ganz verschiedenen Bausteinen für einen be-

stimmten Patienten zusammengesetzt werden, wobei die Verhaltenstherapie eine zentrale Rolle einnimmt. Eine ausführliche allgemeine Übersicht über Behandlungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten geben Remschmidt & Kamp-Becker sowie Preißmann [16, 17] (Therapiestrategien siehe auch **Abbildung 2**).

Sehr bekannte Autismus-Therapieprogramme sind TEACCH („Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children“) und ABA („Applied Behavior Analysis“). TEACCH ist pädagogisch, ABA verhaltenstherapeutisch orientiert. Beide Programme richten sich hauptsächlich an Vorschulkinder mit frühkindlichem Autismus, Elemente daraus können aber auch in der Asperger-Behandlung Verwendung finden. Kompakte, mehrwöchige Trainings der sozialen Kompetenz haben sich als wirkungsvoll für hochfunktionale Autisten herausgestellt, speziell in Kombination mit Elterntrainings (zur Übersicht über aktuelle Befunde siehe auch [13]).

Folgende Therapieprogramme sind zu nennen:

- KONTAKT: Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktionsgruppentraining bei Autismus-Spektrumstörungen [12]
- TOMTASS: Theory of Mind Training für Autismus-Spektrumstörungen [14]
- SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus [11]
- Als Computertraining von Interesse, jedoch wenig evaluiert ist das FEFA (Frankfurter Test und Training des Erkennens fazialen Affekts; www.klinik.uni-frankfurt.de/zpsy/kinderpsychiatrie/Downloads/FEFA_home.htm).

Schulung sozialer Kompetenz

In der Psychotherapie sind Maßnahmen zur Schulung der sozialen Kompetenz von entscheidender Bedeutung. Dazu gehören das Üben der emotionalen Selbst- und Fremdwahrnehmung, das Üben sozialer Situationen und die Arbeit am eigenen Gefühlsausdruck (konkretes Training von Gestik und Mimik). Die Interpretation sozialer Interaktionen und das Deuten von nonverbalen Signalen können beispielsweise anhand von Bildmaterial oder Filmaufnahmen

erfolgen. Das Bedürfnis nach Freundschaft oder auch Partnerschaft ist oft vorhanden, wenngleich das formale Bedürfnis nach Partnerschaft das inhaltliche Interesse oft überwiegt; insofern ist auch dies mitunter ein sehr wichtiges Thema in der Einzeltherapie. Daneben ist eine Gruppentherapie mit anderen Asperger-Patienten speziell hilfreich, da sich die Betroffenen dort einmal als Teil einer Gruppe mit ähnlichen Eigenschaften und nicht, wie so oft sonst, als Außenseiter erleben können. Auch wenn ein Teilnehmer einen speziellen „Trick“ zur Anpassung an „die Welt da draußen“ an einen Mitpatienten erfolgreich weitergeben kann, sind diese Erlebnisse für beide Seiten selbstwertstärkend. Solche Gruppen lassen sich naturgemäß nur in Kliniken oder Einrichtungen realisieren, in denen schwerpunktmäßig dieses Störungsbild behandelt wird. Hilfreich für weniger stark Betroffene oder „Fortgeschrittene“ sind aber auch störungsübergreifende psychotherapeutische Gruppen zum sozialen Kompetenztraining, um Aktion und Reaktion mit nicht Betroffenen im geschützten Rahmen noch realitätsnäher zu trainieren.

Ganzheitliche Betrachtung: Bedeutsam ist neben der störungsspezifischen Behandlung stets die ganzheitliche Betrachtung des Patienten: Wie könnte die berufliche Perspektive geplant werden (unter Berücksichtigung der Stärken und der Schwächen sowie des Begabungsprofils)? Welcher Unterstützungsbedarf besteht im Schul-, Berufs-, und Alltagsleben? Bei Schülern kann beispielsweise durch auf die Besonderheiten individuell abgestimmte Nachteilsausgleiche im Schul-Setting und durch Mobile Sonderpädagogische Dienste (Schulbegleitung) die Integration in Regelschulen erleichtert und gefördert werden (vgl. Vollzugshinweise zur Gewährung von Nachteilsausgleich bei Leistungserhebungen des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung ISB München; www.isb.bayern.de/isb/download.aspx?DownloadFileID=b7491f4baa07b41b293a7ef9a5f5a4).

Weitere Aspekte zur Schulung der sozialen Kompetenz sind:

- Welche Bezugspersonen können in welcher Form einbezogen werden, in-

wieweit ist eine Verselbstständigung möglich?

- Welche Alltagshilfen sind notwendig?
- Ist eine Beratung im Hinblick auf die Initiierung und Gestaltung von Partnerschaft gewünscht?
- Welche Freizeitaktivitäten, welche gezielte soziale Einbindung sind denkbar und umsetzbar?
- Welche Strukturen sind unabdingbar?
- Welche gesetzlich verankerten Hilfen zur gesellschaftlichen Integration sind erforderlich?

Medikamentöse Therapie

Psychopharmaka können allenfalls flankierend symptomorientiert eingesetzt werden, der Schwerpunkt wird immer auf der psychotherapeutischen Ebene liegen. Bestehen depressive (Folge-) Symptome oder begleitende therapieresistente zwanghafte Verhaltensweisen oder (soziale) Angstreaktionen, so können moderne Antidepressiva (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) hilfreich sein. Bei Zwängen als Zielsymptom würde höher dosiert werden müssen, als bei Depression oder Angst. Im Falle von Impulsivität, gereizter Angespanntheit und aggressiv getönten Verhaltensweisen unterstützen vorzugsweise niedrig dosierte atypische Neuroleptika oder nied-

rig potente Neuroleptika (Übersicht vgl. [10]).

Unaufmerksamkeit und Impulsivität sind oft Autismus-immanent, jedoch wird mittlerweile bei über 50% der von Autismus Betroffenen von einer alle Kriterien erfüllenden, komorbiden Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ausgegangen (vgl. [1]). Es wird daher vielfach nicht mehr als gerechtfertigt angesehen, dass ICD-10 und DSM-IV ADHS als Ausschlussdiagnose für Autismus festlegen. Insofern ist nach klinischer Erfahrung bei komorbidem ADHS ein Behandlungsversuch mit Stimulanzien durchaus zu erwägen, was aber in manchen Fällen die Rückzugstendenzen verstärken und öfter als bei reinem ADHS zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) wie Reizbarkeit und Schlafstörungen führen kann und daher kritisch zu beobachten ist.

Eine EEG-Ableitung ist bei Autismus-Spektrum-Störungen, vor allem jedoch bei den frühkindlichen Formen, von Interesse, da mitunter Auffälligkeiten vorhanden sind. Bei manifesten subklinischen, atypischen Potenzialen und selbstredend bei Epilepsie können Antikonvulsiva auch günstig verhaltensmodulierend wirken, insbesondere hinsichtlich Impulsivität und Reizfilterungsdefiziten.

Synopsis der multimodalen Therapiestrategien bei Asperger-Autismus

Abbildung 2



Stressbedingt können schizophreiforme Durchgangssyndrome auftreten, die dann von entsprechender, vorzugsweise atypisch neuroleptischer Medikation profitieren.

Stationäres Angebot für Diagnose und Therapie

Behandlungsbedarf von Asperger-Syndromen stellt sich oft erst im Adoleszenzalter heraus, dann zum Teil schon gekoppelt mit Folgestörungen im affektiven und Verhaltensbereich. Psychotische Entwicklungen sind bei besonders belasteten Patienten möglich. In der Regel besteht ein deutlicher Leidensdruck der Betroffenen und somit eine hohe Behandlungsmotivation. Erster Schritt jedoch muss eine umfassende fachliche Diagnostik und Differenzialdiagnostik sein. Da die Testungen umfangreich sind, nur in Spezialpraxen mit entsprechend langen Wartezeiten angeboten werden und Beobachtungen im sozialen und Alltagskontext große Bedeutung haben, sind diagnostische (teil-)stationäre Aufenthalte oft klärender als die ambulante Prüfung in kurzen Momentaufnahmen. Dies gilt besonders bei komplexen Vorgeschichten mit zahlreichen Vordiagnosen sowie bei Verquickung mit Sekundär- und Begleitsyndromen. Dabei sind jedoch die Schwierigkeiten mit neuen Situationen, Abläufen und Umgebungen zu berücksichtigen, sodass der Zeitraum im stationären Setting nicht zu knapp bemessen sein sollte. Der eindeutigen Diagnosestellung muss dann eine ausführliche Psychoedukation des Betroffenen und der Bezugspersonen folgen, um Verhaltensbesonderheiten, Interaktionsprobleme und Schemata in einem neuen Licht betrachten, verstehen und konstruktiv angehen zu können.

Auch wenn Asperger-Autismus nicht heilbar ist, kann doch ein kompaktes therapeutisches Programm im stationären Setting die Basis für weiterführende ambulante sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen legen. Bausteine wären Maßnahmen zum Training der sozialen Kompetenz, der kommunikativen Fähigkeiten sowie des emotionalen Ausdrucks respektive Verständnisses. Darüber hinaus könnte intensiv mit Angehörigen gearbeitet, die schulisch-berufliche Perspektive geplant und

erforderliche unterstützende Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

Aktuell scheint in den psychiatrischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken die Nachfrage nach diagnostischen und therapeutischen Angeboten nicht hinreichend gedeckt werden zu können beziehungsweise kommt es nur bei schweren Fällen zu einem klinischen Aufenthalt. Entsprechend kompakte Diagnostik- und Therapiepakete könnten jedoch nicht nur für die Betroffenen zur zügigen Abklärung und Basistherapie hilfreich, sondern auch gesundheitsökonomisch von Interesse sein, um Chronifizierungen und Folgeerkrankungen im psychiatrischen Spektrum vorzubeugen. Da zumeist Heranwachsende betroffen sind, zeigt sich das zum Beispiel in unserer Klinik gegebene adoleszentenpsychiatrische Setting besonders vorteilhaft, wodurch sich auch automatisch ein ideales Übungsfeld zum Umgang mit Gleichaltrigen ergibt.

Fazit für die Praxis

Gesellschaftliche Phasen haben die Tendenz gewisse Häufungen in der psychiatrischen Diagnostik hervorzubringen, und „Asperger“ befindet sich weiter auf dem Weg zur populären Diagnose. Warum? Während in der Frühphase der Globalisierung der hoch wettbewerbsorientierte „Typ A“, Typ „Manager“, mit vermutetem Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen in den Vordergrund trat, ist seine heutige Inkarnation der „Ausgebrannte“ („Burn-out“), der an den Auswüchsen der Globalisierung und allgegenwärtigen Vernetzung scheitert. Die massen-

hafte Verbreitung von Computerspielen und die allgemeine Reizüberflutung der 1990er-Jahre brachte die ADHS-Diagnostik zum Erläutern. Nachdem die digitale Revolution das Alltagsleben komplett durchdrungen hat und die „gestützte Kommunikation“ über Rechnernetze für viele Menschen die vorherrschende Art des zwischenmenschlichen Kontakts geworden ist, ist Autismus im landläufigen Sinne gesellschaftskompatibler geworden. Ein „Aspie“ zu sein ist oft akzeptabler als eine Depression oder Zwangsstörung zu haben. Insofern vermischt sich im weiteren Anstieg der Prävalenzzahlen die Korrektur der früheren Unterdiagnostizierung mit dem Anstieg durch falsch Positive. Und in manchen Branchen setzt man sogar gezielt auf Autisten: In Dänemark gründete der Vater eines Autisten eine Firma, die in einem weltweiten Netzwerk aufgegangen ist: „Specialisterne Denmark (...) is an innovative social enterprise providing assessment, training, education and IT consultancy services, where most of the employees are people with autism“ (www.specialistpeople.com). □

LITERATUR

Springermedizin.de/neurotransmitter

Dipl.-Psych. Wolfgang Deimel

Prof. Dr. med. Claudia Mehler-Wex

(Korrespondenz)

HEMERA Klinik für Seelische Gesundheit,
Privatklinik für Adoleszentenpsychiatrie
Schönbornstr. 16, 97688 Bad Kissingen
www.hemera.de

E-Mail: mehler-wex@hemera.de



Weitere Infos auf springermedizin.de

Psychotherapie des Asperger-Syndroms im Erwachsenenalter

Beim Asperger-Syndrom (AS) werden therapeutische Maßnahmen wie Einzel- und Gruppentherapie in Deutschland zumeist für Kinder und Jugendlichen angeboten, für Erwachsene sind diese jedoch kaum vorhanden und umfassende Konzepte fehlen. Dieser Artikel beschreibt therapeutische Ansätze und das Konzept der Freiburger Asperger-spezifischen Therapie für Erwachsene (FASTER) (434458).

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

LITERATUR

1. Biscaldi M., Rauh R., Tebartz van Elst L., Riedel A. Autismus-Spektrum-Störungen vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 2012;31:498-507.
2. Bölte, S., Poustka, F. Fragebogen zur Sozialen Kommunikation – Autismus Screening. Göttingen, Hogrefe, 2006.
3. Bölte, S., Poustka, F. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität - Dimensionale Autismus-Diagnostik. Göttingen, Hogrefe, 2007.
4. Bölte, S., Rühl, G., Schmötzer, G., Poustka, F. ADI-R - Diagnostisches Interview für Autismus – Revidiert. Göttingen, Hogrefe, 2006.
5. Bölte S., Poustka F. SRS. Skala zur Erfassung sozialer Reaktivität. Dimensionale Autismus-Diagnostik. Göttingen, Hogrefe, 2008.
6. Brugha, T.S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdos, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R., Meltzer, H. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community of England. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(5):459-465.
7. Freitag C.M. The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature. *Molecular Psychiatry* 2007;12:2-22.
8. Freitag C.M.: Genetik autistischer Störungen. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychother* 2008;36(1):7-15
9. Freitag, C.M. Autistische Störungen – State-of-the-Art und neuere Entwicklungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 2012;40:139-149
10. Gerlach M., Wewetzer Ch., Walitza S., Mehler-Wex C., Warnke A. *Neuropsychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. Wien: Springer, 2008, 2. Auflage.
11. Häußler A., Happel C., Tuckermann A., Altgassen M., Adl-Amini K. SOKO Autismus: Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus. Dortmund: Verlag Modernes Lernen 2008.
12. Herbrecht E., Bölte S., Poustka F. KONTAKT Frankfurter Kommunikations- und Soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen. Göttingen: Hogrefe 2008.
13. Kamp-Becker J, Matthejat F., Wolf-Ostermann K., Remschmidt H. Die Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom (MBAS), ein Screening-Verfahren für autistische Störungen auf hohem Funktionsniveau. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2005;1:15-26.
14. Müller M., Biscaldi M., Rauh R., Fleischhaker C., Schulz E. *TOMTASS Theory of Mind Training bei Autismus-Spektrum-Störungen*. Heidelberg, Springer 2011.
15. Poustka L., Rothermel B., Banaschewski T., Kamp-Becker I. Intensive verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme bei Autismus-Spektrum-Störungen. *Kindheit und Entwicklung* 2012;21(2):81-89.
16. Preißmann, C. *Psychotherapie und Beratung bei Menschen mit Asperger-Syndrom*. Stuttgart, Kohlhammer, 2009, 2. Auflage.
17. Remschmidt H., Kamp-Becker I. *Asperger-Syndrom*. Berlin: Springer, 2006.
18. Rühl, G., Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Poustka, F. ADOS - Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen. Göttingen, Hogrefe, 2004.

Arzneimittel in der psychiatrischen Praxis

Kardiovaskuläres Risiko bei ADHS-Behandlung

Seit vielen Jahren werden Methylphenidat und Atomoxetin zur ADHS-Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt und sind in Deutschland seit 2011 in dieser Indikation auch für alle Altersgruppen zugelassen. Aufgrund der Wirkungsmechanismen führen das indirekte Sympathikomimetikum Methylphenidat und der selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin nicht nur zur erwünschten Erhöhung der Konzentration des Neurotransmitters Noradrenalin im synaptischen Spalt, sondern können auch unerwünschte Anstiege von Blutdruck und Herzfrequenz hervorrufen.

KATHARINA WENZEL-SEIFERT UND EKKEHARD HAEN, REGENSBURG

Bislang wurde das Risiko kardiovaskulärer Nebenwirkungen bei den therapeutisch zugelassenen Dosierungen von Atomoxetin und Methylphenidat als gering eingeschätzt. Nach der Zulassung für Erwachsene stiegen in den USA die Verordnungszahlen zwischen 2001 und 2010 noch schneller an als bei den Kindern. Derzeit erfolgen dort 32% aller Medikamentenverordnungen in der Indikation Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) an Erwachsene [1]. Es ist nicht auszuschließen, dass auch in Deutschland nach der Zulassung von Methylphenidat für erwachsene ADHS-Patienten die Verordnungszahlen in dieser Altersgruppe zunehmen werden.

Rote-Hand-Brief zu Atomoxetin

Am 7. Dezember 2011 revidierte der Hersteller (Lilly Deutschland GmbH) in Absprache mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einem Rote-Hand-Brief die bislang in den Fachinformationen angegebene Einschätzung, dass Atomoxetin (Strattera®) nur zu mäßigen Anstiegen von Blutdruck (< 5 mmHg) und Herzfrequenz (< 20 Schläge/Minute) führen kann [2]. Es wurden folgende neue Empfehlungen gegeben:

1. Strattera® darf nicht bei Patienten mit schwerwiegenden kardiovaskulären oder zerebrovaskulären Erkrankungen angewendet werden, wenn das Auftreten eines klinisch bedeutsamen Blutdruck- oder Herzfrequenzanstiegs (z. B.

ein Blutdruckanstieg von 15–20 mmHg oder eine Erhöhung der Herzfrequenz um 20 Schläge pro Minute) eine Verschlechterung des Zustandes erwarten lässt.

2. Ist die kardiovaskuläre oder die zerebrovaskuläre Erkrankung noch nicht schwerwiegend (z. B. bei Patienten mit Hypertonie oder Tachykardie), kann sie sich aber durch einen Anstieg des Blutdrucks oder der Herzfrequenz verschlechtern, so sollte Strattera® nur mit Vorsicht angewendet werden.

3. Bei allen Patienten sollte vor Therapiebeginn durch eine sorgfältige Untersuchung und Anamnese das Vorliegen einer kardialen Erkrankung abgeklärt werden. Sollten vor, aber auch unter der Behandlung Hinweise auf eine kardiale Erkrankung oder Vorerkrankung bestehen oder auftreten, muss umgehend ein Kardiologe konsultiert werden.

4. Bei allen Patienten sind vor der Behandlung, nach Beginn der Behandlung, unter Therapie mindestens alle sechs Monate und bei jeder Dosisan-



Bei allen ADHS-Patienten sollten vor Therapiebeginn kardiale Erkrankungen abgeklärt werden.

© Josef Abbott / Photos.com PLUS

passung Herzfrequenz und Blutdruck zu messen und zu protokollieren (z. B. in einer grafischen Darstellung), um mögliche klinisch relevante Erhöhungen zu erkennen.

Die Studienlage

In einer vom Hersteller vorgenommenen und bislang nicht veröffentlichten Metaanalyse von kontrollierten und nicht kontrollierten Studien zur Therapie des ADHS mit Atomoxetin hatte sich gezeigt, dass 6–12 % der Kinder und Erwachsenen Erhöhungen des Blutdruckes um mehr als 15–20 mmHg und der Herzfrequenz um mehr als 20 Schläge pro Minute entwickelten. Bei 15–32 % dieser Patienten persistierte dieser Effekt im weiteren Verlauf der Therapie oder nahm sogar zu [2]. Da die Daten noch nicht veröffentlicht sind, ist eine detaillierte Beurteilung der Qualität der zugrunde liegenden klinischen Studien und der Dosisabhängigkeit der beobachteten Effekte derzeit leider nicht möglich.

Eli Lilly hatte bereits 2003 eine Metaanalyse von fünf randomisierten und placebokontrollierten Doppelblindstudien mit insgesamt 612 mit Atomoxetin behandelten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen und 474 Kontrollen vorgenommen und veröffentlicht [3]. In allen

Altersgruppen wurde als Mittelwert ein geringer Anstieg der Herzfrequenz um 2–6 Schläge pro Minute sowie des systolischen und diastolischen Blutdrucks um 2–4 mmHg respektive 1–3 mmHg nachgewiesen. 3,6 % der Patienten zeigten jedoch eine Herzfrequenz über 110 Schläge/Minute beziehungsweise einen Anstieg um 25 Schläge pro Minute und mehr.

Eine Metaanalyse von 15 kontrollierten klinischen Studien mit Methylphenidat ergab initiale Anstiege der Herzfrequenz um durchschnittlich 11 Schläge pro Minute, die im weiteren Verlauf auf durchschnittlich 4 Schläge pro Minute zurückgingen [4].

Bei einer Auswertung der zwischen 1999 und 2005 an das „Adverse Event Reporting System“ (AERS) der FDA gemeldeten Fälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen unter Pharmakotherapie bei ADHS fanden sich insgesamt 25 Fälle von plötzlichem Herztod, davon 17 Fälle unter Therapie mit therapeutischen Dosierungen von Atomoxetin (zwölf pädiatrische Fälle, fünf Erwachsene > 18 Jahre) und acht Fälle unter Therapie mit Methylphenidat (sieben Kinder und Jugendliche, ein Erwachsener). In mehreren dieser Fälle gab es durch die Autopsie Hinweise auf nicht-diagnostizierte kardiale Erkrankungen [5–8]. Bei mit Methylphenidat oder Amphetaminen behandelten Patienten, die in den USA Notfallstationen aufgrund von Nebenwirkungen aufgesucht hatten, wiesen 8 % der Patienten, die toxische Mengen eingenommen hatten, und 23 % der mit therapeutischen Dosen behandelten Patienten kardiale Symptome wie Tachykardien, Arrhythmien, Palpitationen, Synkopen, Luftnot und/oder Brustschmerzen auf (Spontanmeldungen aus der retrospektiven Auswertung der Patientenkarteien). Bei 13 % dieser Personen wurde ein EKG geschrieben, bei 16 % kardiale Enzyme bestimmt, mit welchem Ergebnis wird in der Publikation leider nicht berichtet [9].

Epidemiologische Studien

Die Arzneimittelzulassungsbehörde der Vereinigten Staaten von Amerika, („Food and Drug Administration“, FDA) warnt bereits seit 2009 zur Vorsicht und rät zu eingehenden kardialen Voruntersuchungen, bevor bei Kindern und Erwachsenen mit kardialen Vorerkrankungen eine

Therapie mit Psychostimulantien begonnen wird, empfahl aber bislang noch keine Änderungen der Verschreibungsvorschriften [10]. Sie behält sich aber vor, nach gründlicherer Prüfung neuer Studien die Richtlinien zur Verschreibung von ADHS-Medikamenten zu verschärfen und ermutigt zu weitergehenden, möglichst kontrollierten und randomisierten klinischen Studien mit höherer Aussagekraft [4, 11]. Dieser Haltung der FDA liegen die Ergebnisse von mehreren großen im Dezember 2011 publizierten epidemiologischen Studien zugrunde, die sich mit dem kardio- und zerebrovaskulären Risiken von ADHS-Medikamenten beschäftigten:

— In einer von 1986 bis 2007 durchgeführten retrospektiven Fall-Kontroll-Studie wurden elektronisch gespeicherte Patientendaten (Daten von Krankenversicherungen, elektronische Krankenakten, Sterberegister) aus vier Studienzentren mit insgesamt 150.000 erwachsenen Patienten (25 bis 64 Jahre) analysiert, die mit Methylphenidat, Amphetaminen oder Atomoxetin behandelt worden waren [12]. Um zusätzliche Risikofaktoren („confounder“) kontrollieren zu können, wurden für jeden medikamentös behandelten Patienten zwei Kontrollpatienten (ADHS-Patienten, die im Beobachtungszeitraum keine Medikamente eingenommen hatten) in die Studie einbezogen, die nach Alter, Geschlecht und Wohnort in einem US-Bundesstaat zu dem Patientenkollektiv passten. Endpunkte waren das Auftreten von Myokardinfarkt, plötzlichem Herztod oder Schlaganfall. Jeder Studienteilnehmer wurde im Durchschnitt über 1,3 Jahre beobachtet (insgesamt 806.182 Personjahre!). Es wurden 1.357 Herzinfarkte, 296 Fälle mit plötzlichem Herztod und 575 Schlaganfälle identifiziert. Zwischen medikamentös behandelten ADHS-Patienten und ihren Kontrollen bestand kein signifikanter Unterschied beim zu erwartenden Risiko. Auch in einer Untergruppe von Patienten mit kardiovaskulären Vorerkrankungen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen außer ADHS fanden

AGATE

Die AGATE e.V. (Arbeitsgemeinschaft Arzneimitteltherapie bei psychiatrischen Erkrankungen) ist ein Verbund aus derzeit 51 teilnehmenden Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik, neun Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KinderAGATE) sowie niedergelassenen Psychiatern, der durch Dokumentation von UAW und Verordnungsverhalten, regelmäßige Fallbesprechungen, Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen sowie einen Arzneimittelinformationsdienst und eine Bildungsakademie ein effektives und unabhängiges Pharmakokompetenzzentrum 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).

sich keine signifikanten Unterschiede zwischen mit ADHS-Medikamenten behandelten Patienten und ihren Kontrollen [12]. In einem Editorial zu der Studie wies Philip Shaw darauf hin, dass in der ansonsten sehr sorgfältig durchgeführten Studie keine Kontrollen der Compliance der Patienten (Bestimmung der Wirkstoffkonzentrationen) durchgeführt und neben den sehr schweren kardiovaskulären Ereignissen nicht wesentlich häufigere moderate kardiovaskuläre Störungen, wie Herzrhythmusstörungen und Luftnot erfasst worden waren [1]. Möglicherweise ließ dies die Auswertung der elektronischen Krankenakten aufgrund lückenhafter Angaben nicht zu.

- In einer zweiten, von derselben Autorengruppe durchgeführten retrospektiven Beobachtungsstudie mit einem ähnlichen Studiendesign wurden die elektronischen Krankenakten aus den Jahren 1986 bis 2002 von 1.579.104 Kindern und jungen Erwachsenen – inklusive Patienten mit kongenitalen Herzerkrankungen – auf plötzlichen Herztod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall untersucht (2 bis 24 Jahre alt, mittleres Alter 11,1 Jahre, mittlere Beobachtungszeit 2,1 Jahre). Es wurden 81 Ereignisse identifiziert (3,1 Ereignisse pro 100.000 Patientenjahre), darunter befanden sich 33 Fälle plötzlichen Herztods, neun akute Herzinfarkte und 39 Schlaganfälle. Es zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied in den altersadjustierten Inzidenzen für schwere kardiovaskuläre Ereignisse zwischen medikamentös behandelten Patienten und ihren Kontrollen [13].
- Auch eine dritte retrospektive Fall-Kontroll-Studie, in der 241.417 medikamentös behandelte, 3 bis 17 Jahre alte ADHS-Patienten mit jeweils bis zu vier Kontrollpatienten, die keine ADHS-Medikamente eingenommen hatten, verglichen worden waren, ergab keine signifikanten Unterschiede in der Hazard Ratio für das Auftreten von plötzlichem Herztod, Myokardinfarkt oder Schlaganfall [14].

— Ein kürzlich publizierter Fallbericht weist jedoch auf ein durch die Komedikation verstärktes und möglicherweise dosisabhängiges Risiko der Therapie mit Atomoxetin hin: Bei einem 26 Jahre alten Mann, der seit sechs Jahren mit Atomoxetin und seit kurzem zusätzlich mit Fluoxetin behandelt wurde, traten Tachykardie, eine Synkope, Hypotension sowie leicht erweiterte Pupillen auf. Atomoxetin wird durch das Cytochrom-P₄₅₀-Isoenzym 2D6 metabolisiert, Fluoxetin ist ein sehr effektiver Hemmstoff dieses Isoenzym, sodass es sehr wahrscheinlich ist, dass die neu aufgetretenen Symptome die Folge einer pharmakokinetischen Arzneimittelinteraktion mit Anstieg der Wirkstoffkonzentration von Atomoxetin im Blut auf supratherapeutische Werte waren [15]. ADHS-Patienten werden häufig mit Antidepressiva oder Antipsychotika in Komedikation behandelt, von denen Paroxetin, Citalopram, Escitalopram, Bupropion, Sertralin und Clomipramin das CYP2D6 ebenfalls hemmen können. Hinzu kommt, dass ungefähr 7 % der kaukasischen Bevölkerung langsame Metabolisierer für CYP2D6 sind [16] und in diesem Fall auch ohne Komedikation Substrate von CYP2D6 vier bis fünfmal langsamer abbauen.

Schlussfolgerungen

Die Auswertung der AERS gemeldeter Fallberichte weisen darauf hin, dass besonders Patienten mit kardiovaskulären, bei Kindern meist kongenitalen Vorerkrankungen, unter Therapie mit Atomoxetin oder Methylphenidat ein erhöhtes Risiko für schwere unerwünschte kardiovaskuläre Wirkungen haben. Dieser Verdacht lässt sich durch die Ergebnisse von drei großen epidemiologischen Beobachtungsstudien zum kardiovaskulären Risiko von ADHS-Medikamenten nicht ausräumen, da es aufgrund zu niedriger Fallzahlen in diesen Studien nicht möglich war, diese gefährdete Untergruppe gesondert zu untersuchen.

Empfehlungen für die Praxis

Die Empfehlungen des Rote-Hand-Briefes zu Strattera® vom 7. Dezember

2011 sind sinnvoll, um Risikopatienten vor Beginn einer medikamentösen ADHS-Behandlung zu identifizieren und das Risiko einer derartigen Behandlung so gering wie möglich zu halten. Als sehr nützliche Hilfsmittel, die über das Internet zugänglich sind, enthält der Rote-Hand-Brief [2] zur Unterstützung der verschreibenden Ärzte

- als Anhang 2 einen Leitfaden für Ärzte zur Beurteilung und Überwachung von kardiovaskulären Risiken bei Verschreibung von Strattera®
- als Anhang drei Dokumentationshilfen und Diagramme, die die Einhaltung der Empfehlungen erheblich erleichtern:
 - Eine Prüfliste für Maßnahmen vor der Verordnung von Strattera®,
 - eine Prüfliste für die Überwachung der kardiovaskulären Risiken während der Behandlung mit Strattera® und
 - einen Verlaufsbogen zur Dokumentation kardiovaskulärer Veränderungen unter ADHS-Medikation.

Wir empfehlen zusätzlich, bei Patienten, denen Komedikationen mit CYP2D6-Inhibitoren verschrieben werden, die Therapie mit einer niedrigen Dosis Atomoxetin zu beginnen, spätestens fünf Tage danach beziehungsweise fünf Tage nach Beginn der Komedikation die Atomoxetin Wirkstoffkonzentration zu bestimmen und erst nach Vorliegen des Ergebnisses die Erhaltungsdosis Atomoxetin fest zu legen.

Da auch unter therapeutischen Dosierungen von Methylphenidat Anstiege der Herzfrequenz in zu Atomoxetin vergleichbarer Größenordnung berichtet wurden, sollten die Empfehlungen für die Therapie mit Atomoxetin auch für die Therapie mit Methylphenidat übernommen werden. □

LITERATUR

unter springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Katharina Wenzel-Seifert

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

Klinische Pharmakologie am Lehrstuhl für

Psychiatrie und Psychotherapie

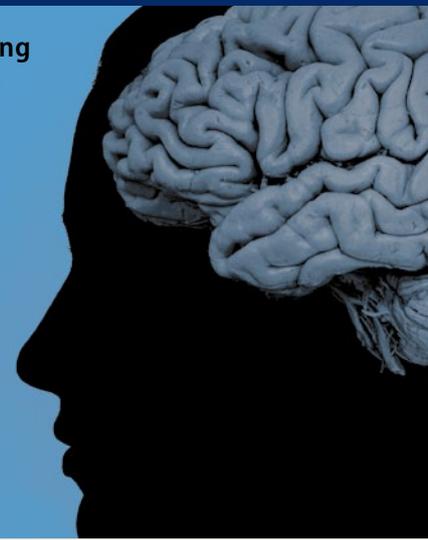
der Universität Regensburg

Universitätsstraße 84, 93053 Regensburg.

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

LITERATUR

1. Shaw P (2011): ADHD Medications and Cardiovascular Risk. Some Heartening News. *JAMA* 306: 2723-2724
2. Lilly Deutschland GmbH (2011): Wichtige sicherheitsrelevante Information zu Strattera® (Atomoxetin) und das Risikos eines Blutdruck- und Herzfrequenzanstieges.
3. URL: <http://www.bfarm.de/DE/Pharmakovigilanz/risikoinfo/2011/rhb-strattera.html>.
4. Wernicke J., et al. (2003): Cardiovascular effects of atomoxetine in children, adolescents, and adults. *Drug Saf* 26, 729-740.
5. Safer DF (1992): Relative Cardiovascular Safety of Psychostimulants Used to Treat Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 4, 279-290
6. Nissen SE (2006): ADHD Drugs and Cardiovascular Risk. *N Engl J Med* 354, 1445-1548.
7. FDA (2011): Stimulant Medications Used in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - Communication about an Ongoing Review. URL: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm277770.htm>.
8. Gelperin K, Benoit S, Pamer C (2004): Review of AERS Data for Marketed Safety Experience During Stimulant Therapy: Death, Sudden Death, Cardiovascular SAEs (including Stroke). Memorandum: Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research. URL:http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4202B1_05_FDA-Tab05.pdf.
9. Villalba L, and Racoosin J (2006): Postmarketing Safety Review of Sudden Death During Treatment with Drugs Used to Treat ADHD. Food and Drug Administration. URL:http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4210b_07_01_safetyreview.pdf
10. Cohen AL, Jhung MA, and Budnitz, DS (2006): Stimulant Medications and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med* 354, 2295.
11. FDA (2011): Communication About an Ongoing Safety Review of Stimulant Medications Used in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHS). URL:<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm165858.htm>
12. FDA (2011) Drug Safety Communications: Safety Review of Medications Used to Treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. URL: Safety Review of Medications Used to Treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults.
13. Habel LA, Cooper WO, Sox CM, Chan KA, Fireman BH, Arbogast PG, Cheetham TC, Quinn VP, Dublin S, Boudreau DM, Andrade SE, Pawloski PA, Raebel MA, Smith DH, Achacoso N, Uratsu C, Go AS, Sidney S, Nguyen-Huynh MN, Ray WA, Selby JV (2011): ADHD Medications and Risk of Serious Cardiovascular Events in Young and Middle-Aged Adults. *JAMA* 306, 2673-2683.
14. Cooper WO, Habel LA, Sox CM, Chan KA, Arbogast PG, Cheetham TC, Murray KT, Quinn VP, Stein CM, Callahan ST, Fireman BH, Fish FA, Kirshner HS, O'Duffy A, Connell FA, Ray WA (2011): ADHD Drugs and Serious Cardiovascular Events in Children and Adults. *N Engl J Med* 365, 1896-1904
15. Schelleman H, Bilker WB, Strom BL, Kimmel SE, Newcomb C, Guevara JP, Daniel GW, Cziraky MJ, and S. Hennessy (2011): Cardiovascular Events and Death in Children Exposed and Unexposed to ADHD Agents. *Pediatrics* 127, 1102-1110
16. Kasi P, Mounzer R, Gleeson G (2011): Cardiovascular side effects of atomoxetine and its interactions with inhibitors of the cytochrome P450 system. *Case Reports in Medicine*, Artikel ID 952584
17. Kirchheiner J and A. Seeringer (2007): Clinical Implications of Pharmacogenetics of Cytochrome P450 Drug Metabolizing Enzymes. *Biochim Biophys Acta* 1770, 489-94.



Psychiatrische Kasuistik

Medikamenten-induzierte manische Symptome

Anamnese

Wir übernahmen eine 53-jährige Patientin in unsere sozialpsychiatrisch tagesklinische Behandlung im Anschluss an einen vollstationären Aufenthalt auf einer offenen allgemeinpsychiatrischen Station unserer Klinik. Die Patientin hatte sich initial selbstständig in der Rettungstabelle der Klinik vorgestellt und angegebene, in den Vorwochen zunehmend an depressiver Stimmung mit starker Grübelneigung zu leiden. Inhalte der Grübelgedanken seien Sorgen um die eigene Zukunft gewesen, Gedanken an ihren Tod oder daran, sich das Leben zu nehmen. Zudem fühle sie sich zunehmend einsam. Angehörige oder Bekannte, welche für eine Fremdanamnese kontaktierbar wären, nannte sie keine. Die Vor-medikation bestand aus Valproat ret. 950 mg und Quetiapin 100 mg (Valproat-spiegel bei Aufnahme: 31,7 mg/l, therapeutischer Bereich 50–100 mg/l).

Psychiatrische Vorgeschichte

Es waren retrospektiv mehrere unbehandelte hypomane Episoden (im Alter von 26, 33 und 37 Jahren) und eine mittelgradig depressive Episode (im Alter von 40 Jahren) abgrenzbar. Die Patientin berichtet darüber hinaus über häufigere, wenige Wochen lange Phasen seit der Adoleszenz, in denen die Stimmung im subklinischen Bereich maniform beziehungsweise depressiv ausgelenkt gewesen war. Als Kind sei sie auch temperamentstark mit schwankender, tagesweise depressiver oder gehobener Stimmung gewesen. Der Verbleib auf dem Gymnasium sei an zunehmend wechselhafter Leistungsfähigkeit bei ebenfalls Phasen labiler Stimmung gescheitert. Dem stationären Aufenthalt voraus ging eine hypomane Episode im

Oktober des Vorjahres. Sie sei mehrere Wochen euphorischer Stimmung gewesen, hätte durchgehend gearbeitet und kaum Schlaf (< 2 h) benötigt. Kennzeichnend seien gesteigerte mitunter aber ziellose Produktivität (Schreiben) gewesen. Sie sei außerdem verstärkt nachts ausgegangen und hätte zwischenmenschliche Kontakte gesucht. Zu riskant gesteigerter sexueller Aktivität oder vermehrten Geldausgaben sei es aber nicht gekommen. Im Januar sei dann die Symptomatik in ein depressives Syndrom, eigenanamnestisch innerhalb von 24 h, übergegangen. Es hätten erstmals in ihrem Leben auch konkrete Suizidgedanken bestanden, was zur stationären Aufnahme und anschließend tagesklinischer Behandlung in einer Klinik geführt habe. Hier sei erstmalig eine Bipolar-II-Störung diagnostiziert worden und eine antidepressive Behandlung mit Escitalopram begonnen worden. Darunter seien aber maniforme Symptome aufgetreten, woraufhin auf eine stimmungsstabilisierende Medikation mit Valproat und Quetiapin umgestellt wurde.

Substanzanamnese

Nikotinkonsum entsprechend 18 PYs (Packungsjahre) und gelegentlicher, unregelmäßiger Alkoholkonsum in geringen Mengen. Leer für weitere Substanzen.

Familienanamnese

Der Sohn ist mit Asperger-Syndrom diagnostiziert. Der Bruder sei durch desorganisiertes Verhalten auffällig gewesen. Es gab Alkoholmissbrauch des Großvaters väterlicherseits.

Soziobiografische Anamnese

Die Patientin wuchs im Saarland in ländlicher Umgebung auf. Nach dem Haupt-

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 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

NT 9/2012

N: Apoplex im Alter: lange Physiotherapie unnötig?

NT 10/2012

P: Medikamenten-induzierte manische Symptome

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



schulabschluss machte sie eine Ausbildung zur Malerin und Lackiererin und arbeitete aushilfsweise in einer Schokoladenfabrik. Nach einer Umschulung zur Bürokauffrau war sie als Sachbearbeiterin unter anderem für ein Internat und im Einkauf eines mittelständischen Unternehmens tätig gewesen.

1990 wanderte sie spontan in die USA aus und lebte dort elf Jahre. Sie arbeitete in dieser Zeit als Comiczeichnerin. 1996 heiratete sie einen US-amerikanischen Staatsbürger, Geburt des gemeinsamen Sohnes im Jahre 2000. Der Partner verließ die Patientin 2001 ohne Vorankündigung und ohne dass sie anschließend weitere Nachrichten über seinen Verbleib erhalten hätte. Sie vermutete erneuten Substanzkonsum des ehemals drogenabhängigen Partners als Hintergrund. Daraufhin kehrte die Patientin mit dem Sohn nach Deutschland zurück. Die Scheidung erfolgte in Deutschland 2003 in Abwesenheit des Partners.

Seit 2009 lebt die Patientin in Berlin in eigener Mietwohnung und bezieht ALG-II. Der Sohn wird bei ausgeprägtem Asperger-Syndrom auf ihre Initiative hin in einer speziellen Einrichtung betreut. Die Eltern sind beide verstorben (Vater 2006 an einem zerebralen Insult).

Vorerkrankungen

Bei der Patientin liegen eine Zwei-Gefäß-KHK mit drei Stentimplantationen nach STEMI der Hinterwand (06/2011) sowie eine Herzinsuffizienz vor. Außerdem ist eine Struma multinodosa mit Hypothyreose mit L-Thyroxin substituiert. Es besteht zudem eine Hypercholesterinämie, Adipositas Grad III und Skoliosen mit Hüftgelenkdisplasie. Bei stattgehabter Endokarditis wurde eine Penicillinallergie festgestellt. Die Patientin war bei Aufnahme noch antikoaguliert mit ASS und Clopidogrel. Außerdem trat bei ihr ein damals diagnostizierter und behandelter Clusterkopfschmerz in den Jahren 2000 und 2001 auf.

Psychopathologischer Befund

Bei tagesklinischer Aufnahme war die Patientin im Erscheinungsbild ordentlich gekleidet. Das Bewusstsein war weder qualitativ noch quantitativ merklich beeinträchtigt, die Mnestic sowie Auffassungsgabe waren intakt, die Konzentra-

tion subjektiv vermindert. Formalgedanklich bestand starke Grübelneigung mit Einengung auf die eigene Zukunft. Inhaltliche Denkstörungen waren bis auf Zukunftsängste nicht vorhanden. Insbesondere lag kein Wahn vor. Des Weiteren waren auch keine Halluzinationen oder Ich-Störungen zu explorieren. Die Stimmung war depressiv in reduziert schwingungsfähigem, aber noch modulierbarem Affekt und vermindertem Antrieb. Es bestand kein Anhalt für Zwänge oder Ängste über die bereits erwähnten hinaus. Psychomotorisch gab sie leichte innere Unruhe an. Sie war von akuter Suizidalität, bei intermittierend auftretenden passiven Suizidgedanken, distanziert. Vegetativ bestand deutliche Anhedonie mit verminderter Libido und normalem Appetit. Es bestanden leichte Ein- und Durchschlafstörungen.

Neuropsychologische Testung

Eine im Rahmen der tagesklinischen Behandlung durchgeführte neuropsychologische Testung über die Domänen Intelligenz, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen ergab insgesamt ein unauffälliges Störungsmuster. Sämtliche Ergebnisse waren als durchschnittlich oder überdurchschnittlich zu bewerten. Besonders die Intelligenz war sowohl im kristallinen sowie im fluiden Bereich überdurchschnittlich (IQ jeweils 130).

Weitere Befunde

Internistisch und neurologisch war die Patientin, bis auf insgesamt leicht eingeschränkten Allgemeinzustand, entlang der internistischen Grunderkrankungen kompensiert ohne fokalneurologisches Defizit. Parameter des Routinelabors waren in der Norm, das EKG war inklusive QTC-Zeit unauffällig. Der EEG-Befund bei Aufnahme war physiologisch.

Diagnose bei Aufnahme

Die Patientin zeigte bei Aufnahme ein mittelgradig depressives Syndrom (HAMD-17: 18 Punkte). Retrospektiv waren mehrere hypomane und depressive Phasen abgrenzbar. Im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf kam es einmalig zu medikamenteninduzierter manifomer Symptomatik. Wir diagnostizierten deshalb eine mittelgradig depressive Episode bei Bipolar-II-Störung (ICD-10:

F31.80, DSM-IV 296.89). Ein rapid cycling lag im Sinne der Diagnosekriterien für hypomane und depressive Episoden nicht vor. Psychotische Symptome lagen nicht vor.

In den aktuellen Versionen der psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV werden mehrere Formen bipolarer Störungen unterschieden [5, 7]: Bei einer Bipolar-I-Störung bestehen manische und depressive Phasen, eine Bipolar-II-Störung sollte in der Schwere der Manie nicht über hypomane Phasen hinausgehen. Weitere Einteilungskriterien sind das Auftreten psychotischer oder somatischer Symptome, verschiedene Verlaufsformen (voll oder partiell remittiert sowie chronisch) und die Frequenz des Auftretens (rapid cycling, wenn innerhalb eines Jahres mindestens vier Episoden unterschiedlicher Polarität im Wechsel auftreten). Zylothyme Störungen sind chronifizierte Verläufe (> 2 Jahre), bei denen die Symptomatik zwischen leichten depressiven und hypomanen Stimmungsschwankungen verläuft. In Unterscheidung zur ICD-10 wird im DSM-IV eine einzelne manische Episode (Symptome über mindestens eine Woche bestehend) als Bipolar-I-Störung kodiert. Eine einzelne hypomane Episode (Symptome über mindestens vier Tage bestehend) wird in der Kodierung der Bipolar-II-Störung subsumiert.

Eine über die Kategorien von ICD-10 und DSM-IV hinausgehende Klassifikation wurde von Akiskal et al. (1999) vorgeschlagen. Dabei finden Störungsbilder über die Bipolar-I- und -II-Störung hinaus Eingang in das bipolare Spektrum. Verläufe mit substanzinduzierter manifomer Episode, bei ansonsten stattgehabten depressiven Episoden, werden als Bipolar-III-Störungen bezeichnet. Medikamenteninduzierte maniforme Episoden sind in ICD-10 und DSM-IV von den bipolaren Störungen ausgenommen und bei substanzinduzierten Störungen zu kodieren. Weiter werden nach Akiskal Bipolar-IV- (depressive Episoden vor dem Hintergrund eines hyperthymen Temperaments), Bipolar-V- (affektive Mischzustände, wobei die Kriterien einer depressiven Episode, nicht die der gemischten affektiven Episode nach DSM-IV, erfüllt werden) und Bipolar-VI-Störung (affektive Instabilität ab dem 6. Lebensjahrzehnt) unterschieden.

Therapie und Verlauf

Die Aufnahme in unserer Klinik erfolgte bei mittelgradig ausgeprägter depressiver Episode bei Bipolar-II-Störung. Im vollstationären Rahmen wurde medikamentös auf eine Kombination von retardiertem mit unretardiertem Quetiapin umgestellt. Die Patientin profitierte deutlich vom multimodalen Behandlungsangebot, bestehend aus Psychoedukations- und Entspannungsgruppen (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen), Bewegungs- und Kreativtherapie sowie Kognitionsgruppen und sozialem Kompetenztraining. Sie konnte so teilremittiert in unsere sozialpsychiatrisch-tagesklinische Weiterbehandlung verlegt werden. Hier beklagte sie initial leichte Sedierung im Rahmen der gesteigerten Anforderungen im tagesklinischen Rahmen, sodass wir bei euthymer Stimmungslage Quetiapin von einer Gesamtdosis von 300 mg leicht, um 50 mg, reduzierten. Die Beschwerden waren dadurch rückläufig. In euthymer Stimmungslage konnten Belastungsproben so zunehmend zuverlässig wahrgenommen werden.

Bei einer radiologischen Untersuchung zur Abklärung nebenbefundlicher HWS-Beschwerden erhielt die Patientin vor Ort 2,5 mg Lorazepam (Tavor exp.). Darunter steigerte sich die Stimmung innerhalb weniger Stunden auf hypomanes Niveau (Young Mania Rating Scale: 16 Punkte). Die Patientin agierte formalgedanklich sprunghafter und impulsiver im Kontakt und war im Antrieb und in der Psychomotorik beschleunigt. In den Folgetagen zeigten sich diese Symptome stabil. Die Gruppentherapien wurden durch ihr verändertes, stärker impulsives und leicht distanzgemindertes Verhalten beeinträchtigt. Das Schlafbedürfnis war leicht vermindert. Sie zeigte sich in dieser Behandlungsphase nur teilweise krankheitseinsichtig. Wir besprachen mit der Patientin eine rasche zusätzliche Eindosierung von Valproat ret. bei guter Verträglichkeit in der Vergangenheit. Es erfolgte eine Aufdosierung auf insgesamt 1.500 mg innerhalb von vier Tagen worunter die hypomane Symptomatik deutlich rückläufig war (therapeutisches Drug-Monitoring: Valproat Spiegel 87,3 mg/l). Quetiapin wurde überlappend reduziert und abgesetzt.

Soziotherapeutisch unterstützten wir die Patientin initial bei der Beantragung

ihrer Bezüge beim Jobcenter und der Krankenversicherung. Krankheitsbedingt war die Patientin nicht in der Lage gewesen sich um eigene soziale Belange zu kümmern, sodass bei Aufnahme unter anderem der Krankenversicherungsschutz und das Mietverhältnis in Frage standen. Im Verlauf der Behandlung entwickelte sie Ideen ihre berufliche Zukunft betreffend, sodass wir sie hinsichtlich einer beruflichen Rehabilitation über den Rentenversicherungsträger unterstützten.

Diskussion

Die Patientin wurde mit einer mittelgradig depressiven Episode einer vordiagnostizierten Bipolar-II-Störung aufgenommen. Dabei sind retrospektiv hypomane Episoden seit dem frühen Erwachsenenalter und eine erste mittelgradig depressive Episode, welche zur vollstationären Aufnahme des Voraufenthaltes führte, abgrenzbar. Subklinische Stimmungsschwankungen seit der Kindheit, welche die Kriterien einer hypomanen oder depressiven Episode jedoch nicht voll erfüllen, sind explorierbar. Die genaue Abfolge länger zurück liegender maniformer und depressiver Phasen ist anhand der Angaben der Patientin nicht genau nachvollziehbar. Bipolare Störungen beginnen in der Regel früher als unipolare affektive Erkrankungen. Verläufe ab der Adoleszenz oder dem dritten Lebensjahrzehnt sind typischerweise beschrieben (Ersterkrankungsalter durchschnittlich 18 Jahre). Das Lebenszeitrisiko, eine bipolare Störung zu entwickeln wird mit 1–2% angegeben. Geschlechterunterschiede sind im Vergleich zu unipolar affektiven Störungen nicht deutlich ausgeprägt. 5–10% der Betroffenen entwickeln vier oder mehr Episoden innerhalb eines Jahres („rapid cycling“). Auch in den Intervallen ist labile Stimmung beobachtbar [3]. Die Patientin zeigte unter Behandlung mit antidepressiver Medikation (SSRI) im Voraufenthalt maniforme Symptome. Bei vorbestehender depressiver Episode entwickelte sie manische Symptome im Sinne von gesteigertem Antrieb, formalgedanklicher Beschleunigung und euphorischer Stimmung, sodass auf eine Stimmungsstabilisierende Behandlung mit Valproat ret. und Quetiapin umgestellt wurde. Ein „pharmakogen ausgelöster

Phasen-Switch“ als Reaktion auf antidepressive Medikation stellt ein bekanntes Risiko bei der Behandlung dar. Besonders trizyklische Antidepressiva zeigen ein hohes Switch-Potenzial. Bei modernen Präparaten konnte ein Risiko in absteigender Stärke festgestellt werden: Venlafaxin > SSRI > Bupropion [6]. Die genauen neurobiologischen Grundlagen dieses Prozesses sind zum jetzigen Kenntnisstand noch nicht ausreichend bekannt [4]. In der von Akiskal et al. vorgeschlagenen Klassifikation werden, im Unterschied zu DSM-IV und ICD-10, Patienten mit unipolaren Depressionen, die unter antidepressiver Medikation maniforme Symptomatik entwickeln, als bipolar (Bipolar-III-Störung) klassifiziert. Patienten mit bipolarer Störung und zusätzlichem medikamenteninduziertem Phasen-Switch werden auch nach Akiskal unverändert als Bipolar-I oder Bipolar-II klassifiziert.

Während dieses Aufenthalts, entwickelte die Patientin wiederum pharmakogen ausgelöst ein anhaltendes hypomanes Syndrom. Auslösend war eine Gabe von Lorazepam 2,5 mg. In der Literatur sind medikamenteninduzierte manische Syndrome durch Benzodiazepine beschrieben [1]. Wichtig dabei ist die Abgrenzung zu euphorischen Stimmungslagen aufgrund der direkten Wirkung von Benzodiazepinen. Diese sollte, je nach Halbwertszeit der Präparate, nicht über die Wirkdauer hinaus anhalten.

Ein weiterer bemerkenswerter Aspekt bei dieser Patientin ist das Ergebnis der neuropsychologischen Testung. Es wurden ausschließlich unauffällige bis überdurchschnittliche Werte in den Domänen Intelligenz, Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen gemessen. Die Messung fand in euthymer Zustand während des teilstationären Aufenthalts statt. Das Ergebnis steht in deutlichem Kontrast zur sozialen Situation und biografischen Anamnese der Patientin, was die Beeinträchtigung durch die Grunderkrankung und die Folgen fehlender Erkennung und Behandlung der Symptome in einem frühen Krankheitsstadium betont. Die besser ausgeprägte Möglichkeit der Remission zwischen den Phasen gilt als ein Unterscheidungsmerkmal bipolar-affektiver Störungen zu Schizophrenien [1]. Patienten mit Bipolar-II-Störungen zeigen im

Vergleich zu Bipolar-I-Störungen außerdem weniger neurokognitive Defizite zwischen den Episoden [8, 9].

Zusammenfassend werden mehrere charakteristische Aspekte bipolarer Störungen bei der Behandlung dieser Patientin deutlich. Symptome affektiver Störungen sollten möglichst frühzeitig erkannt und behandelt werden. Eine Remission bei gutem Funktionsniveau ist gerade bei bipolaren Störungen möglich. Medikamentöse Behandlung depressiver Symptome kann einen Switch auslösen, sodass, je nach Frequenz der Episoden, mit einem Stimmungsstabilisator behandelt werden sollte. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Eike Ahlers

Prof. Dr. med. Michael Dettling

Sozialpsychiatrische Tagesklinik

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Campus Benjamin Franklin

Eschenallee 3, 14050 Berlin

E-Mail: eike.ahlers@charite.de

Fragen

1. Was unterscheidet eine Bipolar-I- von einer Bipolar-II-Störung?

- a) Der Schweregrad maniformer Episoden
- b) Die Frequenz der Episoden
- c) Das gleichzeitige Vorliegen manischer und depressiver Symptome
- d) Der direkte Übergang von depressiven in manische Episoden

2. Was versteht man unter rapid cycling?

- a) Das Wiederkehren manischer Episoden innerhalb von zwölf Monaten.
- b) Mindestens viermaliges Auftreten psychotischer Symptome innerhalb von zwölf Monaten.
- c) Das Auftreten vier oder mehr abgrenzbarer affektiver Episoden unterschiedlicher Polarität innerhalb von zwölf Monaten.
- d) Das Auftreten vier manischer Episoden innerhalb von zwölf Monaten.

3. Welches der aufgeführten Antidepressiva hat das geringste „Switch-Potenzial“?

- a) Venlafaxin
- b) Trimipramin
- c) Sertralin
- d) Bupropion

4. Was unterscheidet bipolare Störungen von Schizophrenien?

- a) Das Auftreten maniformer Symptome
- b) Die Wahrscheinlichkeit der Remission
- c) Das Auftreten psychotischer Symptome
- d) Das Ansprechen auf Antipsychotika

Lösungen

1a, 2c, 3d, 4b

Zu Frage 1

Antwort a ist richtig. Bipolar-I- und Bipolar-II-Störungen werden durch den Schweregrad der maniformen Episode unterschieden. Bei der Bipolar-I-Störung können manische und depressive Episoden unterschiedlicher Stärke vorliegen. Bei Bipolar-II-Störungen darf die Ausprägung der maniformen Episoden nicht über die einer hypomanischen Episode hinausgehen. Die Frequenz und der Verlauf werden durch zusätzliche Angaben bei der Diagnose (z. B. rapid cycling) kodiert.

Zu Frage 2

Antwort c ist richtig. Rapid cycling bezeichnet eine Verlaufsform bipolarer Störungen (I oder II) bei denen abgrenzbare affektive Episoden unterschiedlicher Polarität innerhalb eines Jahres mindestens viermal auftreten. Dabei kann eine Phase der Remission von zwei Monaten da-

zwischen liegen. Ein direkter Übergang einer Episode zur Episode anderer Polarität (also von depressiv zu manisch oder umgekehrt) wird bei der Diagnose ebenfalls berücksichtigt.

Zu Frage 3

Antwort d ist richtig. Antidepressiva bergen das Risiko der Induktion manischer Symptome. Dies kann in der Behandlung eine besondere Herausforderung darstellen. Es ist deshalb wichtig, das Risiko gering zu halten, wenn man sich bei der Therapie einer bipolaren Störung für den Einsatz eines Antidepressivums entscheidet. Das größte Risiko der hier genannten, gängigen, Substanzen bergen die trizyklischen Antidepressiva, zu denen Trimipramin gehört. Duale Antidepressiva, wie Venlafaxin, bergen ein höheres Risiko der Induktion manischer Syndrome als SSRI, wie zum Beispiel Sertralin oder Escitalopram. Das geringste

Risiko im Vergleich dieser Substanzen konnte für Bupropion gezeigt werden.

Zu Frage 4

Antwort b ist richtig. Schizophrenien und bipolare Störungen können im akuten klinischen Erscheinungsbild ähnlich sein. Bei beiden Störungen können der Antrieb (z. B. im Sinn eines manischen Syndroms beschleunigt) und die Stimmung (z. B. im Sinn depressiver Stimmung) verändert sein. Wahnhaltige oder Halluzinationen, klassische Manifestationen paranoid-halluzinatorischer Syndrome, welche vor allem den Schizophrenien zugeordnet werden, können auch bei beiden Störungen auftreten. Bei den bipolaren Störungen ist das Vorliegen psychotischer Symptome zu kodieren. Es zeigen sich bei Verläufen bipolarer Störungen allerdings bessere Chancen einer Remission zwischen den Episoden, was sich vor allem in den kognitiven Fähigkeiten zeigt.

LITERATUR

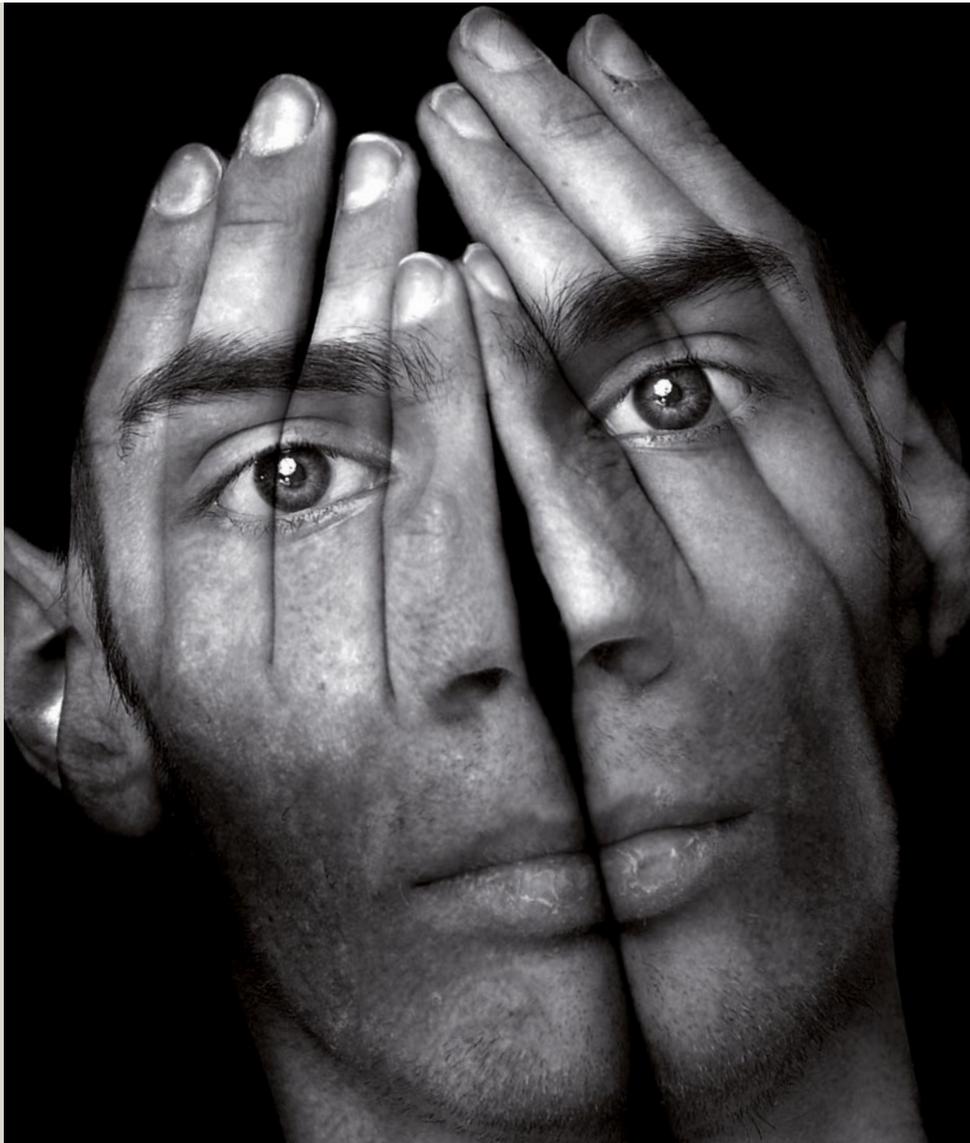
1. Arana, G. W., C. Pearlman, et al. (1985). "Alprazolam-induced mania: two clinical cases." *Am J Psychiatry* 142(3): 368-369.
2. Barrett, S. L., C. C. Mulholland, et al. (2009). "Patterns of neurocognitive impairment in first-episode bipolar disorder and schizophrenia." *Br J Psychiatry* 195(1): 67-72.
3. Berger, M. (2009). *Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie*. München, Urban und Fischer.
4. Biernacka, J. M., S. L. McElroy, et al. (2012). "Pharmacogenomics of antidepressant induced mania: a review and meta-analysis of the serotonin transporter gene (5HTTLPR) association." *J Affect Disord* 136(1-2): e21-29.
5. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, MH. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern, Huber.
6. Leverich, G. S., L. L. Altshuler, et al. (2006). "Risk of switch in mood polarity to hypomania or mania in patients with bipolar depression during acute and continuation trials of venlafaxine, sertraline, and bupropion as adjuncts to mood stabilizers." *Am J Psychiatry* 163(2): 232-239.
7. Saß, H., Wittchen, HU., Zaudig, M., (2003). *Diagnostische Kriterien (DSM-IV-TR)*, Hogrefe-Verlag.
8. Simonsen, C., K. Sundet, et al. (2008). "Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction." *Bipolar Disord* 10(2): 245-255.
9. Sole, B., C. M. Bonnin, et al. (2012). "Neurocognitive impairment across the bipolar spectrum." *CNS Neurosci Ther* 18(3): 194-200.

Schizophrenie

Nutzen und Risiken der Polypharmazie

Obwohl die aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien für die pharmakologische Behandlung der Schizophrenie nachdrücklich eine Monotherapie empfehlen, zeigen pharmakoepidemiologische Daten seit Jahren einen kontinuierlichen Anstieg der Polypharmazie [1–4]. Ursachen für das aktuelle Verordnungsverhalten dürften vor allem die Therapieresistenz bei über 30% der Patienten, zu niedrige Empfehlungen für Höchstdosen der Antipsychotika sowie empirische Befunde über klinische Vorteile einer Polypharmazie aus naturalistischen Untersuchungen sein [5, 6].

THOMAS MESSER UND MAX SCHMAUSS, PFAFFENHOFEN



Patienten mit Schizophrenie werden immer häufiger polypharmazeutisch behandelt.

Den strikten Leitlinienempfehlungen für eine Monotherapie der Schizophrenie liegt die Befürchtung zugrunde, dass eine Polypharmazie die Nebenwirkungsinzidenz erhöht, dies wiederum die Non-Compliance/Adhärenz verstärkt und konsekutiv die Rehospitalisierungsquote steigt. Darüber hinaus wird wegen der geringen Zahl kontrollierter klinischer Studien (RCT) der fehlende wissenschaftliche Nachweis kritisiert und die Gefahr eines mit der Polypharmazie verbundenen Mortalitätsanstiegs betont [7, 8]. Andererseits werden im klinischen Alltag die Bewältigung der Therapieresistenz durch eine Steigerung und/oder Verstärkung des Dopaminantagonismus, die Behandlung von Begleitsymptomen, etwa Aggressivität, Depression oder Ängsten und besonders auch die Verringerung von Nebenwirkungen einer Hochdosis-Monotherapie mit Antipsychotika als praxisrelevante Vorteile von Kombinations- und Augmentationsstrategien angesehen [9]. Für ein besseres Verständnis sollte die gleichzeitige Verordnung von zwei oder mehr Antipsychotika über einen längeren Zeitraum als Kombination (Polypharmazie im engeren Sinn) und die Zugabe eines (Psycho-)pharmakons, welches kein Antipsychotikum ist als Augmentation bezeichnet werden [10, 11].

Kombinationen mit Antipsychotika

Vor Einführung der modernen Antipsychotika war es üblich, hochpotente Antipsychotika wie Haloperidol, mit niederpotenten Antipsychotika wie Levomepromazin zu kombinieren, um den erwünschten dopaminantagonistischen Effekt etwa mit einer sedierenden Komponente zu verstärken. Allerdings liegen für diese häufige klinische Praxis keine kontrollierten Studien vor, sodass bei fehlender wissenschaftlicher Evidenz auch im Hinblick auf extrapyramidale oder anticholinerge Nebenwirkungen hiervon nur in Notfallsituationen Gebrauch gemacht werden sollte.

Das als Prototyp moderner Antipsychotika angesehene Clozapin ist nach wie vor Mittel der Wahl bei therapieresistenter Schizophrenie [12–14]. Dennoch sprechen bis zu 40% der clozapinbehandelten Patienten auch auf dieses Medikament nicht oder nur unzureichend an, sodass sie unter anhaltenden Positiv- und/oder Negativsymptomen leiden. Obwohl die Hersteller nachdrücklich eine Monotherapie empfehlen, wird Clozapin häufig sowohl mit Antipsychotika der ersten Generation (FGA) als auch modernen Antipsychotika (Second Generation Antipsychotic, SGA) unter der Vorstellung kombiniert, den vergleichsweise schwachen Dopaminantagonismus von Clozapin zu verstärken. Die erste hierzu durchgeführte zehnwöchige placebokontrollierte Studie (n = 28) ergab für die mit der Kombination von Clozapin und Sulpirid Behandelten eine signifikante Verbesserung der psychotischen Positiv- und Negativsymptomatik (nach psychometrischen Skalen BPRS, SANS und SAPS) [15]. Dieses positive Ergebnis führte neben einer Vielzahl von offenen prospektiven Studien und publizierten Kasuistiken mit heterogenen Ergebnissen zu einigen weiteren kontrollierten Untersuchungen, in denen bei nachweislich clozapinrefraktären Patienten Clozapin mit einem weiteren SGA kombiniert wurde.

Risperidon

Besonderes Interesse galt der Kombination von Clozapin mit Risperidon unter der Vorstellung einer Verstärkung des Dopaminantagonismus [16], wobei sich trotz ähnlichen Studiende-

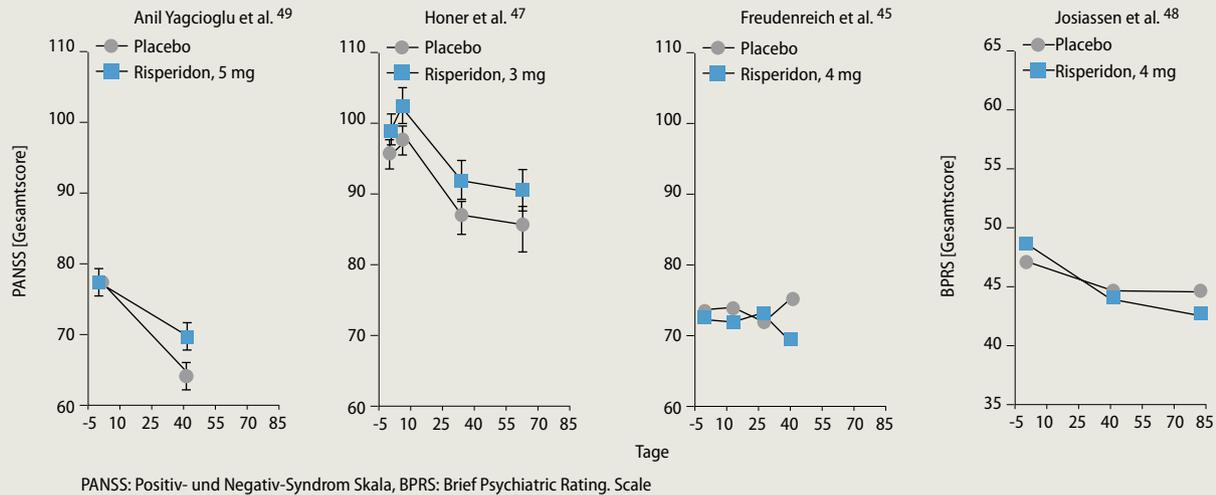
signs allerdings unterschiedliche Ergebnisse ergaben. In einer zwölfwöchigen RCT (n = 40) wurde eine Überlegenheit der Kombination (Clozapin Δ 528,8 mg/d, Risperidon bis 6 mg/d) im Vergleich zu Placebo festgestellt. Die Verträglichkeit wurde sowohl hinsichtlich extrapyramidaler Symptome als auch metabolischer und hämatologischer Parameter als gut beurteilt [17]. Eine weitere sechswöchige Untersuchung (n = 24) konnte nur für das PANSS-(Positiv- und Negativ-Syndrom Skala-)Item „Desorganisiertes Denken“ einen signifikanten Vorteil der Kombinationsbehandlung (Clozapindosis Δ 456 mg/d, Risperidondosis 4 mg/d) nachweisen, außerdem waren die Patienten zu Beginn der Studie mit einem durchschnittlichen PANSS-Score von 75 nur moderat erkrankt. Als Nebenwirkung war ein Anstieg des Prolaktinspiegels in der Verumgruppe zu verzeichnen [18]. Eine kürzlich publizierte 16-wöchige RCT (n = 69) ermittelte eine signifikante Verbesserung lediglich bei denjenigen Patienten in der Kombigruppe, die die Studie abgeschlossen hatten [19]. Diesen Resultaten stehen zwei vergleichbare Studien mit eindeutig negativem Ergebnis gegenüber. In der achtwöchigen Studie von Honer et al. (n = 68) wurde in der Verumgruppe 3 mg/d Risperidon mit Clozapin erfolglos kombiniert (**Abbildung 1**). Zwar wurde auch hier eine gute Verträglichkeit ohne signifikante Gruppenunterschiede in den metabolischen Parametern attestiert, es ergab sich aber eine Verschlechterung frontallhirnabhängiger neuropsychologischer Leistungen [20]. In der anderen, sechswöchigen Studie (n = 30) erreichte die Placebogruppe sogar ein besseres Resultat als die Verumgruppe (Risperidon bis 6 mg/d), Sedierung und Prolaktinanstieg traten unter der Kombination (Clozapin plus Risperidon) häufiger und stärker auf [21].

Amisulprid, Aripiprazol und Ziprasidon

Neben Risperidon können aufgrund theoretischer pharmakologischer Überlegungen auch Amisulprid, Aripiprazol und Ziprasidon als rationale Kombinationspartner von Clozapin erwogen werden. Amisulprid wurde in zwei Untersuchungen mit unterschiedlichen Dosierungen (400 oder 600 mg/d [22], Δ 437 \pm 104 mg/d) als vorteilhaft in der Kombination mit Clozapin bestätigt. Für Aripiprazol existieren ebenfalls zahlreiche offene Studien und Kasuistiken [24]. Die Kombination von Clozapin mit Aripiprazol wurde besonders unter dem Aspekt einer Kompensation clozapinassoziierter metabolischer Nebenwirkungen fokussiert [23]. Eine achtwöchige kontrollierte Studie (n = 62; Aripiprazol 5–30 mg/d) ergab eine placebüberlegene Abnahme der Negativsymptomatik [24]. Einige weitere Studien wiesen nach, dass die Kombination zum Beispiel von Clozapin mit Aripiprazol zu einer signifikanten Verringerung des Prolaktinspiegels und zu einer Kompensation unerwünschter metabolischer Nebenwirkungen führte [25–29]. In einer randomisierten kontrollierten Studie wurde Ziprasidon (n = 12; Δ 134 mg/d) mit Risperidon (n = 12; Δ 3,8 mg/d) in der Kombination mit Clozapin bei behandlungsresistenten schizophrenen Patienten verglichen und eine fast identische Wirksamkeit beider Substanzen bei divergentem Nebenwirkungsprofil festgestellt. Hinsichtlich metabolischer Effekte erwies sich die Kombination mit Ziprasidon als vorteilhaft, sofern die Clozapindosis gesenkt werden konnte, nicht jedoch bei konstanter Dosis [30]. Während die Kombination von Olanzapin mit Risperidon in einer offenen achtwö-

Abbildung 1

Risperidon-Augmentation von Clozapin [69]



Bei der Risperidon-Augmentation von Clozapin konnte in vier RTC (BPRS-Gesamtscores, PANSS-Skala) kein Zusammenhang zwischen Symptomverbesserung und Art der Augmentation (Risperidon od. Placebo), Schweregrad zu Studienbeginn oder Dosierung von Risperidon gezeigt werden.

chigen Studie mit therapieresistenten schizophrenen Patienten (n = 17) in 41 % zu einem deutlichen Ansprechen führte [31], konnten Kane und Mitarbeiter in einer doppelblinden placebo-kontrollierten RCT (n = 323) mit Aripiprazol als Kombinationspartner von Risperidon oder Quetiapin keine Verbesserung des psychischen Befindens nachweisen [32].

Kombinationsstrategien

Mittlerweile liegen auch einige systematische Reviews zu Kombinationen mit Antipsychotika bei therapieresistenter Schizophrenie vor. Während zwei Metaanalysen (4 Studien, n = 166 [33]; 19 Studien, n = 1.229 [34]) umso größere Vorteile einer Kombinationsbehandlung sahen, je länger (> 10 Wochen) therapiert wurde, fanden Barbui et al. (21 Studien, n = 1.064) eine Überlegenheit nur in offenen Studien, nicht jedoch in RCT (n = 227) [35]. Aus diesen Daten, theoretischen pharmakologischen und klinischen Aspekten lassen sich Kombinationsstrategien ableiten, die unter der Vorstellung einer Verstärkung des Dopaminantagonismus oder der Verringerung von Nebenwirkungen einer Hochdosismonotherapie als rational und empfehlenswert angesehen werden können (Tabelle 1). Andererseits gibt es Kombinationsstrategien, die wegen der Ähnlichkeit des Rezeptorprofils der Einzelsubstanzen und fehlender Hinweise auf Wirksamkeitsvorteile keine Vorteile bieten dürften. Von den problematischen Augmentationen mit Substanzen, die ein erhebliches Interaktionsrisiko oder hämatologische Risiken bergen, wird gänzlich abgeraten [11].

In einer aktuellen sechsmonatigen Studie von Essock et al. [36] wurden ambulante Patienten entweder mit der etablierten Polypharmazie (n = 62) weiterbehandelt oder auf eine Monotherapie (n = 65) umgestellt. Es stellte sich heraus, dass die Umstellung auf eine Antipsychotika-Monotherapie im Vergleich zum Verbleib auf Polypharmazie zu einer früheren Behandlungsun-

terbrechung führte und die Monotherapierten größtenteils zurück zur Polypharmazie tendierten. Während sich in beiden Gruppen nahezu keine Veränderung der Psychopathologie ergab, nahm der BMI in der Monotherapiegruppe durchschnittlich um 0,5 Punkte ab und in der Polypharmaziegruppe um 0,28 Punkte zu.

Augmentation von Antipsychotika

Es ist nicht zu erwarten, dass in absehbarer Zeit ein Antipsychotikum zur Verfügung steht, welches alle schizophreniespezifischen Symptome gleichermaßen zu eliminieren vermag. Daher werden in vielen Fällen bei Therapieresistenz auch andere (Psycho-)Pharmaka (Stimmungsstabilisatoren, Antidepressiva) unter der Vorstellung verordnet, eine anhaltende Negativsymptomatik, affektive Symptome oder kognitive Defizite zu verbessern [37].

Lithium

Vor Einführung der modernen Antipsychotika wurde daher häufig zu einer Behandlung mit konventionellen Antipsychotika Lithium augmentiert [38–41], ohne dass für diese Strategie eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz bestünde. Eine hierzu durchgeführte Metaanalyse mit 20 Studien (n = 611) wertete elf Studien aus, in denen Antipsychotika mit Lithium augmentiert wurden. Im Ergebnis war zwar ein klinisches Ansprechen vor allem bei affektiven Symptomen festzustellen, allerdings sind die Befunde wegen konzeptioneller Heterogenität der Studien schwer zu interpretieren [42].

Valproat

Zu der in den vergangenen Jahren stark favorisierten Augmentation von Valproat mit Antipsychotika existiert ein systematisches Review, in dem sieben kontrollierte Studien (n = 519) berücksichtigt wurden [43]. Teilweise wurde von einem Rückgang von Unruhe oder einer verstärkten Sedation berichtet, die

Valproataugmentation hatte jedoch keinen Einfluss auf schizo-phrenientypische Wahnsymptome oder Sinnestäuschungen.

Carbamazepin

Obwohl immer wieder beobachtet wird, dass eine Augmentati-on von Carbamazepin zu einer Verringerung von Anspannung, maniformer Überaktivität, Hostilität oder Aggression beiträgt, sind die Auswirkungen auf psychotische Primärsymptome ge-ring. Eine Metaanalyse (zehn Studien, n = 258) fand keine hin-reichende Evidenz für eine Carbamazepinaugmentation [44]. Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass Carbamaze-pin als Induktor des hepatischen Isoenzym CYP 3A4 den Plas-maspiegel vieler (Psycho-)Pharmaka senkt und in Kombination mit Clozapin das Risiko für eine Agranulozytose potenziert.

Lamotrigin, Topiramat und Pregabalin

Die Augmentation clozapinresistenter Patienten mit Lamotrigin (Metaanalyse: 5 RCT, n = 161) ergab einen Vorteil gegenüber Pla-cebo [45]. Als vorteilhaft könnte sich auch eine Augmentation von Clozapin oder Olanzapin mit Topiramat hinsichtlich einer gewichts- und anfallsneutralisierenden Wirkung erweisen, wenn-gleich die hierzu beschriebenen kognitiven Nebenwirkungen berücksichtigt werden müssen [46, 47]. Pregabalin kann ebenfalls eine Augmentationsoption bei ausgeprägten Angstsymptomen sein, wie eine Fallserie (n = 11) zeigte [48].

Antidepressiva

Je nach Studie lassen sich bei bis zu 65 % der schizophrenen Patienten depressive Symptome nachweisen. Vor allem im Pro-dromalstadium und während der postakuten Remissionsphase werden häufig depressive Symptome beobachtet. Während ein ausgeprägtes depressives Syndrom zweifellos eine adjuvante Be-handlung mit einem Antidepressivum legitimiert, ist die Evi-denz für eine Antidepressiva-Augmentation zur Verbesserung der schizophrenen Negativsymptomatik widersprüchlich [49, 50]. Antidepressive Effekte bei schizophrenen Patienten wurden für Citalopram [51] und Duloxetin [52] bestätigt, Bupropion könnte ebenfalls hilfreich sein [53].

Risiken oder Nebenwirkungen

Den oben dargestellten Therapieoptionen steht allerdings auch eine Reihe von Risiken gegenüber, die zu einem kritischen Um-gang mit Kombinations- und Augmentationsstrategien mah-nen. Neurologische, metabolisch-endokrine und kardiale Ne-

benwirkungen sind sowohl in den offenen und kontrollierten Studien als auch in den Kasuistiken beschrieben.

Mortalität

Von einigen Autoren wurde vor allem ein erhöhtes Mortalitäts-risiko betont, wobei in den vielfach zitierten Untersuchungen vorrangig FGA berücksichtigt wurden. Aus einer prospektiven Kohorte (n = 88) waren innerhalb von zehn Jahren (1983 bis 1993) 39 Patienten (44%), die eine Polypharmazie erhalten hat-ten, vorwiegend an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (41%), Lun-generkrankungen (26%) oder anderen Ursachen (23%) verstor-ben [54]. In einer anderen prospektiven Kohortenstudie über 17 Jahre (n = 7.217) waren 39 von 99 beobachteten Patienten (44%) innerhalb des Untersuchungszeitraums verstorben, wobei ein Anstieg des Mortalitätsrisikos mit der Zahl der verordneten An-tipsychotika assoziiert war. Auch in der Untersuchung von Montout et al. waren die Patienten ausschließlich mit FGA be-handelt worden, ohne dass sich jedoch der Verdacht eines Mor-talitätsanstiegs bei Patienten mit mehr als einem Antipsychoti-kum erhärtet hätte [55]. Eine große dänische Fall-Kontroll-Stu-die, die von 1996 bis 2005 27.633 Patienten beobachtete und auch die Behandlung mit SGA einbezog, kam zum Ergebnis, dass eine Polypharmazie mit Antipsychotika nicht mit einer er-höhten Exzessmortalität verbunden ist. Allerdings ergab sich ein Mortalitätsanstieg mit steigender Zahl komedizierter Medika-mente (27-fach) und gleichzeitiger Einnahme langwirksamer Benzodiazepine [56]. Bemerkenswert ist das Resultat einer Ko-hortenstudie (11 Jahre, n = 66.881) zur ursachenspezifischen Mortalität in der für eine Polypharmazie im Vergleich zu Anti-psychothika-Monotherapien (außer Clozapin) keine erhöhte Mortalität zu verzeichnen war [57].

Gewicht und Diabetes

Hinsichtlich einer Gewichtszunahme und eines metabolischen Syndroms einschließlich der Verursachung eines Diabetes mel-litus Typ II muss besonders bei Kombination von Substanzen mit einer hohen Affinität zum Histaminrezeptor gewarnt wer-den. In der ersten größeren Analyse zur Gewichtszunahme un-ter Antipsychotika lag eine Polypharmazie mit FGA mit 1,22 kg Gewichtszunahme in zehn Wochen im Mittelfeld [58]. Correll et al. stellten fest, dass Patienten mit Polypharmazie eine signifikant höhere Quote eines metabolischen Syndroms (hö-herer Bauchumfang und BMI) und eine stärkere Insulinresis-tenz aufweisen, sie diskutieren aber gleichzeitig die Frage, ob

Kombinationen mit Antipsychotika				Tabelle 1
Möglicherweise zweckmäßige Kombinationen mit Antipsychotika	Clozapin + Amisulprid Clozapin + Aripiprazol Clozapin + Ziprasidon Clozapin + Risperidon	Olanzapin + Amisulprid Olanzapin + Aripiprazol Olanzapin + Ziprasidon Olanzapin + Risperidon	Quetiapin + Amisulprid Quetiapin + Aripiprazol Quetiapin + Ziprasidon Quetiapin + Risperidon	
Problematische Augmentationen	Clozapin + Fluvoxamin Clozapin + Carbamazepin			
Irrationale Kombinationen	Clozapin + Olanzapin Clozapin + Quetiapin	Olanzapin + Quetiapin	Amisulprid + Quetiapin Amisulprid + Risperidon	Aripiprazol + Ziprasidon

Konsequenzen für die Praxis**Tabelle 2**

- Polypharmazie muss das Resultat rationaler Überlegungen sein: Rezeptorpharmakologie und Nebenwirkungsprofil der Einzelsubstanzen und Interaktionspharmakologie müssen beachtet werden.
- Es lassen sich rationale, irrationale und problematische Kombinationsstrategien unterscheiden.
- Nebenwirkungen der Einzelsubstanzen können in Kombination verstärkt auftreten.
- Polypharmazie sollte gut dokumentiert werden, um bei Erfolglosigkeit das Behandlungsregime lückenlos reevaluieren zu können.
- Polypharmazie bedarf einer konsequenten regelmäßigen medizinischen Überwachung. Hierzu zählen Laborwerte, Gewichtskontrolle und Bauchumfang und EKG.
- Um pharmakokinetische Einflüsse zu registrieren, sollte ein Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) als obligat angesehen werden.

polypharmazeutisch behandelte schizophrene Patienten a priori auch in metabolischer Hinsicht möglicherweise vulnerabler sind [59]. Das Risiko für die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ II steigt mit der Dauer und Anzahl gleichzeitig verordneter Antipsychotika (RR 3,41 bei > 4 AP) [60].

Kardiologisches Risiko

Das kardiologische Risiko bei einer Polypharmazie mit Antipsychotika scheint hingegen geringer zu sein, als bei einer Hochdosismonotherapie. Eine retrospektive Kohortenstudie (n = FGA 44.218; n = SGA 46.089) ergab einen signifikanten Anstieg des Risikos für einen plötzlichen Herztod in Abhängigkeit von der Dosis [61]. Ein Zusammenhang mit dem QTc-Intervall ist eher fraglich, da in zwei Untersuchungen an langfristig polypharmazeutisch behandelten Schizophrenen eine QTc-Verlängerung lediglich bei 6–8 % der Patienten festzustellen war [62–63].

Hämatologische und endokrine Nebenwirkungen

Prinzipiell stehen alle Antipsychotika im Verdacht hämatologische Nebenwirkungen hervorzurufen. Clozapin hat hierbei das höchste Agranulozytoserisiko (ca. 0,8 %), gefolgt von den Phentiazinderivaten (0,13 %). Carbamazepin hat ein Neutropenierisiko von etwa 0,5 %. Da nur Einzelfallberichte zur Hämatotoxizität bei Polypharmazie zur Verfügung stehen, sollten im Bedarfsfall das bekannte hämatologische Risiko der jeweiligen Einzelsubstanz berücksichtigt und engmaschige Blutbildkontrollen durchgeführt werden [64]. Zu den endokrinen Nebenwirkungen bei Polypharmazie existieren Daten aus Fallberichten und kontrollierten Studien, die insbesondere eine Prolaktinerhöhung beschreiben, wenn eine stärker dopaminantagonistische Substanz, etwa Risperidon, komediziert wird [15, 18, 21, 30, 65].

Wechselwirkungen

Darüber hinaus ist eine Vielzahl von Wechselwirkungen (Interaktionen) zu beachten. So ist einerseits die Inhibition eines Cytochrom-Isoenzym möglich, welche zu einem verzögerten

Metabolismus des Substrats führt und dann konsekutiv einen Plasmaspiegelaufstieg mit möglicher toxischer Wirkung zur Folge hat. Beispielhaft für diese pharmakokinetische Interaktion wäre die starke Inhibition von CYP 1A2 durch den Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Fluvoxamin oder die starke bis moderate Inhibition von CYP 2D6 durch die Antidepressiva Paroxetin oder Duloxetin. Verschiedene Medikamente wie antivirale Substanzen, Statine oder Ketoconazol sind als Inhibitoren von CYP 3A4 bekannt und erhöhen somit die Plasmaspiegel der hierüber metabolisierten Antipsychotika, zum Beispiel Quetiapin. Andererseits kann der Einfluss von Induktoren des CYP 450-Systems, beispielsweise Rauchen (CYP 1A2) oder Carbamazepin (CYP 3A4) zu Wirkungsabschwächung oder Wirkungsverlust und damit zu einer Pseudotherapieresistenz führen. Kognitive Defizite sind vermutlich eher von der Höhe der Antipsychotikagesdosis als von der Zahl der verordneten Medikamente abhängig [66–68].

Fazit für die Praxis

Polypharmazie ist weit verbreitet und die Zahl der schizophrenen Patienten, die mehr als ein Antipsychotikum oder eine adjuvante Behandlung mit einem Stimmungsstabilisator oder einem Antidepressivum erhalten, steigt kontinuierlich an. Sie ist das Ergebnis des vergeblichen Versuchs, mittels einer Monotherapie eine anhaltende und prognoserelevante Symptomatik zu beeinflussen. Die Verfügbarkeit von unterschiedlichen (Psycho-)Pharmaka, der Wunsch nach einer Optimierung des Therapieergebnisses und der Beobachtung erfolgreicher Behandlungsverläufe in naturalistischen Untersuchungen fördern diese Verordnungspraxis, die allerdings im Widerspruch zu der geringen wissenschaftlichen Evidenz aus kontrollierten Studien und den konsentierten Therapieleitlinien steht. Die Diskussion über Nutzen und Risiken der Polypharmazie ist und bleibt daher kontrovers, vor allem, weil Langzeitdaten zu Kohorten, die mit modernen Antipsychotika behandelt wurden, weitgehend fehlen. Insofern bedarf die Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie immer einer individuellen Risiko-Nutzen-Bewertung. □

LITERATUR

unter www.springermedizin.de/neurotransmitter

PD Dr. med. Thomas Messer (Korrespondenz)

Chefarzt der Danuvius Klinik Pfaffenhofen
Krankenhausstraße 68, 85276 Pfaffenhofen
E-Mail: thomas.messer@danuviusklinik.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Dr. Messer erklärt die Tätigkeit als Speaker/Referent bei Fortbildungsveranstaltungen der Firmen Bristol-MeyersSquibb/Otsuka, Janssen-Cilag und Lundbeck. 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 NT1210gF

gültig bis 30. Oktober 2012

Teilnehmen und Punkte sammeln, können Sie

- als e.Med-Abonnent an alle Kurse der e.Akademie,
- 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 zwei bzw. drei Punkten zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

Polypharmazie bei Schizophrenie

Welche Aussage ist falsch? Als Ursache für eine Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie gelten ...

- ... mangelhaftes Ansprechen auf (Non-Response) auf eine Antipsychotika-Monotherapie.
- ... fehlende Remission (Therapieresistenz).
- ... zu geringe Dosisempfehlung für eine Antipsychotika-Monotherapie.
- ... Verbesserung der medikationsbezogenen Compliance.
- ... positive Berichte über klinische Vorteile aus naturalistischen Untersuchungen.

Welche Aussage ist falsch? Vorteile einer Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie können sein:

- Niedrigere kumulative Chlorpromazin Äquivalenzdosis
- Steigerung (Potenzierung) des antipsychotischen Effekts
- Beschleunigung des antipsychotischen Effekts
- Verringerung von Nebenwirkungen einer Hochdosismonotherapie mit Antipsychotika
- Behandlung von schizophrenie-assoziierten Begleitsymptomen, wie etwa Depression oder Aggressivität

Die beste wissenschaftliche Evidenz bei der Kombinationsbehandlung mit Antipsychotika existiert derzeit für die Kombination ...

- ... Olanzapin plus Ziprasidon.
- ... Flupentixol plus Melperon.
- ... Clozapin plus Risperidon.
- ... Haloperidol plus Levomepromazin.
- ... Quetiapin plus Amisulprid.

Für die Kompensation metabolischer Folgen einer Therapie mit Clozapin eignet sich besonders die Kombination von ...

- ... Clozapin plus Chlorprothixen.
- ... Clozapin plus Aripiprazol.
- ... Clozapin plus Risperidon.
- ... Clozapin plus Melperon.
- ... Clozapin plus Haloperidol.

Die beste wissenschaftliche Evidenz für einen positiven Effekt einer Augmentation von Antipsychotika mit einem Stimmungsstabilisierer (Mood Stabilizer) liegt vor für ...

- ... Carbamazepin.
- ... Lamotrigin.
- ... Gabapentin.
- ... Lithium.
- ... Valproat.

Was wird **nicht** als Risiko einer Polypharmazie in der Behandlung der Schizophrenie diskutiert?

- Tardivdyskinesien
- Gewichtszunahme
- Metabolisches Syndrom
- Diabetes mellitus Typ 2
- Sexuelle Dysfunktion

Ein Plasmaspiegelanstieg des jeweiligen Antipsychotikums infolge einer Inhibition des Metabolismus ist **nicht** zu erwarten bei der Kombination von ...

- ... Quetiapin plus Diazepam.
- ... Aripiprazol plus Venlafaxin.
- ... Clozapin plus Fluvoxamin.
- ... Risperidon plus Paroxetin.
- ... Olanzapin plus Fluoxetin.

Ein Plasmaspiegelabfall des jeweiligen Antipsychotikums infolge einer Induktion des Metabolismus ist zu erwarten bei der Kombination von ...

- ... Olanzapin plus Sertralin.
- ... Risperidon plus Duloxetin.
- ... Quetiapin plus Carbamazepin.
- ... Ziprasidon plus Venlafaxin.
- ... Amisulprid plus Lamotrigin.

Was kann **nicht** als rationale Kombinationsstrategie in der Behandlung der Schizophrenie gelten?

- Clozapin plus Risperidon
- Olanzapin plus Amisulprid
- Quetiapin plus Ziprasidon
- Haloperidol plus Promethazin
- Ziprasidon plus Aripiprazol

Welche Aussage zur Behandlung der Schizophrenie ist richtig?

- Alle Kombinationsstrategien in der Behandlung der Schizophrenie sind rational.
- Eine Dokumentation des Behandlungsregimes ist in der Langzeittherapie nicht mehr obligat.
- Für eine rationale Polypharmazie müssen Rezeptorpharmakologie und Nebenwirkungsprofil der einzelnen Substanzen beachtet werden.
- Wegen der enormen Kosten sollte das Therapeutische Drug-Monitoring nur bei stationärem Aufenthalt erfolgen.
- Zukünftig wird wegen der eindeutigen Leitlinienempfehlungen eine Polypharmazie nur noch selten zu beobachten sein.



Top bewertet in der e.Akademie



Psychiatrie

- ▶ Impulskontrollstörungen: Warum Glücksspiel und Stehlen pathologisch werden.

aus: NEUROTRANSMITTER 8/2012
von: Thomas Bronisch
Zertifiziert bis: 10.8.2013
Medienformat: e.CME, e.Tutorial

- ▶ Die wichtigsten Interaktionen der Psychopharmakotherapie: Wenn Wechselwirkungen den Therapieerfolg gefährden.

aus: INFO NEUROLOGIE & PSYCHIATRIE 5/2012
von: Martina Hahn
Zertifiziert bis: 22.5.2013
Medienformat: e.CME, e.Tutorial

- ▶ Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

aus: NEUROTRANSMITTER 11/2011
von: Klaus Lieb, Jutta Stoffers
Zertifiziert bis: 21.11.2012
Medienformat: 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) Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Zito JM, Lehman A. Relationship of the use of adjunctive pharmacological agents to symptoms and level of function in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:1035-1043.
- (2) Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:26-36.
- (3) Pickar D, Vinik J, Bartko JJ. Pharmacotherapy of schizophrenic patients: preponderance of off-label drug use. *PLoS One* 2008;3:e3150.
- (4) Weinbrenner S, Assion HJ, Stargardt T, Busse R, Juckel G, Gericke CA. Drug prescription patterns in schizophrenia outpatients: analysis of data from a German health insurance fund. *Pharmacopsychiatry* 2009;42:66-71.
- (5) Barnes TR, Paton C. Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: benefits and risks. *CNS Drugs* 2011;25:383-399.
- (6) Bechter K. [Against: is monotherapy the gold standard of psychopharmacology?]. *Psychiatr Prax* 2006;33:208-210.
- (7) Fehr C. [For: is monotherapy the gold standard of psychopharmacology?]. *Psychiatr Prax* 2006;33:207-208.
- (8) Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res* 2009;113:1-11.
- (9) Pandurangi AK, Dalkilic A. Polypharmacy with second-generation antipsychotics: a review of evidence. *J Psychiatr Pract* 2008;14:345-367.
- (10) Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthoj B, Gattaz WF, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, Part 1: acute treatment of schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* 2005;6:132-191.
- (11) Messer T, Tiltscher C, Schmauss M. [Polypharmacy in the treatment of schizophrenia]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006;74:377-391.
- (12) Kane JM, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. Clozapine in treatment-resistant schizophrenics. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:62-67.
- (13) Lewis SW, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in treatment-resistant schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32:715-723.
- (14) McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS et al. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163:600-610.
- (15) Shiloh R, Zemishlany Z, Aizenberg D et al. Sulpiride augmentation in people with schizophrenia partially responsive to clozapine. A double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 1997;171:569-573.
- (16) Kapur S, Zipursky RB, Remington G. Clinical and theoretical implications of 5-HT₂ and D₂ receptor occupancy of clozapine, risperidone, and olanzapine in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999;156:286-293.
- (17) Josiassen RC, Joseph A, Kohegyi E et al. Clozapine augmented with risperidone in the treatment of schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:130-136.
- (18) Freudenreich O, Henderson DC, Walsh JP, Culhane MA, Goff DC. Risperidone augmentation for schizophrenia partially responsive to clozapine: a double-blind, placebo-controlled trial. *Schizophr Res* 2007;92:90-94.
- (19) Weiner E, Conley RR, Ball MP et al. Adjunctive risperidone for partially responsive people with schizophrenia treated with clozapine. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:2274-2283.
- (20) Honer WG, Thornton AE, Chen EY et al. Clozapine alone versus clozapine and risperidone with refractory schizophrenia. *N Engl J Med* 2006;354:472-482.
- (21) Anil Yagcioglu AE, Kivircik Akdede BB, Turgut TI et al. A double-blind controlled study of adjunctive treatment with risperidone in schizophrenic patients partially responsive to clozapine: efficacy and safety. *J Clin Psychiatry* 2005;66:63-72.
- (22) Assion HJ, Reinbold H, Lemanski S, Basilowski M, Juckel G. Amisulpride augmentation in patients with schizophrenia partially responsive or unresponsive to clozapine. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pharmacopsychiatry* 2008;41:24-28.
- (23) Fleischhacker WW, Heikkinen ME, Olie JP et al. Effects of adjunctive treatment with aripiprazole on body weight and clinical efficacy in schizophrenia patients treated with clozapine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:1115-1125.
- (24) Chang JS, Ahn YM, Park HJ et al. Aripiprazole augmentation in clozapine-treated patients with refractory schizophrenia: an 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2008;69:720-731.
- (25) Fleischhacker WW, Heikkinen ME, Olie JP et al. Effects of adjunctive treatment with aripiprazole on body weight and clinical efficacy in schizophrenia patients treated with clozapine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:1115-1125.
- (26) Henderson DC, Kunkel L, Nguyen DD et al. An exploratory open-label trial of aripiprazole as an adjuvant to clozapine therapy in chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:142-147.
- (27) Hoffer ZS, Roth RL, Mathews M. Evidence for the partial dopamine-receptor agonist aripiprazole as a first-line treatment of psychosis in patients with iatrogenic or tumorigenic hyperprolactinemia. *Psychosomatics* 2009;50:317-324.
- (28) Masopust J, Tuma I, Libiger J. Adjunctive aripiprazole decreased metabolic side effects of clozapine treatment. *Neuro Endocrinol Lett* 2008;29:435-437.
- (29) Shim JC, Shin JG, Kelly DL et al. Adjunctive treatment with a dopamine partial agonist, aripiprazole, for antipsychotic-induced hyperprolactinemia: a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:1404-1410.
- (30) Zink M, Kuwilysky A, Krumm B, Dressing H. Efficacy and tolerability of ziprasidone versus risperidone as augmentation in patients partially responsive to clozapine: a randomized controlled clinical trial. *J Psychopharmacol* 2009;23:305-314.
- (31) Suzuki T, Uchida H, Watanabe K et al. Effectiveness of antipsychotic polypharmacy for patients with treatment refractory schizophrenia: an open-label trial of olanzapine plus risperidone for those who failed to respond to a sequential treatment with olanzapine, quetiapine and risperidone. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:455-463.
- (32) Kane JM, Correll CU, Goff DC et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 16-week study of adjunctive aripiprazole for schizophrenia or schizoaffective disorder inadequately treated with quetiapine or risperidone monotherapy. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1348-1357.
- (33) Paton C, Whittington C, Barnes TR. Augmentation with a second antipsychotic in patients with schizophrenia who partially respond to clozapine: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:198-204.
- (34) Correll CU, Rummel-Kluge C, Corves C, Kane JM, Leucht S. Antipsychotic combinations vs monotherapy in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull* 2009;35:443-457.
- (35) Barbui C, Signoretti A, Mule S, Boso M, Cipriani A. Does the addition of a second antipsychotic drug improve clozapine treatment? *Schizophr Bull* 2009;35:458-468.
- (36) Essock SM, Schooler NR, Stroup TS et al. Effectiveness of switching from antipsychotic polypharmacy to monotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168:702-708.
- (37) Grunder G, Hippus H, Carlsson A. The 'atypicality' of antipsychotics: a concept re-examined and re-defined. *Nat Rev Drug Discov* 2009;8:197-202.
- (38) Delva NJ, Letemendia FJ. Lithium treatment in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Br J Psychiatry* 1982;141:387-400.
- (39) Donaldson SR, Gelenberg AJ, Baldessarini RJ. The pharmacologic treatment of schizophrenia: a progress report. *Schizophr Bull* 1983;9:504-527.
- (40) Grove GA, Crayton JW, Klass DB, Evans H, Strizich M. Lithium in chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1979;136:454-455.
- (41) Small JG, Kellams JJ, Milstein V, Moore J. A placebo-controlled study of lithium combined with neuroleptics in chronic schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1975;132:1315-1317.
- (42) Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD003834.
- (43) Schwarz C, Volz A, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;CD004028.
- (44) Leucht S, Kissling W, McGrath J, White P. Carbamazepine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;CD001258.
- (45) Tiihonen J, Wahlbeck K, Kiviniemi V. The efficacy of lamotrigine in clozapine-resistant schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2009;109:10-14.
- (46) Afshar H, Roohafza H, Mousavi G et al. Topiramate add-on treatment in schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Psychopharmacol* 2009;23:157-162.
- (47) Tiihonen J, Halonen P, Wahlbeck K et al. Topiramate add-on in treatment-resistant schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *J Clin Psychiatry* 2005;66:1012-1015.
- (48) Englisch S, Esser A, Enning F, Hohmann S, Schanz H, Zink M. Augmentation with pregabalin in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30:437-440.
- (49) Rummel C, Kissling W, Leucht S. Antidepressants as add-on treatment to antipsychotics for people with schizophrenia and pronounced negative symptoms: a systematic review of randomized trials. *Schizophr Res* 2005;80:85-97.

- (50) Sepehry AA, Potvin S, Elie R, Stip E. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) add-on therapy for the negative symptoms of schizophrenia: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2007;68:604-610.
- (51) Zisook S, Kasckow JW, Golshan S et al. Citalopram augmentation for subsyndromal symptoms of depression in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2009;70:562-571.
- (52) Englisch S, Knopf U, Scharnholtz B, Kuwilsky A, Deuschle M, Zink M. Duloxetine for major depressive episodes in the course of psychotic disorders: an observational clinical trial. *J Psychopharmacol* 2009;23:875-882.
- (53) Englisch S, Inta D, Eer A, Zink M. Bupropion for depression in schizophrenia. *Clin Neuropharmacol* 2010;33:257-259.
- (54) Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *Br J Psychiatry* 1998;173:325-329.
- (55) Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry* 2006;188:122-127.
- (56) Baandrup L, Gasse C, Jensen VD et al. Antipsychotic polypharmacy and risk of death from natural causes in patients with schizophrenia: a population-based nested case-control study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:103-108.
- (57) Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620-627.
- (58) Allison DB, Mentore JL, Heo M et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry* 1999;156:1686-1696.
- (59) Correll CU, Frederickson AM, Kane JM, Manu P. Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? *Schizophr Res* 2007;89:91-100.
- (60) Kessing LV, Thomsen AF, Mogensen UB, Andersen PK. Treatment with antipsychotics and the risk of diabetes in clinical practice. *Br J Psychiatry* 2010;197:266-271.
- (61) Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med* 2009;360:225-235.
- (62) Correll CU, Frederickson AM, Figen V et al. The QTc interval and its dispersion in patients receiving two atypical antipsychotics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259:23-27.
- (63) Ramos-Rios R, Arrojo-Romero M, Paz-Silva E et al. QTc interval in a sample of long-term schizophrenia inpatients. *Schizophr Res* 2010;116:35-43.
- (64) Flanagan RJ, Dunk L. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry. *Hum Psychopharmacol* 2008;23 Suppl 1:27-41.
- (65) Henderson DC, Goff DC, Connolly CE, Borba CP, Hayden D. Risperidone added to clozapine: impact on serum prolactin levels. *J Clin Psychiatry* 2001;62:605-608.
- (66) Chakos MH, Glick ID, Miller AL et al. Baseline use of concomitant psychotropic medications to treat schizophrenia in the CATIE trial. *Psychiatr Serv* 2006;57:1094-1101.
- (67) Elie D, Poirier M, Chianetta J, Durand M, Gregoire C, Grignon S. Cognitive effects of antipsychotic dosage and polypharmacy: a study with the BACS in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Psychopharmacol* 2010;24:1037-1044.
- (68) Hori H, Noguchi H, Hashimoto R et al. Antipsychotic medication and cognitive function in schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;86:138-146.
- (69) Honer WG, Procyshyn RM, Chen EY, MacEwan GW, Barr AM. A translational research approach to poor treatment response in patients with schizophrenia: clozapine-antipsychotic polypharmacy. *J Psychiatry Neurosci* 2009;34:433-442.

Therapie der MS im Umbruch

➔ Die Therapie der schubförmigen MS ist im Umbruch. Am neu gegründeten „Rhine-Main-Neuroscience Networks rnm²“ diskutierten deshalb Experten die Rolle neuer Wirkstoffe für die MS-Therapie wie die des monoklonalen Antikörpers Alemtuzumab. „Monoklonale Antikörper sind Hoffnungsträger für die Therapie der MS“, betonte Professor Heinz Wiendl, Leiter der neurologischen Klinik für „Entzündliche Erkrankungen des Nervensystems und Neuroonkologie“ am Universitätsklinikum Münster. Alemtuzumab ist ein rekombinanter monoklonaler Antikörper gegen das Oberflächenprotein CD52, das besonders stark auf B- und T-Lymphozyten exprimiert wird. Die Gabe des Antikörpers wirkt depletierend auf zirkulierende B- und T-Lymphozyten, indem der Antikörper an die Zellen bindet. Die Immunzelldepletion erfolgt dabei rasch und lang anhaltend, wobei die behandelten Patienten jedoch nicht immunkompromittiert sind, wie Wiendl betonte. Zudem gebe es Hinweise, dass das Immunsystem nicht 1:1 wiederhergestellt, sondern rekonditioniert werde. Die mit der MS einhergehende Imbalance zwischen autoimmunen T-Effektorzellen und regulatorischen T-Zellen (Treg) schein sich wieder zugunsten der Treg zu verschieben, so Wiendl. Erste Ergebnisse zur Therapie mit Alemtuzumab hätten bereits früh im Studien-

programm eine beeindruckende Verbesserung des Behinderungsgrads bei Patienten gezeigt, die unter schubförmiger MS litten.

Monitoring wichtig

Im Rahmen der Studien zeigten sich bei Therapie mit Alemtuzumab häufig meist milde bis moderate Infusionsreaktionen, die mit Prämedikation und symptomorientierter Behandlung gut zu beherrschen waren. Behandlungsbedingte lebensbedrohliche oder tödliche Infektionen traten nicht auf. Es zeigte sich auch ein erhöhtes Risiko für eine sekundäre Autoimmunerkrankung, etwa der Schilddrüse (18,8% vs. 6,4% bei Interferonbehandlung). In den Studien selten aufgetretene schwerwiegende Ereignisse wie eine thrombozytopenische Purpura oder eine Thyroxinose können bei einem engmaschigen Monitoring frühzeitig erkannt und behandelt werden. Wiendl empfiehlt: „Sie brauchen eine extrem enge Patientenbindung. Ich mache deshalb mit allen Patienten einen Patientenvertrag.“

Neueste Studienergebnisse aus der randomisierten zweijährigen Phase-III-Studie CARE-MS-II mit Alemtuzumab (12 mg i.v.), die gegen den aktiven Komparator Interferon beta 1a (dreimal wöchentlich 44 µg s.c.) erfolgte, wurden Ende April auf der AAN-Jahrestagung in New Orleans vorgestellt: Mit

Alemtuzumab behandelte Patienten waren demnach zu 65% nach zwei Jahren noch schubfrei, gegenüber 47% unter der Therapie mit IFNβ-1a (s.c.) ($p < 0,0001$). Der mittlere EDSS-Score nahm unter Alemtuzumab über die zwei Jahre leicht ab, während er unter IFNβ-1a (s.c.) leicht anstieg (-0,17 vs. 0,24; $p < 0,0001$). Eine über sechs Monate bestätigte Reduktion der Behinderung erreichten 29% der mit Alemtuzumab behandelten Patienten, während dies unter einer Therapie mit IFNβ-1a (s.c.) nur bei 13% der Fall war ($p = 0,0002$). Das Risiko einer über sechs Monate bestätigten Verschlechterung der Behinderung war bei den mit Alemtuzumab behandelten Patienten im Vergleich zu IFNβ-1a (s.c.) um 42% reduziert ($p = 0,0084$).

Der Hersteller hat für Alemtuzumab (Lemtrada®) eine ergänzende „Biologics License Application“ bei der FDA und einen Zulassungsantrag bei der Europäischen Arzneimittelagentur zur Behandlung der schubförmigen MS eingereicht. **red**

Presseworkshop „Neue Perspektiven in der MS-Therapie“, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt/M., 21.3.2012
 Veranstalter: Genzyme/Sanofi
 64. Jahrestagung der AAN in New Orleans, 21.-28.4.2012; Presse-Info Sanofi/Genzyme

Erstmals kausaler Ansatz bei Tuberöser Sklerose

➔ Mit dem mTOR-Inhibitor Everolimus (Votubia®) steht für Patienten mit Tuberöser Sklerose, die als Folge der Erkrankung ein subependymales Riesenzellastrozytom entwickelt haben, erstmals eine medikamentöse Therapie zur Verfügung.

Die Tuberöse Sklerose (TSC = tuberous sclerosis complex) ist eine komplexe Systemerkrankung, die auf einer Genmutation basiert und unterschiedliche Organe betrifft, erläuterte Professor Gerhard Kurlmann, Neuropädiater in Münster. Eine entscheidende Rolle hat der mTOR-Signalweg, der das Zellwachstum reguliert und als Folge der genetischen Mutation überaktiviert ist. Dies führt in unterschiedlichen Organen zum unkontrollierten Zellwachstum und der Ausbildung benigner Tumore. Etwa 20% der TSC-Patienten entwickeln bereits im Kleinkindalter ein subependymales Riesenzellastrozytom

(SEGA), ein benigner Tumor im Gehirn, der je nach Raumforderung und Lokalisation mit schweren neurologischen Ausfallerscheinungen einhergeht und auch lebensbedrohlich werden kann.

Bislang gab es als einzige Therapieoption für diese Patienten die Operation, was nicht immer möglich ist. Speziell für TSC-Patienten mit SEGA bietet der mTOR-Inhibitor eine wichtige neue Therapieoption. Klinische Studienergebnisse weisen Everolimus als effektiv und insgesamt gut verträglich aus. In der zulassungsrelevanten Phase II-Studie bei 28 Patienten (≥ 3 Jahre) erreichte der mTOR-Inhibitor eine zum Teil deutliche SEGA-Rückbildung, so dass keine Operation mehr notwendig war, erläuterte PD Dr. med. Pablo Hernaz Driever, Pädiater an der Klinik für Pädiatrie (Onkologie/Hämatologie), Berlin. Wirksamkeit und Sicherheit von Everolimus

bei mit TSC-assoziiertem SEGA wurden auch durch die ersten Ergebnisse der randomisierten Placebo-kontrollierten Phase III-Studie EXIST-1 bestätigt. Unklar ist noch, wie lange die Patienten behandelt werden müssen. Die Daten der Phase-II-Studie basieren auf einer medianen Therapiedauer von fast drei Jahren, in der die Patienten krankheitsstabil geblieben sind [1; 2]. Ärzte und Wissenschaftler erhoffen sich darüber hinaus von der mTOR-Inhibition, dass weitere TSC-Symptome ebenfalls günstig beeinflusst werden.

Birgit-Kristin Pohlmann

1. Krueger DA et al., NEJM 2010, 363: 1801–11
2. Krueger DA et al., Int. TSC Research Conference, Juli 2011, Washington D.C.

Symposium: TSC im Fokus, anlässlich der 38. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie, Münster, 20.4.2012; Veranstalter: Novartis

Wenn somatische Symptome Diagnose und Therapie der Depression erschweren

➔ Depressionen weisen ein vielschichtiges Erscheinungsbild auf. Vor allem somatische Beschwerden – einschließlich Schmerzen – sind häufig für die Konsultation des Hausarztes ausschlaggebend. Wenn die psychischen und somatischen Symptome der Depression nicht effektiv behandelt werden, können Residualsymptome bestehen bleiben, die zu Rückfällen führen. Im Hinblick auf die Remission sollten depressive Patienten mit somatischen Beschwerden ein Antidepressivum erhalten, das beide Symptomkomplexe verbessert, berichtete Dr. Heiner Buschmann, niedergelassener Allgemeinarzt aus Übach-Palenberg. Hier sei der selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Duloxetin (Cymbalta®) von Vorteil.

Anders als selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSRI), die nur einen geringen Einfluss auf somatische Beschwerden im Rahmen einer Depression haben, lindert Duloxetin sowohl die psychischen als auch die somatischen Symptome [1]. Die ausgeprägte Wirksamkeit des SSNRI auf beide Symptombereiche spiegelt sich im Vergleich zu den SSRI Paroxetin oder Fluoxetin (je 20 mg/d) in signifikant höheren Remissionsra-

ten wider (40,3% vs. 38,3%, $p = 0,046$), vor allem bei Patienten mit schwerer Depression (35,9% vs. 28,6%; $p = 0,046$) [2]. Patienten mit einer Depression und somatischen Beschwerden, die auf eine Vortherapie unzureichend angesprochen haben, können von einer Umstellung auf Duloxetin (60 mg/d) profitieren. Die ARDENT-Studie ergab, dass vorbehandelte Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf entweder mindestens einen SSRI oder Venlafaxin acht Wochen nach dem Wechsel auf Duloxetin eine hohe Chance auf Response, Remission, Verbesserung der schmerzbedingten Beeinträchtigungen und der Lebensqualität haben. Wenn die Patienten nach vier Wochen nicht ausreichend auf die 60-mg-Dosis von Duloxetin angesprochen haben, kann sich nach den Daten der ARDENT-Studie eine Dosiserhöhung auf 120 mg/d lohnen.

Abdol A. Ameri

1. Greco T et al. J Gen Intern Med 2004; 19: 813–18
2. Thase et al J Clin Psychopharmacol 2007; 27: 672–76

Pressegespräch „Die Gesichter der unipolaren Depression – erkennen, therapieren, begleiten. Eine Herausforderung für den Hausarzt“, Hamburg, 28.4.2012; Veranstalter: Lilly

Restless-Legs-Symptome auch tagsüber lindern

➔ In der nicht-interventionellen Beobachtungsstudie „RLS-PRACTISE“ wurden Wirksamkeit und Verträglichkeit von Rotigotin (Neupro®) beim Restless-Legs-Syndrom (RLS) untersucht.

Die 526 Patienten mit mittelschwerem oder schwerem idiopathischen RLS waren in der Mehrheit (86%) auch während des Tages von RLS-Symptomen betroffen und erhielten über ungefähr drei Monate 1–3 mg/d des non-ergolinen Dopaminagonisten Rotigotin als transdermales Pflaster. Die Probanden waren im Durchschnitt 65,6 Jahre alt und in der Mehrzahl weiblich (74%). Die Wirksamkeit der Therapie wurde anhand der RLS-6-Skala beurteilt.

Grund für die Umstellung auf Rotigotin war bei mehr als 60% der Patienten die mangelnde Wirksamkeit der Vormedikation. 19,4%

der Patienten gaben bei „anderen Gründen“ eine Zunahme der Symptome und Tages-symptome unter der bisherigen Medikation an. Rund jeder Zehnte wechselte das bisher verordnete Medikament aufgrund von Nebenwirkungen. Der Schweregrad der Tages-symptome verbesserte sich nach dreimonatiger Behandlung mit Rotigotin um 59%. Die Ausprägung der RLS-Symptome beim Einschlafen sank um 48%, Schlafstörungen nahmen mit 41% deutlich ab und die Tagesmüdigkeit verringerte sich um 40%. Unerwünschte Ereignisse waren Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Reaktionen an der Applikationsstelle, die in der Regel jedoch nur leicht bis mittelschwer ausgeprägt waren. **red**

Nach Informationen von UCB

CIDP

— Bei Patienten mit „Chronisch Inflammatorischer Demyelinisierender Polyneuropathie“ (CIDP) kann die Behandlung mit dem 10%igen intravenösen Immunglobulin (IVIg) IgPro10 (Privigen®) zu einer signifikanten Verbesserung führen. Dies ist ein Ergebnis der PRIMA-Studie, die auf dem Meeting des Peripheral Nerve Society Inflammatory Neuropathy Consortium in Rotterdam vorgestellt wurde. In die prospektive einarmige offene Multicenter-Studie wurden sowohl mit IVIg vorbehandelte ($n = 13$) als auch nicht vorbehandelte ($n = 15$) CIDP-Patienten eingeschlossen. Sie erhielten eine Startdosis von 2 g/kg Körpergewicht Privigen®. Anschließend wurde über 22 Wochen in dreiwöchigen Intervallen je 1 g/kg Körpergewicht verabreicht. Primärer Endpunkt war die Responder-Rate basierend auf dem INCAT-Score. Diese Rate betrug für die Gesamtstudienpopulation 60,7% und war signifikant höher als das vorher definierte Ziel von 35% (abgeleitet aus einem historischen Kollektiv von Placebo-behandelten Patienten). Der INCAT besserte sich im Verlauf signifikant von 3,7 auf 2,3. In der Studie sprachen die Patienten teilweise erst mit einer Latenz von mehreren Wochen auf die Therapie an, insbesondere Patienten, die im Rahmen der Studie erstmals IVIg erhielten. Dies kann ein Hinweis darauf sein, erst nach längerer Gabe zu entscheiden, ob die CIDP des Patienten auf die IVIg-Behandlung anspricht. Der Hersteller hat einen Antrag auf Zulassungserweiterung für die Anwendung bei CIDP eingereicht.

Nach Informationen von CSL Behring

Multiple Sklerose

— Die FDA hat Teriflunomid (Aubagio®) in den USA als einmal täglich oral einzunehmendes Arzneimittel für Patienten mit schubförmiger MS zugelassen. Die Zulassung basiert auf der TEMSO-Studie, in der Teriflunomid 14 mg im Vergleich zu Placebo die jährliche Schubrate signifikant gesenkt und die Zeit bis zum Eintritt einer Behinderungsprogression signifikant verlängert hatte.

Nach Informationen von Genzyme

MS-induzierte Spastik

— In der unlängst veröffentlichten S2-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der MS werden die Behandlungsmöglichkeiten in Schub-, Basis- und Eskalationstherapie erörtert. Daneben werden alle verfügbaren MS-Therapeutika vorgestellt und konkrete Anwendungshinweise für die Praxis gegeben. Für die Therapie der MS-induzierten Spastik wurde der Endocannabinoidsystem-Modulator Sativex® (Wirkstoffe: Delta-9-Tetrahydrocannabinol und Cannabidiol) als neues orales Antispastikum angeführt und aufgrund der erfolgten wissenschaftlichen Studien als empfehlenswert definiert. Sativex® ist als Add-on-Therapeutikum für Patienten mit mittlerer bis schwerer MS-Spastik indiziert, wenn durch eine der bisherigen Therapien keine Symptombesserung erzielt werden kann.

Nach Informationen von **Almirall**

Alkoholabhängigkeit

— Aktuelle, auf dem RSA (Research Society on Alcoholism) Scientific Meeting in San Francisco Ende Juni 2012 vorgestellte Langzeitdaten zeigen, dass mit dem Opioidrezeptor-Modulator Nalmefene behandelte Patienten ihren Alkoholkonsum (Heavy Drinking Days und Gesamtalkohol) um durchschnittlich 78% reduzierten. Der μ - und δ -Opioid-Rezeptor-Antagonist und partielle κ -Opioid-Rezeptor-Agonist Nalmefene befindet sich seit Dezember 2011 im zentralen Zulassungsverfahren der Europäischen Arzneimittelagentur. Die Zulassung wäre eine Option für Patienten, die nicht vollständig auf den Konsum von Alkohol verzichten wollen und deshalb bislang vor einer Therapie zurückschrecken; zur Zeit sind in Deutschland nur 9% der Betroffenen in Behandlung. Das Risiko für Folgeerkrankungen sowie die Zahl der Todesfälle ließen sich schon mit einer Alkoholreduktion deutlich verringern. Nalmefene reduziert das Craving im cortico-mesolimbischen System und hilft dem Patienten so, weniger zu trinken. In Studien zeichnete er sich durch eine langanhaltende Wirkdauer sowie eine sehr lange Halbwertszeit aus.

Nach Informationen von **Lundbeck**

Bei alkoholbedingten Nervenschäden Thiamin-Mangel ausgleichen

➔ Alkoholmissbrauch ist die häufigste Ursache für einen Vitamin-B1 (Thiamin)-Mangel. Schwerwiegende Folgen des Vitamin-Defizits können Schäden am Nervensystem sein. Mit dem lipidlöslichen Thiamin-Prodrug Benfotiamin können Thiamin-Defizite auf orale Wege ausgeglichen werden.

Die Bedeutung eines alkoholinduzierten Vitamin-B1 (Thiamin)-Mangels an der Pathogenese neurologischer Folgeschäden des übermäßigen Alkoholkonsums wird bislang unterschätzt, erklärte Professor Joachim Schmidt vom Institut für Angewandte Pharmakologie und klinische Pharmakotherapie in Dresden. Bei Alkoholkranken führt eine unzureichende Zufuhr des Vitamins mit der Nahrung in Verbindung mit einer verminderten Resorption im Darm – einer von der Alkoholdosis abhängigen Hemmung der aktiven Transportmechanismen – und einer stark reduzierten hepatischen Speicherkapazität zu einem Thiamin-Defizit, das zusammen mit der Toxizität des Alkohols und seiner Abbauprodukte nervale Funktionen beeinträchtigt. Thiamin steuert wichtige Enzymreaktionen, insbesondere im Kohlenhydratstoffwechsel, und die zu geringe Verfügbarkeit des Vitamins führt zu einem Energiemangel und zur Lactazidose in den Nerven und Gehirnzellen.

Alkohol-induzierte Nervenschäden wie die alkoholische Polyneuropathie oder das Wernicke-Korsakow-Syndrom können durch die Substitution von Thiamin behandelt werden, betonte Schmidt. Dabei eigne sich besonders das lipidlösliche Thiamin-Prodrug Benfotiamin (milgamma® mono) zur Therapie des Thiamin-Mangels und der damit assozi-

ierten Erkrankungen. Es zeichnet sich im Vergleich zu wasserlöslichen Thiaminderivaten durch eine bessere enterale Resorption und eine höhere Bioverfügbarkeit aus. Bei oraler Applikation erzielt es Thiamin-Spiegel im Blut und in den Geweben, die sonst nur durch die parenterale Verabreichung wasserlöslicher Thiamin-Derivate erreicht werden. Benfotiamin wird unabhängig von den durch Ethanol gehemmten Aufnahmeprozessen dosislinear im Darm resorbiert.

Initial hochdosierte Gabe

Für die Behandlung der alkoholischen Polyneuropathie empfiehlt Schmidt initial die hochdosierte Gabe von Benfotiamin (300–600 mg über drei bis vier Wochen) und eine anschließende Weiterbehandlung mit 150–300 mg Benfotiamin über drei Monate. Erste Effekte sind nach zwei Wochen zu verzeichnen, die volle Wirkung entfalte sich nach drei Monaten. In klinischen Studien führte Benfotiamin bei alkoholischer Polyneuropathie zu einer signifikanten Minderung neuropathischer Beschwerden wie Parästhesien, Schmerzen und sensorischen und motorischen Störungen [Anisimova E et al. Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsacova 2001; 101: 32–36; Woelk H et al. Alcohol & Alcoholism 1988; 33: 631–38].

Dagmar Jäger-Becker

Nervengift Alkohol: Stellenwert einer Vitamin-B1-Therapie bei neurologischen Folgeschäden; beim 13. Interdisziplinären Kongress für Suchtmedizin, München, 7.7.2012
Veranstalter: Wörwag

Therapieerfolg bei MS verbessern

➔ Das Basistherapeutikum Interferon (IFN) beta-1a (Avonex®) bietet Patienten mit schubförmiger MS (RRMS) auch langfristig eine wirksame und sichere Behandlungsoption, die darüber hinaus hautverträglich und unkompliziert in der Anwendung ist.

PD Dr. Ralf Linker, Universitätsklinikum Erlangen, hob die Bedeutung der Adhärenz für den Therapieerfolg hervor. In puncto Wirksamkeit und Sicherheit seien gängige Basistherapeutika vergleichbar, Unterschiede

gebe es vor allem hinsichtlich der Applikationsfrequenz. „Je seltener die Patienten spritzen müssen, desto zuverlässiger halten sie sich an die Therapienvorgaben“, betonte er. So konnten unter der nur einmal wöchentlichen Behandlung mit IFN beta-1a i. m. im Vergleich zu anderen Basistherapeutika signifikant höhere Adhärenzraten von 85% erzielt werden. Dies wiederum wirke sich positiv auf die Krankheitsaktivität und die Lebensqualität der Patienten aus.

Linker ist überzeugt, dass sich die Therapietreue mit dem im Juni 2011 eingeführten neuen Autoinjektor (Avonex® PenTM) dank einfacher Handhabung und kaum spürbarer Injektion weiter verbessern wird. In der Zulassungsstudie hatten 94% der Patienten den Wochen-Pen der Fertigspritze vorgezogen. Als weiteren Pluspunkt nannte der Neuroimmunologe die gute Hautverträglichkeit des Präparates. „Nach intramuskulärer Injektion von IFN beta-1a treten deutlich weniger Lokalreaktionen auf als bei Mitteln, die in das immunologisch aktive Fettgewebe gespritzt werden“, erklärte er. Irreversible Gewebsschädigungen wie Narben oder Lipoatrophie seien für viele Patienten mit Leidensdruck und Stigmatisierung assoziiert.

Dass MS-Patienten auch nachhaltig von einer frühen immunmodulatorischen Basisthera-

pie mit IFN-beta-1a profitieren, hätten aktuelle Zehn-Jahresdaten gezeigt [Kinkel RP et al. Arch Neurol 2012; 69 (2):183–90]. Die Tatsache, dass 92% der Patienten nach dieser langen Zeit noch einen schubförmigen MS-Verlauf aufweisen, sieht Linker als „erfreulichste Nachricht“. „Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass wir über eine wirksame Entzündungsmodulation letztlich auch einen neuroprotektiven Effekt erreichen“, folgte er.

Dr. Martina-Jasmin Utzt

Pressekonferenz „Immer einen Schritt voraus für eine individualisierte Therapie: Innovative Behandlungsstrategien“, München, 29.2.2012; Veranstalter: Biogen Idec

Antiepileptikum mit neuem Wirkansatz

➔ Mitte September 2012 wurde ein neues Antiepileptikum für die Zusatztherapie von Patienten mit fokalen Anfällen – mit und ohne sekundäre Generalisierung – in den Markt eingeführt: Perampanel zeichnet sich durch einen völlig neuen Wirkmechanismus aus: Es ist das erste anti-glutamaterg wirkende Antiepileptikum.

Perampanel (Fycompa®) ist ein selektiver, nicht-kompetitiver Antagonist von AMPA-Rezeptoren, die bei der Generierung und Ausbreitung von Anfällen im Gehirn eine wichtige Rolle spielen. Die Substanz verhindert die durch Glutamat induzierte Überstimulation der Rezeptoren auf postsynaptischen Neuronen und neutralisiert so einen Trigger bei der Auslösung fokaler Anfälle. „Da Perampanel nicht an der Glutamat-Bindungsstelle, sondern an einem nicht-kompetitiven Bindungsort des AMPA-Rezeptors andockt, wird es auch bei sehr hoher Glutamatkonzentration im Hippocampus, die bei Epilepsiepatienten vor einem Anfall typisch sind, nicht vom Rezeptor verdrängt“, erläuterte Professor Martin Brodie, Universität Glasgow/Großbritannien.

Hohe Responderrate

Auf Basis von drei globalen Phase-III-Studien wurde Perampanel im Sommer 2012 für die Zusatztherapie von Patienten ab zwölf Jahren mit fokal beginnenden Anfällen zugelassen. Sie umfassten knapp 1.500 Patienten, die trotz Therapie mit mindestens zwei An-

tikonvulsiva in den letzten zwei Jahren weiterhin an einfach oder komplex-fokalen Anfällen (mit oder ohne sekundäre Generalisierung) litten, berichtete Professor Bernhard Steinhoff, Epilepsiezentrum Kork, der das Studienkollektiv als „nicht einfach behandelbar“ charakterisierte. Dennoch erwies sich Perampanel als hoch wirksam und führte ab der 4 mg-Dosis zu einer signifikanten Reduktion der Anfallsfrequenz und einem ebenfalls signifikanten Anstieg der Responderrate. Als bemerkenswert bezeichnete der Neurologe die Tatsache, dass insbesondere die schweren sekundär generalisierten klonisch-tonischen Anfälle stark reduziert wurden.

Langsames Aufdosieren empfohlen

Zudem kann Perampanel als insgesamt gut verträgliches Antikonvulsivum bezeichnet werden. Häufigste Nebenwirkungen sind Schwindel, Schläfrigkeit und Fatigue, die nach Steinhoffs Einschätzung im klinischen Alltag bei vorsichtiger Aufdosierung eher seltener auftreten werden als in den klinischen Studien. Er wies außerdem auf die lange Halbwertszeit der Substanz hin, die die tägliche Einmalgabe möglich mache.

Dr. Katharina Arnheim

European Media Launch Briefing „Fycompa® (Perampanel)“; Launch-Presskonferenz „Perampanel (Fycompa®): Zulassung einer neuen Klasse von Antiepileptika“, London, 12.9.2012
Veranstalter: Eisai

Neu auf dem Markt

— Das Unternehmen neuraxpharm hat seine ZNS-Palette erneut erweitert: Ab sofort steht mit Naltrexon-HCl neuraxpharm® ein Naltrexon-Generikum zur Verfügung, das sowohl zur Unterstützung der Abstinenz bei Alkoholabhängigkeit als auch zur zusätzlichen Behandlung innerhalb eines umfassenden Therapieprogramms für entwöhnte Patienten, die opioidabhängig waren, zugelassen ist. Naltrexon-HCl neuraxpharm® wird in der Wirkstärke 50 mg angeboten. Außerdem ist ab sofort der Cholinesterase-Hemmer Rivastigmin (Rivastigmin-neuraxpharm®) verfügbar, der sowohl bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz als auch bei leichter bis mittelschwerer Demenz bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom indiziert ist. Rivastigmin-neuraxpharm® ist in den Wirkstärken 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg und 6 mg erhältlich. **red**

Nach Informationen von neuraxpharm

Restless-Legs-Syndrom

— Eine aktuelle Studie bei Patienten mit Restless-Legs-Syndrom und Eisenmangel demonstrierte, dass eine einmalige intravenöse (i.v.) Gabe von 500 mg Eisencarboxymaltose (ferinject®) die RLS-Beschwerden schon innerhalb einer Woche deutlich verbessern kann. Prädiktoren für ein gutes Ansprechen waren ein jüngeres Lebensalter, niedrigere Serumferritin-Werte und wenig Komorbiditäten. In der Studie von Hornyak et al. erhielten 20 RLS-Patienten mit einem niedrigem Serumferritin (< 30 ng/ml oder < 90 ng/ml bei TSAT < 16%) eine Einzeldosis von 500 mg des Medikaments. In drei Wochen sank der IRLS-Score (International RLS Severity Scale) klinisch relevant im Gesamtkollektiv von im Mittel 30,1 auf 23,1 (p = 0,001) und in der Responder-Gruppe von 28,3 auf 18,3 (p = 0,002). Die Patienten zeigten einen unmittelbaren und fortdauernden Abfall der Symptomatik mit dem Maximum am Tag acht. Bei einigen Patienten war die Verbesserung so ausgeprägt, dass sie die Dosis der Dopaminergika reduzieren konnten. Die Therapie wurde gut vertragen. **red**

Nach Informationen von Vifor Pharma,

Journal

Dr. Copeland – Ein Arzt für die Einsamen

Die Rede ist hier von einem der wirklich ganz großen Romane der Weltliteratur: Carson McCullers Roman „Das Herz ist ein einsamer Jäger“ erzählt die Geschichte von „fünf isolierten, einsamen Leuten auf ihrer Suche nach Ausdruck und geistiger Ergänzung durch etwas, das größer ist als sie selbst“, wie die Verfasserin selbst sagt. Einer ihrer fünf Protagonisten ist der schwarze Arzt Dr. Benedict Copeland. Der Roman handelt also von Außenseitern (wie ihm) und somit von jenen, die „vergeblich einen Ausweg aus ihrer Einsamkeit und Sprachlosigkeit“ suchen, wie der Germanist Werner Wunderlich konstatiert.



Die Person im Bild trifft regelrecht ins Schwarze: Denn der Arzt Dr. Benedict Copeland ist schon insofern eine idealistische Figur in McCullers Roman, als dieser davon träumt, in seinen dunkelhäutigen Mitmenschen ein aggressionsfreies Selbstbewusstsein erwecken zu können. Dafür zahlt Copeland auch einen hohen Preis.

76 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Das Herz ist ein einsamer Jäger

„Carson McCullers Herz war oft einsam, und es war ein unermüdlicher Jäger auf der Suche nach Menschen, denen es sich anbieten konnte; aber es war ein Herz, das mit einem Licht gesegnet war, das seine Schatten überstrahlte.“ Ein Zitat von Tennessee Williams, das zum Lesen des Romans verführt.

Einsamkeit, da ist sich die Schriftstellerin Carson McCullers ganz sicher, sei eine „amerikanische Krankheit“. In einem kleinen Essay aus dem Dezember des Jahres 1949 legt sie auseinander, wie sie das versteht und verstanden haben will. Dabei geht sie von dem Zwiespalt aus, der zwischen dem Willen zur Individualität und der Sehnsucht „dazu zu gehören“ entsteht: „Von der Kindheit bis zum Tode ist der Mensch besessen von diesen zweierlei Motiven“. Der Amerikaner ist für sie der „ewige Einzelgänger“, während es in Europa die Künstler in Gruppen und ästhetische Schulen ziehe. Sie beruft sich auf Thoreau und kommt zu dem Schluss: „Sei es in den geruh-samen Freuden des Landlebens oder im Labyrinth der Großstädte, wir Amerikaner sind ständig auf der Suche. Wir wandern, wir fragen. Doch die Antwort wartet in jedem einzelnen Herzen – die Antwort unserer eigenen Identität und der Art und Weise, mit der wir die Einsamkeit bemeistern können und spüren, dass wir am Ende doch ‚dazugehören.‘“ Und mit dieser Erklärung nähern wir uns zugleich dem Verständnis für den wundersamen Romantitel „The Heart is a Lonely Hunter“ (deutsch: „Das Herz ist ein einsamer Jäger“), der auf eine Zeile aus dem Gedicht „The Lonely Hunter“ von William Sharp zurückgeht, wo es heißt: „My heart is a lonely hunter that hunts on a lonely hill.“ Im Jahre 1940, als der Roman erschien, waren solche großartigen Titel noch möglich, die Gedichtzeilen oder Bibelworte zitierten. Man denke nur an Hemingways „For Whom the Bell Tolls“ („Wem die

Stunde schlägt“), ebenfalls 1940 erschienen, was auf John Donne verweist oder an seinen Romantitel „The Sun Also Rises“ aus dem Jahre 1926, der auf eine Stelle aus Ecclesiastes Bezug nimmt.

Shooting-Star der New Yorker Literaturszene

Geschrieben hat dieses „verzweifelt schöne Buch über das Scheitern menschlicher Sehnsucht“ (Elke Heidenreich), das ursprünglich „The Mute“ („Der Stumme“) hieß, Lula Carson Smith (1917–1967), im selben Jahr wie Heinrich Böll geborene, musikalisch hochbegabte Tochter eines Uhrmachers und Goldschmiedes aus Columbus, Georgia, im Alter von gerade einmal 23 Jahren. Einigermaßen gehässig und reichlich ahnungslos nannte der ungleich geringer begabte Klaus Mann die angeblich einem veritablen Landei gleichende Autorin „ein sonderbar primitives, naiv-morbides Geschöpf“ und später nur noch lapidar „die tragisch hustende, mausgraue Carson“, wie die Journalistin Barbara von Becker berichtet. Da war Carson McCullers längst der Shooting-Star der New Yorker Literaturszene und stand Henri Cartier-Bresson Modell.

Debütiert hatte Carson McCullers mit der Erzählung „Wunderkind“, die sie mit 19 schrieb. Eigentlich wollte sie Konzertpianistin werden, doch eine schwere Rheumaerkrankung machte dies unmöglich. Später kamen gravierende Herzkreislaufprobleme dazu, Sehstörungen, Lähmungserscheinungen und schließlich eine Lungenentzündung. Im Jahre 1937 heiratete sie den Schriftsteller Reeves Mc-

80 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Peter Nowotnys Bilder

Ähnlich oder nicht? Peter Nowotnys Bilder haben sichtlich nur äußerlich miteinander zu tun, ihr innerer Gehalt unterscheidet sie essenziell und ist zu ergründen.

Cullers und verliebte sich leidenschaftlich in die elegante, meist à la Garçonne gekleidete weltläufige Schweizer Journalistin Annemarie Schwarzenbach. Alexandra Lavizzari hat dieser zwischen freundschaftlichen Gefühlen und erotischer Attraktion schillernd pendelnder Beziehung 2008 unter dem Titel „Fast eine Liebe“ eine lesenswerte kleine Studie gewidmet.

Carson McCullers ließ sich 1941 von ihrem Mann scheiden und heiratete ihn 1945 erneut. Nach zwei Schlaganfällen 1947 war sie linksseitig gelähmt. Ein Jahr später erfolgte ein Suizidversuch, nach einer schweren Ehekrise 1953 begeht ihr Ehemann in Paris Selbstmord. Lange hatte er versucht, seine Frau von der Idee eines Doppelselbstmordes zu überzeugen. 1962 musste sie, bereits auf den Rollstuhl angewiesen, mehrfach operiert werden und verlor ihre linke Brust. Zwei Jahre später brach sie sich bei einem Sturz mehrere Knochen und erlitt 1967 einen weiteren Schlaganfall, an dessen Folgen sie am 29. September 1967 in Nyack, New York, starb.

Freundschaftlich eng verbunden war Carson McCullers mit Tennessee Williams, Karen Blixen, Elizabeth Bowen, Edith Sitwell und Marilyn Monroe. Zu ihren bedeutendsten, auch mehrfach verfilmten Werken gehören die Romane „Spiegelbild im goldnen Auge“, „Frankie“, „Die Ballade vom traurigen Café“, „Uhr ohne Zeiger“ sowie eine Reihe von Kurzgeschichten, die alle im Zürcher Diogenes Verlag in deutscher Übersetzung vorliegen.

Niemand geringerer als Graham Greene schrieb über Carson McCullers:

„Seit dem Tod von D. H. Lawrence sind Carson McCullers und William Faulkner die einzigen Schriftsteller mit origineller poetischer Ausdruckskraft. Persönlich ziehe ich Carson McCullers vor, denn sie schreibt klarer als Faulkner; ich ziehe sie aber auch Lawrence vor, weil sie kein Anliegen vertritt“, und Tennessee Williams bemerkt einmal: „Ich habe in Carson McCullers' Werk eine solche Dichte, eine so edle Geisteshaltung gefunden, wie es seit Herman Melville in unserer Prosa nicht gegeben hat.“

Märchen ohne glückliches Ende

Carson McCullers hat in ihrem Roman „Das Herz ist ein einsamer Jäger“ die Schicksale von Menschen in einer kleinen Stadt irgendwo in Georgia im Süden der Vereinigten Staaten grandios miteinander verknüpft. Der Handlungszeitraum dehnt sich vom Mai bis zum Juli des folgenden Jahres, und in dieser Zeitspanne sind die Leben der Protagonisten ruiniert, zerbröckelt. Alle diese Menschen scheitern ausnahmslos.

Im Zentrum steht der taubstumme Graveur John Singer. Er ist Untermieter bei einer von Verarmung bedrohten kinderreichen Uhrmacherfamilie. Und er ist Jude. Um ihn gruppieren sich die unterschiedlichsten Charaktere, angefangen von einem zweiten Taubstummen, dem Griechen Spiros Antonopoulos, der in eine Irrenanstalt eingeliefert wird, bis hin zu dem romantisch verträumten, hochmusikalischen dreizehnjährigen Mädchen Mick Kelly, Tochter des Uhrmachers. Mit dabei sind auch der zwischen Mitleid und Spott schwankende, im Grunde aber grüblerische Wirt Biff Brannon, dessen Frau an einer Tumoroperation stirbt, dann Jake Blount, der unter der Ausbeutung leidende, von Massenaufklärung träumende sozialrevolutionäre Trinker, Mechaniker und „vage Marxist“, wie der Schriftsteller Dieter Lattmann ihn nannte, und der schwarze Arzt Dr. Benedict Copeland. Sie alle kommen zu Singer, laden bei ihm ihre Sorgen ab und vertrauen ihm ihre intimsten Probleme und Ansichten an, weil er ihnen einfach nur zuhört und sie sich auf diese Weise von ihm verstanden fühlen können. Erst durch den taubstummen Singer setzen sich diese Personen zueinander in Beziehung. Als der unglückliche Graveur unvermittelt

Selbstmord begeht, indem er sich eine Kugel ins Herz schießt, weil ihm der Tod seinen einzigen, wenn auch geisteskranken Freund genommen hat, merken diese Personen, wie verloren und einsam sie in Wirklichkeit sind. Denn auch John Singer hing einem idealistischen Ideal von Freundschaft nach, das sich im Leben nicht erfüllen konnte.

Kindlers Literaturlexikon kommt zu folgender schlüssiger Kurzinterpretation des McCullers Romans: „In diesem Sinne ist jede einzelne Gestalt, jede einzelne Episode auf eine imaginäre Mitte hin bezogen, und der Roman bricht in dem Augenblick ab, in dem eine solche Mitte nicht mehr existiert. Aber das Erstaunliche an diesem Erstlingsbuch, mit dem sich die leise Stimme der Dreiundzwanzigjährigen ausgerechnet während des letzten Krieges (...) Gehör erzwingt, ist nicht die Kunst literarischer Form, sondern der Tonfall poetischer Objektivität. Mag die junge Mick, mögen auch manche der anderen, selbst der männlichen Gestalten Züge der Verfasserin tragen: Sie hält zu ihnen allen den gleichen Abstand gelassenen Begreifens und lächelnder Nachsicht ein. Sie weiß, aus altersloser Phantasie heraus, dass es für die schweifenden Gefühle des Herzens keine naturgesetzte Grenze gibt, für die Unberechenbarkeit menschlichen Verhaltens keine ausreichende Erklärung; dass die scheinbar engsten Beziehungen nicht immer die stärksten sind; dass das seltsame, befremdliche, vielleicht Abwegige sich nicht weniger ‚von selbst‘ versteht als das Alltäglich-Gewohnte; dass Triebe oft so wenig artikuliert, artikulierbar sein können wie Gedanken oder Empfindungen. Und so begnügt sie sich denn damit zu erzählen, wie man ein Märchen erzählt; ein Märchen freilich, das kein glückliches Ende kennt, sondern bei dem jede Art der Beglückung ihre eigenen Ängste, jede Bitternis ihre eigenen Tröstungen mit sich bringt.“

Dr. Benedict Copeland

Der schwarze Arzt Dr. Benedict Copeland ist schon insofern eine idealistische Figur, als er davon träumt, in seinen dunkelhäutigen Mitmenschen ein aggressionsfreies Selbstbewusstsein erwecken zu können. Dafür zahlt er den Preis der Entfremdung von seinen engsten Angehörigen, wird durch das Verhalten der Wei-

ßen in die Verzweiflung getrieben und verfällt der Schwindsucht. In ihrem Exposé zum Roman „Der Stumme“, der, wie gesagt, später „Das Herz ist ein einsamer Jäger“ heißen sollte, schreibt Carson McCullers: „Dr. Copeland verkörpert das traurige Schauspiel des gebildeten Südstaaten-Negers (...) Zu Beginn des Buches ist er 51 Jahre alt, aber trotzdem bereits ein alter Mann. 25 Jahre lang hat er die Neger der Stadt behandelt, hatte aber immer das Gefühl, seine Arbeit als Arzt sei nicht so wichtig wie seine Versuche, sein Volk zu belehren. Seine Vorstellungen sind penibel ausgearbeitet und unflexibel. Lange Zeit interessierte er sich in erster Linie für Geburtenkontrolle, da er das Gefühl hatte, wahllose sexuelle Beziehungen und zufällige und zügellose Vermehrung seien zu einem hohen Grad für die Schwäche des Negers verantwortlich. Er ist ein großer Gegner der Vermischung der Rassen – aber sein Widerstand beruht größtenteils auf persönlichem Stolz und persönlicher Abneigung. Der große Fehler all seiner Theorien ist, dass er die rassische Kultur des Negers nicht anerkennen will. Theoretisch ist er gegen die Veredelung der Lebensweise der Neger durch den Weißen. Sein Ideal wäre eine Rasse von schwarzen Asketen. Parallel zu Dr. Copelands Ehrgeiz für seine Rasse läuft seine Liebe zu seiner Familie. Aber wegen seiner Unflexibilität sind seine Beziehungen zu seinen vier Kindern kläglich gescheitert. Zum Teil ist auch sein eigenes Temperament daran schuld. Sein ganzes Leben lang hat Dr. Copeland gegen seine eigene Natur als Schwarzer angekämpft. Seine leidenschaftliche Askese und die Anspannung seiner Arbeit sind nicht ohne Wirkungen auf ihn geblieben. Wenn er früher das Gefühl hatte, seine Kinder wollten sich seinem Einfluss entziehen, neigte er zu wilden und plötzlichen Wutausbrüchen. Diese mangelnde Selbstbeherrschung war schließlich der Grund für seine Trennung von Frau und Kindern.“

Copelands Erkrankung, die sich schon in seiner Jugend gezeigt hat, bricht in fortschreitendem Alter erneut aus. Es gibt freilich kein geeignetes Sanatorium, das einen Schwarzen aufnimmt. „Also ignoriert er die Krankheit und führt seine Praxis weiter – obwohl sie längst nicht mehr so groß ist wie in der Vergangenheit.“

Für Dr. Copeland scheint der Stumme die Verkörperung der Selbstbeherrschung und der Askese eines gewissen Typs weißer Menschen zu sein. Sein ganzes Leben lang litt er unter Kränkungen und Demütigungen durch die weiße Rasse. Singers Höflichkeit und Rücksichtnahme erfüllen Dr. Copeland mit mitleiderregender Dankbarkeit. Er ist immer darauf bedacht, dem Stummen gegenüber seine ‚Würde‘ zu bewahren – aber Singers Freundschaft ist für ihn von großer Wichtigkeit.“

Es bleibt auch dem Arzt vorbehalten, uns ins Gedächtnis zu rufen, dass Singer Jude ist. Der schwarze Dr. Copeland sagt: „Für mich und mein Volk sind die Südstaaten faschistisch, und sie sind es immer gewesen (...) Die Geschichte meines Volkes hat viel Ähnlichkeit mit dem grenzenlosen Leiden der Juden – nur ist sie noch blutiger und noch gewalttätiger.“

Erinnern wir uns: der Roman erschien 1940! Weiter schreibt Carson McCullers im Selbstkommentar: „Dr. Copeland erkennt voller Verbitterung, dass sein Lebenswerk gescheitert ist. Obwohl er von den meisten Negern der Stadt fast ehrfürchtig bewundert wird, waren seine Belehrungen der Natur der Rasse zu fremd, um eine spürbare Wirkung zu haben.“

Einst träumte der Arzt davon, seine niedrige Herkunft überwinden zu können. Der Literaturwissenschaftler Werner Wunderlich macht dies mit folgender Beobachtung deutlich: „Copelands Mutter war noch als Sklavin geboren worden; nach ihrer Befreiung wurde sie Waschfrau. Der Vater war Prediger. Copeland arbeitete bei einem Grobschmied, schlug sich als Kellner und Hotelpage durch, ging zur Schule und studierte Medizin. Dann heiratete er und gründete eine Familie. Während er seinen vier Kindern einhämmerte, dass es keinen Gott gibt und sie selbst das aus Trägheit und Unterwürfigkeit bestehende Joch abwerfen müssen, nahm seine Ehefrau Daisy die Kinder jeden Sonntag mit in die Kirche, erzählte ihnen von Himmel und Hölle und vermittelte ihnen den Glauben an Geister. Hamilton sollte ein Gelehrter werden, ‚Karl Marx‘ ein Lehrer für die Schwarzen, William (‚Willie‘) Rechtsanwalt, um gegen Ungerechtigkeiten zu kämpfen. Und in seiner Tochter Portia sah Copeland eine zukünftige Frauen- und Kinderärztin.“ Aber daraus wurde nichts: Portia hilft im Haus der ver-

armten Uhrmachers Kelly, und ihr Bruder Willy treibt sich in „Madame Rebas Vergnügungspalast“ herum, gerät dort wegen der schwarzen Prostituierten Love Jones in eine Prügelei. Man zieht die Messer, und Willie schneidet seinem Gegner mit einem Rasiermesser beinahe den Kopf ab. Dafür wird er zu neun Monaten Zwangsarbeit verurteilt. Im Gefängnis gerät der Häftling mit einem weißen Aufseher aneinander, woraufhin man ihn tagelang in eine frostige Zelle hängt. Danach müssen ihm beide erfrorenen Füße amputiert werden. Dies zu den Träumen von Dr. Copeland, seine Kinder betreffend.

»Die Form ist überall kontrapunktisch. Wie eine Stimme in einer Fuge ist jeder der Hauptcharaktere ein geschlossenes Ganzes – aber seine Persönlichkeit gewinnt an Fülle, wenn sie gegen die anderen Charaktere im Buch gestellt und mit ihnen verwoben wird.«

Carson McCullers

Jedes Jahr veranstaltet Dr. Copeland ein Weihnachtsfest, zu dem, bis auf den taubstummen Mister Singer, nur Schwarze eingeladen sind. Dann hält er eine lange Rede, in der er die Thesen von Karl Marx erläutert, und verleiht Lancy Davis einen Preis für den besten Aufsatz aus dem Jahr mit dem Thema „Mein höchstes Streben: die Verbesserung der Stellung der Negerrasse in der menschlichen Gesellschaft.“

Carson McCullers selbst führt zu Dr. Copelands weiteren Leben aus: „Zu Beginn des Buches ist Dr. Copelands finanzielle Situation sehr ungewiss. Sein Haus und der größte Teil seiner medizinischen Ausstattung sind von Hypotheken belastet. 15 Jahre lang bezog er ein kleines, aber regelmäßiges Einkommen für seine Arbeit im Stab des städtischen Krankenhauses – aber seine Vorstellungen in Bezug auf die gesellschaftlichen Bedingungen haben zu seiner Entlassung geführt. Als Vorwand für die Entlassung beschuldigte man ihn, und zwar zu Recht, in gewissen Fällen, in denen ein Kind eine ökonomische Unmöglichkeit dargestellt hätte, Abtreibungen vorgenommen zu haben. Seit dem Verlust dieser Stellung hat Dr. Copeland kein verlässliches Einkommen mehr. Seine Patienten sind zum größten Teil nicht in der Lage, für ihre Behandlung zu be-

zahlen. Seine Krankheit ist eine zusätzliche Belastung, und er verliert immer mehr den Boden unter den Füßen. Am Ende wird ihm das Haus weggenommen, und nach lebenslanger Arbeit ist er völlig mittellos. Die Verwandten seiner Frau holen ihn ab, damit er den kurzen verbleibenden Rest seines Lebens auf ihrer Farm auf dem Land verbringen kann.“

Carson McCullers hat ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass ihr Roman nach einem ganz bestimmten kompositorischen Prinzip entworfen und aufgebaut ist: „Die Form ist überall kontrapunktisch. Wie eine Stimme in einer

Fuge ist jeder der Hauptcharaktere ein geschlossenes Ganzes – aber seine Persönlichkeit gewinnt an Fülle, wenn sie gegen die anderen Charaktere im Buch gestellt und mit ihnen verwoben wird.“

Tennessee Williams sagte einst über Carson McCullers: „Carsons Herz war oft einsam, und es war ein unermüdlicher Jäger auf der Suche nach Menschen, denen sie es anbieten konnte; aber es war ein Herz, das mit einem Licht gesegnet war, das seine Schatten überstrahlte.“

Im Jahr 1968 drehte Robert Ellis Miller den gleichnamigen Film zum Buch mit den Darstellern Alan Arkin (als John Singer) und Sondra Locke (als Mick Kelly). Der Film wurde 1968 in zwei Kategorien für den Oscar nominiert, und Dave Grusin komponierte dazu einen wunderbaren Score. Bei Random House erschien im Juli 2004 eine von Elke Heidenreich gelesene, gekürzte Hörbuchfassung (7 CDs, 8 Stunden). □

LITERATUR

beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf

Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

Peter Nowotny

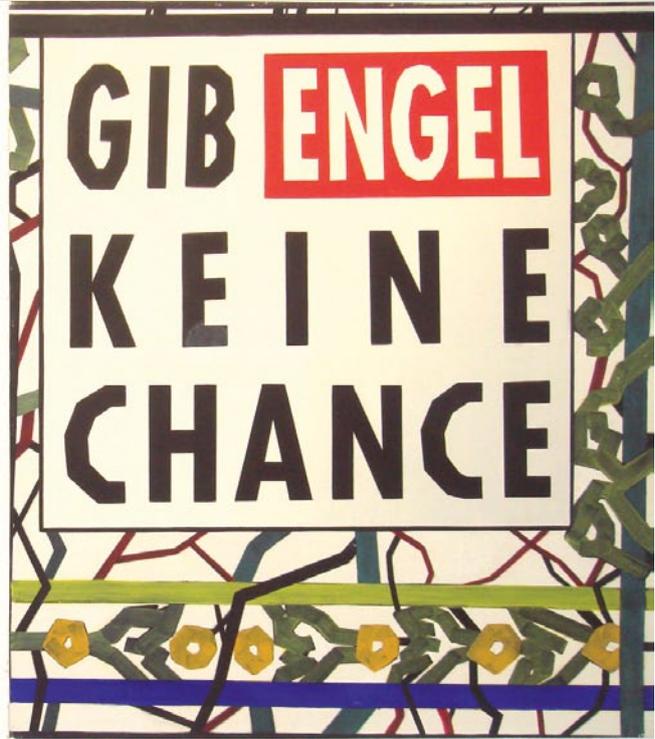
Gesten, Posen, Attribute, Ornamente

Bei manchen Künstlern kennzeichnen Brüche den Werdegang. Bei anderen aber entwickelt sich das künstlerische Schaffen organisch und sukzessive und es sind in den frühen Werken bereits Elemente der späteren Schaffensperioden deutlich zu erkennen. So auch bei Peter Nowotny.





Verkündigung: Gib Engel keine Chance.



Betrachtet man den bisherigen künstlerischen Lebensweg von Peter Nowotny ausgehend von seinem Bild „Verkündigung“ über die späteren Arbeiten „Narzisstische Ornamente“ bis hin zu den Bildern, die er als „Massiv Ornament“ betitelt, so fällt von Anfang an auf, dass alle diese Bilder auf umrisshaften Personendarstellungen basieren, sodass zunächst der Eindruck einer Ähnlichkeit entsteht, der sich allerdings bei genauer Betrachtung auflöst. Zwar ähneln sich, wie schon betont, wichtige figurale Aspekte wie die Gesichtlosigkeit, die klare Farbigkeit, die starke Betonung der Konturen, aber diese Bilder haben sichtlich nur äußerlich miteinander zu tun, ihr innerer Gehalt unterscheidet sie essenziell.

Von der Geste zur Pose

Im Bild „Verkündigung“ (siehe oben), einer künstlerisch transformierten Wiedergabe eines mittelalterlichen Glasfensters der gotischen Kathedrale Regensburg, stehen, betont durch die Gesichtlosigkeit der Figuren, ganz und gar die Gesten der beiden Personen im Vordergrund. Geste: Das ist der Ausdruck der inneren Haltung einer Person. Sie ist nur auf sich selbst bezogen. Sie ruft meist Reaktionen im Gegenüber hervor, zielt jedoch primär nicht darauf ab. In einer Geste, in der sich die innere Haltung auf die äußere Haltung unverstellt auswirkt, tritt die Wahrheit einer Persönlichkeit zutage. Zwar mag ein Schauspieler (dies ist schließlich das Wesen seines Berufes) durch das Sichhineinversetzen in die von ihm dargestellte Person (seine Rolle) wahrhaftig wirkende Gesten hervorzubringen. Aber dies verlangt höchste Kunstfertigkeit und verändert damit nicht die Essenz dessen, was wir als Geste bezeichnen. In diesem Bild

erleben wir zwei eindeutige Gesten: Der Engel verkündet, Maria „ergibt“ sich.

Eine völlig andere Funktion erfüllen die Posen, wie sie in der Bilderreihe „Narzisstische Ornamente – Körper“ wiedergegeben sind. Die Pose ist primär auf die Wirkung bedacht, sie ist die Imitation einer Haltung, ist austauschbar. Sie hat nicht primär mit der inneren Wirklichkeit des Posierenden zu tun, sondern stellt dar, was er/sie gerne sein möchte, wie er/sie gesehen werden möchte. Die Pose hat etwas Unechtes an sich. Dass diesen Körpern kein Gesicht eignet, ist nur konsequent, denn der Mensch, der posiert, will nicht als Individuum, nicht als er selbst, sondern als Repräsentant einer bestimmten Gruppe oder einer bestimmten Rolle gesehen werden. Erstaunlich ist, wie in diesen Bildern die Paradoxie der menschlichen Selbstdarstellung zum Vorschein kommt, wenn diese anonymen Figuren durch ihre Posen zwar Authentizität repräsentieren wollen, aber im Posieren gerade das Gegenteil widerspiegeln, nämlich das Aufgehen in einer letztlich unendlich replizierbaren Rolle.

Vom Attribut zum Ornament

Zur Pose gehört meist das typische Attribut. Peter Nowotny ist es gelungen, durch die Loslösung der Attribute von den Figuren auf dem Hauptbild, in dem er jene farbig hervorhebt, dann im Seitenbild aber die Attribute allein darstellt, dies deutlich zu machen. Und daraus entwickeln sich evolutionär schließlich die rein ornamentalen Darstellungen (Massiv Ornament, siehe auch Titelseite beziehungsweise linke Seite), bei denen es der interpretatorischen Freiheit des Betrachters überlassen bleibt, vom rudimentär Figuralen ganz abzusehen und in seiner betrachten-



Triptychon „Narzisstische Ornamente: Vier Damen“



„Raum Ornament: Vier Damen“



Triptychon „Narzisstische Ornamente: Zwei Hüte“



„Raum Ornament: Zwei Hüte“

den Deutung hin und her zu pendeln, könnte es sich doch beim Inhalt dieser Bilder entweder um Chiffren handeln, die deswegen geheimnisvoll und rätselhaft bleiben, weil es sich um kaligrafische Elemente handelt, die er nicht zu entziffern vermag oder aber um von vorneherein „bedeutungsdunkle“ reine Ornamente.

Peter Nowotnys Bilder sind weit entfernt von der klassischen Maltradition, wie sie in der Renaissance entwickelt und in den darauf folgenden Stilepochen bis zur Perfektion getrieben worden ist. Sie verweisen vielmehr auf mittelalterliche, islamische und byzantinische Darstellungstraditionen, schaffen jedoch den Sprung

in die Moderne mit eleganter Grandezza und legen nahe, dass mit dem Handwerkzeug früherer Kunstepochen so manche Haltung und Einstellung der Moderne glaubhafter dargestellt werden kann, als mit Mitteln der klassischen Malerei.

Peter Nowotny hat eine Ausbildung als Diplomingenieur der Nachrichtentechnik abgeschlossen, sich jedoch schon immer intensiv und aktiv künstlerisch betätigt. Neben der traditionellen Kunstproduktion wie Malerei, Grafik, Skulptur und Objektkunst liegt sein zweiter Schwerpunkt seit langem im Bereich „Kunst und moderne Medien“ und „Kunst und Telekommunikation“. Seit 1960 ist er

Mitglied der Künstlergilde Esslingen, war auf Ausstellungen, unter anderem im Museum Ostdeutsche Galerie in Regensburg, dem Museum der bildenden Künste Leipzig, des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung München, der Villa Merkel Esslingen beteiligt. Werke von Peter Nowotny finden sich in verschiedenen Sammlungen. □

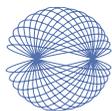
AUTOR

PD Dr. med. A. Zacher, Regensburg

Die Bilder dieser NT-Galerie hat die Galerie Art Affair in Regensburg zur Verfügung gestellt.

Fortbildungsveranstaltungen		
19.10.2012 10.00 – 19.00 Uhr Charite Berlin	Fachtagung der Stiftung Depressionsforschung: Depressionsforschung – Was fehlt?	Stiftung Depressionsforschung, Öffentlichkeitsarbeit Azizeh Nami, Tel.: 030 88917770 (Agentur) Fax: 030 88917772 (Agentur) E-Mail: info@stiftung-depressionsforschung.de
19. – 20.10.2012 in Nürnberg, Le Meridien Grand Hotel, Bahnhofstr. 1 – 3 	86. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte Klinik für Psychiatrie und Klinik für Neurologie des Klinikums Nürnberg in Kooperation mit dem BVDN Bayern <i>Themen:</i> Psychische Gesundheit und Arbeitswelt, Vaskuläre Neurologie, Demenz, tiefe Hirn- und Vagusstimulation, Postpoliosyndrom, chronische Borreliose, Bipolare Störung	cekib, Klinikum Nürnberg Nord Claudia Reichold, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg Tel.: 0911 398-2829, Fax: 0911 398-34 05 E-Mail: psychiatrie@klinikum-nuernberg.de www.cekib.de
24.11.2012 (8.30 – 17.30 Uhr) Universität zu Köln, Hörsaal- gebäude – Gebäude 105, Universitätsstr. 35	Bundeskongress für Privatmedizin „Privatmedizin nach 2013 – Fusion mit der GKV oder Bewahrung der Eigenständigkeit?“	Frielingsdorf Consult GmbH, Andrea Böhle, Kaiser-Wilhelm-Ring 50, 50672 Köln Tel.: 0221 139836-69, Fax: 0221 139836-65 E-Mail: boehle@frielingsdorf.de www.bundeskongress-privatmedizin.de
26. – 27.10.2012 in München Hanns-Seidel-Stiftung Konferenzzentrum Lazarettstr. 33	1. Deutsche PSP (Progressive Supranukleäre Blickparese)-Konferenz	Deutsche PSP-Gesellschaft e.V., A. Monje Philosophenweg 46, 47051 Duisburg Tel./Fax: 0700 44533777 E-Mail: docs@konf2012.psp-gesellschaft.de
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
6. – 8.12.2012 ICC Berlin Haupteingang, Neue Kantstraße/ Ecke Messedamm	20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e. V.	Charité – Universitätsmedizin Berlin Medizinische Klinik für Kardiologie und Angiologie, CC 11, Interdisziplinäres Schlafmedizinisches Zentrum Charitéplatz 1, 10117 Berlin www.dgsm2012.de
23. – 26.1.2013 Congress Center Rosengarten Rosengartenplatz 2 Mannheim	ANIM 2013 Arbeitstagung Neurointensiv- und Notfallmedizin der DGNI (Deutsche Gesellschaft für Neuro-Intensiv- und Notfallmedizin) DSG (Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft) und NSC (Neurocritical Care Society)	Congrex Deutschland GmbH Joachimstaler Str. 12, 10719 Berlin Tel.: 030 8871085550, Fax: 030 88710855579 E-Mail: anim@congrex.de www.anim2013.de.
5. – 7.2.2013 Schwabenlandhalle Stuttgart-Fellbach	10. Stuttgarter Intensivkongress	MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg Tel.: 0911 39316-16 oder -54, Fax: 0911 39316-56 E-Mail: mcn@mcn-nuernberg.de www.mcn-nuernberg.de
15. – 16.2.2013 Rheingoldhalle Mainz, Rheinstr. 66	5. Neurologie-Update-Seminar	wikonect GmbH, Wiesbaden Tel.: 0611 204809-19, Fax: 0611 204809-10 E-Mail: update@wikonect.de

Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP		
<p>10. – 11.11.2012 in Frankfurt/Main</p> <p>Veranstaltung ausgebucht! Aufgrund der großen Nachfrage ist für 2013 eine Wiederholung geplant. Bei Interesse bitte melden.</p> <p>14 CME-Punkte</p>	<p>Psychiatrische Begutachtung im Bereich von gesetzlicher Rentenversicherung und Schwerbehindertenrecht“</p> <p><i>Referenten:</i> PD Dr. C. Stadtland, W. J. Kainz, Dipl.-Psych. B. Kappis</p>	<p>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</p>
<p>17.11.2012 in Leipzig</p> <p>2.3.2013 in Frankfurt/Main</p> <p>8 CME-Punkte</p>	<p>ADHS im Erwachsenenalter</p> <p><i>Referenten:</i> Prof. Dr. J. Thome/ Dr. J. Krause <i>Sponsor:</i> MEDICE Pharma GmbH</p>	<p>siehe oben</p>
<p>19. – 20.1.2013 in Frankfurt/Main</p> <p>14 CME-Punkte</p>	<p>Sexualmedizinische Fortbildung für Psychiater, Nervenärzte und Neurologen Teil 2</p> <p><i>Referenten:</i> Prof. Dr. J. Thome/ Dr. J. Krause <i>Sponsoren:</i> MEDICE Pharma GmbH GlaxoSmithKline GmbH</p>	<p>siehe oben</p>
Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP/Landesverbände 2012/2013		
Zeit	Ort	Landesverband
20.10.2012	Halle	SAA Sachsen-Anhalt, Mitgliederversammlung
19./20.10.2012	Nürnberg, Grand Hotel	BAY Bayern, 86. Bayerischer Nervenärztetag, 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



BVDN

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: 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: N. N.
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel, Peter Emrich
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmann
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Boursachs, Klaus Gorsboth



BVDP

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.raffau@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	ÄK	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: carlgt@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, 20, 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-merk@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

Bahnhostr. 10, 59581 Warstein,
Tel.: 02902 9741-0, Fax: 02902 9741-33
E-Mail: gorsboth.bvdn@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.hug-pa@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: drjkr@yahoocom

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

Tegelger 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
E-Mail: schwalbenhorst@t-online.de

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. Treichel

Halteiner 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-medin.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-medin.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise:

Einzelheft: 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



© Klaus Rose

Vorschau

Ausgabe 11/2012

November

Erscheint am 14. November 2012

Antikonvulsive Therapie

Bei jeder neu diagnostizierten Epilepsie ist neben der antikonvulsiven Therapie im eigentlichen Sinne zu klären, ob und wie darüber hinaus die zugrunde liegende Ursache kausal behandelt werden muss, etwa bei Tumoren oder Autoimmunentzündungen.

Kognitive Störungen bei MS

Bei 40–70% aller MS-Patienten treten im Krankheitsverlauf kognitive Störungen auf. Immunmodulatoren und nicht medikamentöse Interventionen können diese Defizite offenbar positiv beeinflussen.

GKV und Arbeitsunfall

Medizinische Sachverständige, die im Gebiet der Psychiatrie tätig sind, müssen bei Arbeitsunfällen im Bereich der GKV bestimmte rechtliche Grundlagen und Fragen der Kausalität berücksichtigen.