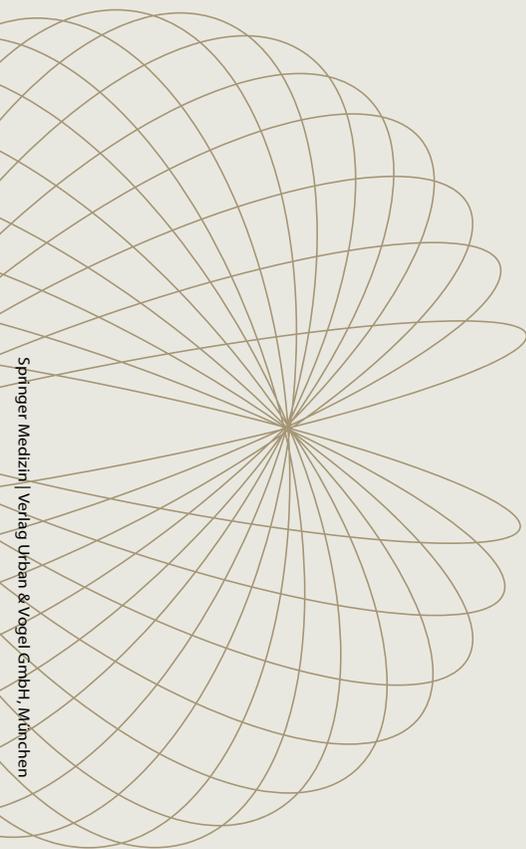


NEUROTRANSMITTER

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



Psychiatrische Institutsambulanzen

Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ?

Gemeinschaftspraxen

Steuerliche Fallstricke bei Veräußerung vermeiden

CME: ADHS im Kindes- bis Erwachsenenalter

Modediagnose oder tatsächlich mehr Patienten?

NEUROTRANSMITTER-Telegramm 1/2013

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände in dieser Ausgabe:
„Anerkannte Praxisbesonderheiten bei Heilmittelversorgung“



»Ich begrüße ein Patientenrechtegesetz, solange es nicht gegen Ärzte gerichtet ist!«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Vorsitzende des BVDP

Patientenrechtegesetz – alles easy und umsonst?

Zum 1. Januar 2013 ist das neue Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Jeder Arzt erkennt mit der Approbation die Anwendung des „Sorgfaltsmaßstabes eines sorgfältig und gewissenhaft arbeitenden Arztes“ an. Was sich hier so sperrig anhört, heißt nichts anderes, als dass wir in unserer täglichen Arbeit als Psychiater, Nervenärzte und Neurologen in Praxis und Klinik stets verpflichtet sind, den Patienten nach dem derzeit gültigen Stand der Wissenschaft so wenig schädigend wie möglich zu behandeln. Diese Verantwortung nehmen wir sehr ernst. Sie bedeutet ein tägliches Ringen um tragfähige individuelle Behandlungslösungen. Insofern kann man eigentlich nichts gegen das neue Gesetz einwenden. Machen wir doch sowieso schon, oder?

Laut den Ministerien für Gesundheit und Justiz ist das Patientenrechtegesetz quasi kostenneutral umzusetzen. Zumindest ist das so im Gesetzentwurf nebst Begründung inklusive Kostenanalyse, wie gerade von der Regierungskoalition im Bundestag verabschiedet, nachzulesen (www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/RegE_Gesetz_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten.pdf?__blob=publicationFile). Demnach entstehen nur den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Kosten von unter 6,5 Millionen €.

Der Wirtschaft – sprich uns, den ambulant und stationär tätigen Nervenärzten, Psychiatern und Neurologen – entstünde kein quantifizierbarer „Erfüllungsaufwand“. Damit sind sämtliche Aufwendungen sowohl finanzieller, zeitlicher als auch bürokratischer Natur zu verstehen, die durch einen gesetzgeberischen Eingriff entstehen. Begründet wird dies damit, dass das Gesetz keine neuen Bestimmungen enthalte, sondern nur bereits existierende untergesetzliche Rechtsnormen zusammenführen und so transparent machen würde. Da sich eigentlich gar nichts ändern würde, gäbe es auch keine Kosten. Dies grenzt doch ein wenig an Zynismus, denn warum heißt es dann in der Gesetzesbegründung zum Beispiel:

- Krankenhäuser und vertragsärztliche Praxen sollen zukünftig verstärkt Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und Fehlervermeidung durchführen.
- Der G-BA wird verpflichtet, die Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement durch wesentliche Maßnahmen zur Patientensicherheit und Fehlervermeidung zu ergänzen und Mindeststandards für das medizinische Risiko-

und Fehlermanagement festzulegen, wozu in Krankenhäusern auch die verpflichtende Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.

Auch wird unterstellt, dass bei konsequenter Anwendung des Gesetzes, insbesondere der Aufklärungspflichten der Ärzteschaft, sich die Anträge aufgrund von Aufklärungsmängeln bei den Gutachterkommissionen der Landesärztekammern (2009: 1.771) auf Null reduzieren ließen, was sogar zu Kosteneinsparungen bei den betroffenen Ärzten führe. Parallel dazu ist es bereits Realität, dass sich die Versicherungswirtschaft teilweise aus Haftpflichtrisiken im ärztlichen Bereich zurückzieht, Versicherungsbedingungen letztlich verschlechtern und Prämien erhöht werden.

Was uns das Patientenrechtegesetz schließlich in der Summe kosten wird, ist tatsächlich nicht quantifizierbar. Jedoch nicht, weil die Umsetzung fast nichts kostet, sondern weil die Kosten offenbar verschleiert werden sollen.

Die Argumentation in der Gesetzesbegründung hinterlässt ein ungutes Gefühl, da einmal mehr der Eindruck erweckt wird, den Ärzten müsse man Übles unterstellen und mehr auf die Finger schauen. Die Kosten für Qualitätssicherung, Risikomanagement, Dokumentation, Schnittstellenmanagement etc. nehmen wir schon seit Jahren auf unsere eigene Kappe. Im Zusammenhang mit der Diskussion, ob es sich bei den gewünschten und geförderten Kooperationen im ärztlichen Bereich um Straftatbestände handeln kann, oder dass Ärzte Therapieentscheidungen allein aus Kostengründen treffen würden, sehe ich eine politisch gewollte Strategie der Aushöhlung der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung.

Aber nochmals: Starke Patientenrechte sind zu befürworten! In meinem ärztlichen Alltag ist mir ein gut informierter und interessierter Patient, der willens ist, sich an therapeutischen Entscheidungsprozessen zu beteiligen, am liebsten. Daher begrüße ich ein Patientenrechtegesetz, solange es nicht gegen Ärzte gerichtet ist.

Mit herzlichen Grüßen
Ihre



8 PIAs nur scheinbar perfekte Lösung

In den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) wird unbestritten bedarfsgerechte und multiprofessionelle Arbeit geleistet, die das Zusammenspiel der verschiedenen Professionen auf kurzen Wegen ermöglicht. Doch kann diese spezielle Ambulanzform nicht die Lösung für das drängende Versorgungsdefizit der psychisch Kranken sein, obschon dies oft so dargestellt wird.

23 Strafbarkeit des Arztes bei Patientensuizid

So mancher Psychiater hat bereits einmal einen Patienten durch Suizid verloren, meist lag dabei die eigene Behandlung des Patienten längere Zeit zurück. Sind seit dem Patientenkontakt veränderte Umstände oder ein gravierenderer Krankheitsverlauf eingetreten, oder lag ärztlicherseits nicht doch eine Fehleinschätzung der Suizidalität des Patienten vor? An einem Beispiel zeigt sich, dass es sinnvoll ist, alles zu dokumentieren, was für die Eigenverantwortlichkeit des Patienten spricht.

Hinweis

Auf Seite 58 lesen Sie Pharmawissen aktuell: „Erstes Antiepileptikum einer neuen Wirkklasse“.

Wir bitten um Beachtung.

Titelbild (Ausschnitt): „Amerika III“
© Silke Mathé

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ?
Psychiatrische Institutsambulanzen unter der Lupe

10 Fachgruppenspezifische Fortbildung
Fortbildungsakademie: Jahresrückblick 2012

13 Gesundheitspolitische Nachrichten
Mehrheit will Sicherstellungsauftrag beibehalten – aber mit Änderungen

GKV: Prämien für Patienten – aber nicht für alle

Fehlverhalten bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen

Psychische Erkrankungen oft Grund für Reha-Aufenthalte

16 Zusammenhalten im Altenhaus Deutschlands
Neues aus dem BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt

Rund um den Beruf

19 Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung
Gemeinsames Symposium von Bundesärztekammer und Aktionsbündnis seelische Gesundheit

23 Strafbarkeit des Arztes wegen Patientensuizids
Serie Praxisprobleme (Teil 4)

26 Praxisveräußerung und -aufgabe von Gemeinschaftspraxen
Steuerliche Fallen vermeiden

29 Wirtschaftlich weiterverwenden?!
Unverbrauchte Arzneimittelpackungen in Heimen

31 Den Gestaltungsspielraum nutzen
Dr. Nikolaus Rauber und seine Kolleginnen und Kollegen im Praxisporträt



48 Modediagnose „ADHS“?

ADHS ist in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus des öffentlichen und ärztlichen Interesses gerückt. Nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen gerät die Erkrankung stärker in das gesellschaftliche Bewusstsein. Anders als teils in der Öffentlichkeit behauptet, kann von einer Modediagnose „ADHS“ aber nicht die Rede sein. Denn vor allem bei Nicht-Behandlung der ADHS nehmen komorbide Störungen im Verlauf einen großen Stellenwert ein.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl
Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930
E-Mail: carlg@t-online.de

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



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

32 PFO-Verschluss gegen Migräne und kryptogenen Schlaganfall?

Offenes Foramen ovale (PFO) im Blick

36 Unruhige Nächte und verschlafene Tage

Psychiatrische Kasuistik

45 Welches Diuretikum bei Lithiumtherapie?

Arzneimittel in der psychiatrischen Praxis

48 CME: ADHS im Kindes- bis Erwachsenenalter Modediagnose oder tatsächlich mehr Patienten?

57 CME-Fragebogen



Journal

66 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

Richard Yates' Roman „Ruhestörung“
Ein totaler Absturz

70 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Bildsprache von Silke Mathé

18 Kleinanzeigen

60 Pharmaforum

72 Termine

74 Verbandsservice

79 Impressum/Vorschau

Psychiatrische Institutsambulanzen

Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ?

Im Deutschen Ärzteblatt erschien im Oktober 2012 ein Artikel mit dem Titel „Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ“. Dem Autor sei für die Darstellung der besonderen Versorgungsform für psychisch Kranke gedankt. Es bleiben aber wichtige Fragen offen, die eine Stellungnahme erfordern.

Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie arbeite ich seit mehr als fünf Jahren zusammen mit einer Nervenärztin in einer großen Gemeinschaftspraxis in einer Stadt in Mitteldeutschland. Erfahrungen mit der Arbeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) durfte ich über mehrere Jahre in einer PIA während meiner Facharztausbildung sammeln. In der Tat handelt es sich bei der Versorgung in dieser speziellen Ambulanzform um eine bedarfsgerechte und multiprofessionelle Arbeit, die das Zusammenspiel der verschiedenen Professionen auf kurzen Wegen ermöglicht. Nach der Lektüre des Beitrags muss ich nun aber mehrere Fragen stellen:

— Sieht so die Zukunft aus: Wir institutionalisieren die Versorgung der psychisch Kranken? Tragen wir damit nicht zur Stigmatisierung psychisch Kranker bei?

— Können wir als niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzte dem Arbeitsauftrag gerecht werden, Patienten mit psychiatrischem Behandlungsbedarf mit den Werkzeugen zu behandeln, die uns die kassenärztliche Versorgung zur Verfügung stellt?

— Werden chronisch Kranke in einer Ambulanz, in der häufiger Personalwechsel stattfindet und die Versorgung oft durch Assistenzärzte realisiert wird, über die Lebensspanne gut versorgt?

Nur scheinbar perfekte Lösung

Wer sich mit der Entwicklung der KV-Vergütung der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie beschäftigt, wird rasch feststellen, dass diese sich in allen Bundesländern am unteren Ende der Einkommensskala aller niedergelas-

senen Fachärzte bewegt. In den vergangenen fünf Jahren ist es hier trotz Willensbekundung der Politik und nachgewiesener Zunahme der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen nicht zu einer nennenswerten Verbesserung der Einkommenssituation der Kollegen gekommen.

Mag es in den Kliniken eine deutliche Trennung der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie geben, so ist in der ambulanten Versorgung der Nervenarzt noch am häufigsten anzutreffen. Nachrückende Kollegen (also Neurologen und Psychiater) können durch die derzeit traurige Honorarsituation nicht zur Niederlassung ermuntert werden. Es stellt sich also neben dem Ärztemangel, der alle Fachrichtungen betrifft, zusätzlich eine Zweiteilung eines ursprünglich einheitlichen Fachbereiches dar, der nicht gut vorbereitet worden ist.

Lässt sich auf einem frei gewordenen Nervenarztsitz ein Neurologe nieder, dann sind die bis dahin durch diese Praxis betreuten psychiatrischen Patienten plötzlich unversorgt. Da klingt es doch erleichternd, dass es an allen psychiatrischen Kliniken des Landes PIAs geben darf. Darüber hinaus werden die auch noch so vergütet, dass die psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Versorgung mit finanziert werden kann. Da auch dieser Finanztopf nicht unbegrenzt ist, gibt es Einschränkungen: Nur besonders schwer und chronisch Erkrankte mit bestimmten Diagnosen finden in einer PIA Versorgung. Nur bei bestimmten Diagnosen darf eine Behandlung in der PIA stattfinden. Was aber ist mit den Patienten, die nach einer schweren Erkran-



Geht es einem schwer kranken Patienten wieder ein gutes Stück besser, kann er im Prinzip nicht mehr in der PIA versorgt werden. Muss er sich einen neuen Therapeuten suchen?

kung wieder leistungsfähig sind und die PIA-Kriterien nicht mehr erfüllen. Müssen diese Patienten jetzt den Arzt, der sie durch eine schwere Zeit begleitet hat und zu dem sie Vertrauen aufgebaut haben, zu dem eine gute therapeutische Beziehung besteht, verlassen und sich einen niedergelassenen Kollegen suchen? Was ist mit dem Patienten, der lange mit einer leichten Depression in Behandlung ist und plötzlich schwer erkrankt, muss der seinen niedergelassenen Arzt verlassen, um die notwendige Betreuung in der PIA zu bekommen?

Therapeutische Beziehung wichtig

Zugegeben, für die Krankenkassenmanager und Leitlinienpfadfinder sind diese Wege gut denkbar. Wie aber sieht es für unsere Patienten konkret aus? Immer noch ist es für Menschen schwieriger, sich einem Arzt wegen psychischer Beschwerden anzuvertrauen, als wegen körperlicher Klagen. Bei diesen Patienten kommt es in besonderer Weise auf eine gute therapeutische Beziehung an. Deren Entwicklung kostet Zeit und muss oft über Jahre und Krankheitsphasen wachsen. Warum also werden für diese Patienten derartige Hürden gebaut?

Dem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist die Arbeit mit psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Kollegen sehr vertraut, damit wächst er in den Kliniken während seiner Ausbildung auf. Diese Teamarbeit kann er in einer PIA leisten, begibt er sich aber in die Niederlassung, ist er ein schlecht bezahlter Einzelkämpfer. Zwar können ergo- und physiotherapeutische Behandlungen verordnet werden, jedoch unterliegt der niedergelassene Kollege der Budgetierung und haftet für seine Verordnungen. Konkret bedeutet dies, dass Gelder vom verordnenden Arzt zurückgefordert werden können, wenn Krankenkassen zum Schluss kommen, dass der Kollege zu viele solcher Verordnungen ausgestellt hat. Ein solcher Regress kann für den niedergelassenen Arzt mitunter ernste wirtschaftliche Sorge darstellen, wenn er hohe Beträge an eine Krankenkasse zurückerzahlen muss.

Ambulanter Sektor benachteiligt

Auch sozialpsychiatrische Versorgung ist im ambulanten Sektor durch die Verord-

nung der Leistung „Ambulante psychiatrische Pflege“ oder Soziotherapieleistungen möglich. In der Versorgungsrealität stellen wir aber immer wieder fest, dass diese Leistungen, die nur auf Beantragung bei der entsprechenden Krankenkasse übernommen werden können (hier ergibt sich selbstverständlich eine Zeitspanne, in der die Versorgung des Patienten nicht gut geklärt ist), von derselben Krankenkasse nicht oder nur in unzureichendem Umfang und häufig nicht erschöpfend bewilligt werden. Damit ist der Patient, der durch den ambulanten Nervenarzt oder Psychiater behandelt wird, deutlich benachteiligt, weil für ihn die sozialpsychiatrischen und begleitenden Therapiemaßnahmen nur unter Mühen erreichbar sind.

Sozialpsychiatrievereinbarung für Erwachsene fehlt

Für meine Praxis kann ich feststellen, dass sich dieselben Patienten im Wartezimmer befinden, wie vor sechs Jahren in der PIA. Nicht nur „leicht Kranke“, sondern gerade und besonders schwer Erkrankte haben den Weg in meine Praxisräume gefunden und wünschen die weitere Behandlung und Begleitung durch mich. Hier würde ich sie sehr gerne mit einem multiprofessionellen Team betreuen. Was in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Sozialpsychiatrievereinbarung möglich ist, bleibt dem Bereich der Erwachsenenpsychiatrie verwehrt.

Honorargerechtigkeit herstellen

Um den tatsächlichen Effekt der Verbesserung in der Versorgung psychisch Kranker zu messen, müssen Zahlen und Fakten sowohl der ambulanten Versorger als auch der PIAs erfasst und ausgewertet werden. Dies darf man nach so vielen Jahren der Parallelversorgung erwarten. Solche Vergleiche konnte ich leider bisher nicht finden. Weiterhin fordern wir niedergelassenen Psychiater eine gerechte und angemessene Vergütung auch im ambulanten Bereich. Die Fallwerte der Kollegen in der Niederlassung ergeben oft nur einen Bruchteil der Fallwerte in einer PIA. Hauptversorger bleibt bei allen flankierenden Hilfen der Arzt und dieser muss in seiner therapeutischen Freiheit dem Kollegen in der PIA gleich-

gestellt werden. Dafür ist die gleiche Vergütung in beiden Versorgungsbereichen (KV-Bereich und PIA) dringend notwendig.

Belastbare Daten fehlen

Unser Interesse ist die angemessene Versorgung der Patienten über die Lebensspanne, denn es handelt sich bei den meisten Erkrankungen, die wir behandeln um chronische oder rezidivierende Erkrankungen. Dafür gibt es je nach Krankheitsphase und Diagnose einen unterschiedlichen Versorgungsbedarf. Dieser sollte individuell unabhängig vom behandelnden Arzt oder einer Behandlungsinstitution zur Verfügung gestellt werden. Wir dürfen doch davon ausgehen, dass die Behandlungskontinuität, die ein niedergelassener Arzt anbieten kann, die Kosten der Behandlung nicht in die Höhe treibt. Ob die Aussage, dass aus einer PIA seltener Krankenhauseinweisungen erfolgen, stimmt, ist nicht bewiesen. Es handelt sich um eine Annahme. Hier wünsche ich mir belastbare Daten.

Leider ist in der öffentlichen Wahrnehmung in den vergangenen Jahren die Einrichtung der PIAs als Lösung für das drängende Versorgungsdefizit der psychisch Kranken dargestellt worden. Dass die ambulanten Versorger in Form der Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie eine sehr hohe Patientenzahl zu Dumpingpreisen behandeln blieb bisher ungehört. Das muss sich nun ändern. Ziel für eine gute Versorgung unserer Patienten muss eine enge Verknüpfung aller ambulanten und stationären Leistungserbringer sein. Dafür ist die wirtschaftliche Gerechtigkeit eine Basisforderung. □

LITERATUR

Spengler A: Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Dtsch Arztebl 2012; 109 (40): A 1981–3

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Schriftführerin im BVDP-Vorstand

Fortbildungsakademie: Jahresrückblick 2012

Auch 2012 konnte die Fortbildungsakademie der Berufsverbände mit großem Erfolg (ablesbar an den hervorragenden Evaluationen) Fortbildungsseminare speziell zugeschnitten auf die Erfordernisse unserer Fachgruppen durchführen. Zwei Typen von Fortbildungsseminaren fanden wie schon in den Jahren zuvor statt:

- das regionale Samstagseminar und
- das Samstag-/Sonntagseminar bundeszentral in Frankfurt am Main.

Bitte entnehmen Sie der nebenstehenden Landkarte, wann und an welchen Orten die Seminare stattfanden.

Dank den Sponsoren

Die ADHS-Seminare im Erwachsenenalter wurden freundlicherweise von der Firma MEDICE GmbH und Co KG sponsoriert.

Die sexualmedizinische Fortbildung für Psychiater, Nervenärzte und Neurologen (Teil 1) konnte dank großzügiger Unterstützung der Firmen SERVIER Deutschland GmbH und GlaxoSmithKline GmbH und Co KG angeboten werden.

Die gutachterlichen Seminare zu „Kausalitätsfragen in der gesetzlichen Unfallversicherung und sozialrechtliche Beurteilung von Fibromyalgie und Schmerzstörungen“ und „Psychiatrische Begutachtung im Bereich von gesetzlicher Unfallversicherung und Schwerbehindertenrecht“ wurden aus Mitteln des Fördervereins finanziert, dessen Industrieförderbeirat 2012 folgende Firmen angehörten:

- Astra Zeneca GmbH
- Janssen Cilag GmbH
- MEDICE GmbH & Co KG,
- Merz Pharmaceuticals GmbH
- Neuraxpharm Arzneimittel GmbH & Co KG
- Pfizer Pharma CNS
- SERVIER Deutschland AG
- UCB Pharma GmbH

Allen sponsorierenden Firmen danke ich als Vorsitzender der Fortbildungsakademie ganz herzlich.

2012 kamen statistisch gesehen 373 Personentage an Fortbildung zustande. Sämtliche Seminare waren durch die jeweilige Ärztekammer mit der höchst-



möglichen CME-Punktzahl bewertet; das heißt, für Samstagseminare wurden 8, für Wochenendseminare 14 CME-Punkte vergeben.

Blick auf 2013

Für 2013 sind erneut zentrale und regionale Veranstaltungen geplant. Die Planung ist noch nicht abgeschlossen. Bitte entnehmen Sie dem Veranstaltungskalender am Ende des NEUROTRANSMITTER, welche Seminare Sie schon buchen können. In Kürze informieren wir Sie ausführlich über das Programm für dieses Jahr auf unserer Homepage und im jeweils aktualisierten Veranstaltungskalender des NEUROTRANSMITTER. Außerdem sind wir dabei, neue Zertifikate für spezifisch erworbene Qualifikationen zu erarbeiten (Begutachtung, Psychopharmakotherapie).

Es würde uns sehr freuen, wenn wir Sie durch diesen Rückblick als neuen Teil-

nehmer eines oder mehrerer Fortbildungsakademie-Seminare für das Jahr 2013 gewinnen konnten, beziehungsweise wenn Sie als Stammbesucher unser Seminarangebot auch 2013 in Anspruch nehmen werden. **za**

Haben Sie noch Fragen?

Wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle der Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP: Nadya Daoud, Traubengasse 15, 97072 Würzburg
 Telefon 0931 2055516
 Fax 0931 2055511
 N.Daoud@akademie-psych-neuro.de

Informieren können Sie sich auch auf der Homepage der Fortbildungsakademie:
www.akademie-psych-neuro.de

SICHERSTELLUNGS-AUFTRAG

Die Mehrheit will ihn beibehalten – aber mit Änderungen

➔ Mit einer Rücklaufquote von 53 % antworteten die Vertragsärzte auf die Umfrage der KBV, wie mit dem Sicherstellungsauftrag zukünftig umgegangen werden soll. 6 % der Kollegen glaubten, dass der Sicherstellungsauftrag in Hände außerhalb der ärztlichen Sicherstellungsverwaltung gelegt werden sollte. 10 % sprachen sich dafür aus, den Sicherstellungsauftrag unverändert beizubehalten. 66 % waren der Meinung, dass der Sicherstellungsauftrag nur dann beibehalten werden kann, wenn bestimmte Bedingungen in Zukunft erfüllt werden. Auf einer fünfstufigen Skala votierten dabei „voll und ganz“ 86 % für feste und kostendeckende Preise bei ärztlichen Leistungen, 85 % für die alleinige Steuerung der ärztliche Fortbildung durch die Ärzteschaft selbst, 81 % gegen eine Preisabsenkung ärztlicher Leistungen als Instrument der Mengensteuerung, 69 % für den Verbleib von diagnostischer und therapeutischer Freiheit in der Verantwortung der Ärzteschaft, 68 % für ambulante Leistungen ausschließlich durch Vertragsärzte, 57 % gegen Medikamenten- oder Heilmittelregresse gegen einzelne Ärzte.

Bei der Wahrnehmung der eigenen beruflichen Situation ergab sich folgendes Bild: 92 % der Vertragsärzte schätzten ihre Arbeit „überwiegend als nützlich oder sinnvoll“ ein, der Aussage „meine Arbeit macht mir Spaß“ stimmten 86 % „überwiegend“ zu. „Überwiegende Zustimmung“ erteilten außerdem 49 % der Aussage „Meine Tätigkeit stimmt mit

den Erwartungen bei der Berufswahl überein“, 47 % der Aussage „Die wirtschaftliche Situation meiner Praxis ist gut“, 40 % der Aussage „Mein persönliches Einkommen entspricht meinen Vorstellungen“ und 31 % der Aussage „Für die Behandlung meiner Patienten steht mir ausreichend Zeit zur Verfügung“.

Bei der Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Berufsgruppen zeigte sich, dass 79 % der psychologischen Psychotherapeuten eine Tätigkeit „wie erwartet“ ausführten, jedoch nur 44 % der Haus- und Fachärzte. 58 % der psychologischen Psychotherapeuten hatten genug Zeit für die Behandlung ihrer Patienten, dagegen nur 27 % der Haus- und Fachärzte. Wesentliche Altersunterschiede bei den Antworten zeigten sich kaum. Allerdings hatten die jüngeren Kollegen nur zu 24 % genügend Zeit für ihre Patienten, während dies bei älteren Kollegen zu 42 % der Fall war. Gravierende Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern oder ärztlichen Fachgruppen ergaben sich nicht.

Kommentar: Die Beteiligungsquote von über 50 % bei einer solchen Umfrage ist fantastisch, dies wird vom durchführenden Infas-Institut besonders hervorgehoben. Hier zeigt sich, wie stark die Probleme aus den gegenwärtig schlechten Arbeitsbedingungen der Vertragsärzteschaft unter den Nägeln brennen. Nur sehr wenige sind mit dieser Situation zufrieden. Demgegenüber meinen jedoch nur 6 % der Befragten auf den Sicher-



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

»Dass die Forderungen der Vertragsärzte nach grundlegenden Systemänderungen derartig vehement ausfallen, war nicht zu erwarten.«

stellungsauftrag verzichten zu können. Dass die Forderungen der Vertragsärzte nach grundlegenden Systemänderungen derartig vehement und einheitlich ausfallen, war nicht zu erwarten. Im Vordergrund steht ganz klar die Honorarsituation. Hier fordern die Kollegen transparente, berechenbare Rahmenbedingungen und kostendeckende Preise für ärztliche Leistungen. Fremdbestimmung bei der Patientenbehandlung und der ärztlichen Fortbildung lehnen wir ab. Keine andere Gruppe von Freiberuflern wird von Kostenträgern und Politik derartig gegängelt wie die Ärzteschaft. Wir können nur hoffen, dass die Ergebnisse dieser repräsentativen Untersuchung zu einer Einstellungsänderung in den Köpfen der Entscheidungsträger führen.

gc

GKV-FINANZIERUNG

Prämien für Patienten – aber nicht für alle

➔ 2012 summierten sich die Überschüsse der GKV auf insgesamt circa 26,7 Milliarden €. 14 Milliarden € halten dabei die Krankenkassen, 12,7 Milliarden € liegen im Gesundheitsfonds in Berlin. 13 Krankenkassen zahlen an ihre Versicherten nach einem Bericht der „Welt“ eine Beitragsrückerstattung. Bei verschiedenen Betriebskrankenkassen beträgt die Jahresprämie für 2013 zwischen 30 und 120 €, bei der Hanseatischen Krankenkasse (HEK) 75 €, bei der Techniker Krankenkasse (TK) sind es 80 €. Allerdings gibt es laut

„Focus“-Bericht auch einige Krankenkassen, die Verluste machen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) habe festgestellt, dass es sich um ein strukturelles Defizit bei einigen wenigen handelt. Darunter befinden sich verschiedene größere Ersatzkassen, zum Beispiel die Barmer GEK (80 Millionen € Defizit), die KKH (80 Millionen €) und die DAK (250 Millionen € Defizit).

Kommentar: Die Gründe für die auseinanderklaffende wirtschaftliche Entwicklung

verschiedener Krankenkassen – trotz gesetzlich vorgeschriebenem einheitlichen Beitragssatz aller gesetzlichen Krankenkassen – scheinen immer noch die gleichen zu sein. Ursächlich hierfür sind wohl nicht ausschließlich die ausufernden Verwaltungskosten oder die besondere Freigebigkeit bei Satzungsleistungen einzelner Kassen. Hauptgrund dürfte das teils historisch verursachte Missverhältnis zwischen der Versicherten- und Morbiditätsstruktur und den vom Risikostrukturausgleich gesteuerten Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds sein. Möglicherweise muss hier noch etwas an der „Feinjustierung“ gearbeitet werden.

gc

BERICHT DES GKV-SV

Fehlverhalten bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen

➔ In den Jahren 2010 und 2011 haben die gesetzlichen Krankenkassen rund 53.000 Fälle von Fehlverhalten im GKV-Gesundheitswesen verfolgt. Dies berichtet der GKV-Spitzenverband (GKV-SV). Hierzu gehören die Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen, die unzulässige Zusammenarbeit von Herstellern, Krankenhäusern und Vertragsärzten sowie die Rezept- oder Verordnungsfälschung. Diesen „Unregelmäßigkeiten“ oder „rechts- oder zweckwidrigen Nutzungen von Finanzmitteln“ gehen die Prüfungs- und Ermittlungsstellen der GKV nach. Dabei habe es sich um 17.420 Bestandsfälle und 35.507 Neufälle gehandelt. Es wurden in den Jahren 2010 und 2011 insgesamt circa 41 Millionen € für die gesetzlichen Krankenkassen eingetrieben. Nach Angaben der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (FAZ) hat 2011 die KV Baden-Württemberg 37 Fälle registriert, die KV Hessen schaltete 2010 und 2011 insgesamt in 337 Fällen die Staatsanwaltschaft ein, die KV Bayerns in 40 Fällen von insgesamt 270 festgestellten Fällen.

Die Regierungskoalition möchte Bestechung und Betrug im Gesundheitswesen mit gesetzlichen Mitteln eindämmen. Änderungen im Sozialgesetzbuch, dem Heilmittelwerbe- und Arzneimittelgesetz und auch im ärztlichen Berufsrecht sind geplant. Nach Angaben des gesundheitspolitischen Sprechers der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Jens Spahn, sind jedoch keine diesbezüglichen Änderungen im Strafrecht geplant. Bestehende Verbote im Heilmittelwerbe-gesetz könne man strafbewehren und Anwendungsbeobachtungen transparent machen. Ärzte werden jedoch keinesfalls zu Amtsträgern der Krankenkassen gemacht. Ärztekammern und KVen sollen möglicherweise gesetzlich verpflichtet werden, regelmäßig Berichte über Fälle mit Fehlverhalten von Ärzten zu erstellen. Beide Standesorganisationen sollen möglicherweise eigene Ermittlungs- und Bestrafungsbefugnisse erhalten. Mit einer datenschutzrechtlichen Klarstellung kann es den KVen erlaubt werden, entsprechende Ergebnisse an die Ärztekammern und zuständigen Behörden zu über-

mitteln. Dies war bisher nur in umgekehrter Richtung möglich.

Kommentar: Von den Kassen wird gerne billigend in Kauf genommen, dass die Presse bei diesen Vorwürfen überwiegend die Ärzte fokussiert. Gemeint ist aber die Gesamtzahl aller Verdachtsfälle bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen, wie den Herstellern, Krankenhäusern, Patienten, medizinischen Assistenzberufen und natürlich auch Ärzten. Dabei ist es meist so, dass ein einziger Beschuldigter für mehrere beziehungsweise viele Ermittlungsfälle verantwortlich ist. Aus diesem Grund ist von einer um Größenordnungen geringeren Anzahl von Beschuldigten auszugehen. Nach Angaben der Bundesärztekammer ist die Anzahl der schlussendlich gerichtlich nachgewiesenen und verurteilten Fälle nochmals um Größenordnungen geringer. Derartige durchsichtige publizistische Manöver der Krankenkassen dienen oftmals als strategische Maßnahmen gegen berechnete Struktur- und Honorarforderungen der Vertragsärzteschaft. **gc**

GRÜNDE FÜR REHA-AUFENTHALTE

Psychische Erkrankungen sind stark vertreten

➔ Das Statistische Bundesamt (Destatis) liefert die neueste Statistik zu den Anlässen für Reha-Aufenthalte. Die häufigste Diagnose war eine Arthrose des Hüft- und Kniegelenks, die zu einem vollstationären Aufenthalt in einer Vorsorge- oder Rehabilitationsklinik führte. Diese Patienten waren durchschnittlich 68 Jahre alt, es handelte sich um circa 216.000 Patienten (13% von allen 1,6 Millionen Reha-Patienten). Bei den 15- bis 44-Jährigen waren mit 38% die psychischen Erkrankungen die häufigste Diagnose in Reha-Einrichtungen.

Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden. Zum anderen stellen Patienten dieser Altersklasse eine volkswirtschaftlich wichtige Gruppe dar.

Sie haben ihr Berufsleben noch vor sich und sind daher als Beitrags- und Steuerzahler sicherlich nicht unbedeutend. **gc**

Kommentar: Dass unter den jüngeren Reha-Patienten besonders viele psychisch Erkrankte sind, ist eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen. Sinnvolle Prävention und wirksame fachärztliche kurative Medizin können helfen, den Patienten das Schicksal einer lebenslangen psychischen Erkrankung zu ersparen oder zu erleichtern und damit

Unter den 15- bis 44-jährigen Rehabilitationspatienten sind über ein Drittel wegen einer psychischen Erkrankung in der Maßnahme.



© Yuri Arcurs / Fotolia.com

BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt

Zusammenhalten im Altenhaus Deutschlands

Sachsen-Anhalt hat besonders mit dem aus dem Strukturwandel seit der Wende resultierenden demografischen Wandel und der erhöhten Lebenserwartung der Bevölkerung zu kämpfen. Dem hohen neurologisch-psychiatrischen Bedarf einer überdurchschnittlich alternden Bevölkerung müssen sich 125 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Nervenärzte, Neurologen und Psychiater stellen. Dabei gilt: Einheit macht stark.

Besonders auf dem Land steht es in Sachsen-Anhalt um die Versorgung neurologischer und psychiatrischer Patienten nicht sehr gut. Können in den Ballungsräumen frei werdende Nervenarztsitze noch neu besetzt werden, sieht das auf dem Land oft schlecht aus, weiß der 1. Vorsitzende des BVDN Sachsen-Anhalt, Dr. Michael Schwalbe aus Lutherstadt-Wittenberg. Doch selbst wo Nervenärzte einen Nachfolger finden, wird durch die Neubesetzung mit einem Neurologen oder Psychiater die Versorgung im jeweils anderen Fachgebiet schwieriger. „Den Hausärzten oder Patienten ist relativ egal, wer da sitzt“, stellt Schwalbe fest, „letztlich wird jeder Kollege mit Fra-

gen aus dem gesamten Fachgebiet konfrontiert und muss versorgen – sei es in einer Lotsenfunktion die Patienten weiterleiten oder im Rahmen der Möglichkeiten weiterverordnen.“ Das gibt natürlich Probleme mit Budgets, Off-label-use etc. Immerhin hat der BVDN Sachsen-Anhalt erreicht, dass bei Neubesetzungen eines Nervenarztsitzes durch einen Neurologen oder Psychiater die Summen der Facharzttopfe entsprechend ausgeglichen werden.

Neue Bedarfsplanung braucht neue Mittel

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie wird da wenig ändern. Den Zuwachs an Arzt-

sitzen, der vor allem Hausärzte und Psychotherapeuten betrifft, sieht Schwalbe unter den derzeitigen Bedingungen kritisch: „Wenn die Zulassungsmenge nur erhöht wird, dem aber kein Geld folgt, hat das zusammen mit den bisherigen Fachgruppentöpfen und den Vergütungen ja nur zur Folge, dass die Vergütung für den Einzelnen minimiert wird.“ Dabei ist die Vergütungssituation, die sich nach den 2000er-Jahren deutlich gebessert hatte, mit der Regionalisierung der Budgethoheit schon wieder schwieriger geworden. „Generell haben wir eine höhere Summe zur Verfügung gestellt bekommen, als dann von den Ziffern her abgerufen werden konnte – wie das bun-



Malerische Fachwerkhäuser in Stolberg, Sachsen-Anhalt: Auch die hier lebende Bevölkerung ist überdurchschnittlich alt.

desweit der Fall ist“, erläutert Schwalbe. Inwieweit manche Kollegen ihr Budget nicht voll ausgeschöpft, etwa Betreuungsziffern nicht eingesetzt haben, wie das ein Vertreter der Abrechnungsstelle KV im Gespräch angedeutet hat, kann Schwalbe nicht sagen, weil ihm dazu keine konkreten Zahlen vorgelegt wurden. Er weiß nur: „Wenn ich mit Kollegen spreche, liegen die alle über ihrem Budget.“

Nicht auseinander dividieren lassen!

Wie in anderen Bundesländern haben auch in Sachsen-Anhalt die unterschiedlichen Regelleistungsvolumina (RLV) von Nervenärzten und Neurologen zu Diskussionen geführt. Der Vorsitzende des BVDN Sachsen-Anhalt erklärt dazu: „Es kommt da die Argumentation, dass die Behandlung von Patienten mit glei-

„Wenn die Zulassungsmenge nur erhöht wird, dem aber kein Geld folgt, hat das zusammen mit den bisherigen Fachgruppentöpfen und den Vergütungen nur zur Folge, dass die Vergütung für den Einzelnen minimiert wird.“

chen Krankheitsbildern unterschiedlich vergütet wird. In die Gesamtvergütung fließen aber auch QZV und andere Faktoren mit ein, deshalb ist das Problem nicht ganz so extrem wie es sich vom reinen RLV oft darstellt. Dazu müsste man beispielsweise noch Institutsambulanzen und ermächtigte Ärzte herausrechnen, die anders arbeiten als die reinen Niedergelassenen, dann könnte man die Summen auch vergleichen. So bleibt das immer ein Vergleich von Äpfeln und Birnen.“

Gemäß den Zahlen der KV zum zweiten Quartal 2012 ist die Umsatzaufteilung der Fachgruppen (historisch gewachsen) unterschiedlich – bei den Neurologen hat das RLV einen Anteil an der Gesamtvergütung von 53 %, bei den Nervenärzten von 69 %, während das QZV mit 45 % beziehungsweise 26 % mit einfließt (neben Restvergütungen); dabei differiert die durchschnittliche Gesamt-

vergütung laut KV um 600 € zugunsten der Nervenärzte.

Gleich lange Spieße werden gefordert

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben auch in Sachsen-Anhalt eine Reihe von Nervenarztsitzen aufgekauft. „Da kann ich den Kollegen keinen Vorwurf machen, die Praxen haben ja extrem an Wert verloren und die meist älteren Kollegen wollten wohl schließlich ihren Lebensabend absichern“, räumt Schwalbe ein. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, dass MVZ teils auch unabhängig von der früheren Bedarfsplanung Stellen bekommen haben. „Es sind hier wie bei der Vergütung gleich lange Spieße für alle zu fordern, gleiche Kriterien für Praxen, Klinikambulanzen und MVZ“, betont er. „Derzeit sind wir gegenüber Kliniken und MVZ deutlich schlechter gestellt, etwa hinsichtlich Investitionen.“

Einigkeit macht stärker

Ein Schwerpunkt der nächsten Frühjahrstagung am 20. April 2013 in Magdeburg wird laut Schwalbe darin bestehen, den Kollegen, auch wenn sie über ungleiche Vergütungsstrukturen innerhalb der Fachgruppen diskutieren mögen, eindrücklich klar zu machen, dass die Einheit der nervenärztlichen Fachgebiete zur Vertretung der Interessen zwingend notwendig ist. Dazu sollen Vertreter der einzelnen Fachgruppen als Landessprecher gewählt werden. Er hofft, für diese Vorstandsarbeit Mitglieder gewinnen zu können.

„Es ist wichtig, sich nicht aufsplintern zu lassen, will man insgesamt die Vergütung weiter verbessern und den Zugriff von anderen Fachgruppen auf unsere Töpfe verhindern“, formuliert Schwalbe sein Anliegen. „Allein sind Nervenärzte, Neurologen und Psychiater jeweils nur um die 30, 40 Leute! Da wird es schwierig, sich neben den größeren und seit langem gut organisierten Facharztgruppen wie den Orthopäden oder HNO-Ärzten zu positionieren.“ Deshalb ist für den Vorsitzenden des BVDN Sachsen-Anhalt klar: „Der Erhalt der Fachgruppe ist alles!“ □

AUTORIN

Friederike Klein, München



Arztrecht

Praxishandbuch für Mediziner

H. Ries, K. Schnieder, B. Papendorf, R. Großböting

Ein Arzt ist immer weniger allein Mediziner, sondern auch selbständiger Unternehmer, der die sich wandelnden Bedürfnisse der Patienten ebenso zu beachten hat, wie die sich permanent verändernde Rechtslage. Dieses Buch soll dem Arzt ein übersichtlicher und verständlicher Ratgeber sein – ein Wegweiser durch die rechtlichen Labyrinth. Einen Schwerpunkt des Buchs bildet dabei der Bereich des Vertragsarztrechts mit seinen vielfältigen Problemen.

- ▶ Hohe Aktualität aufgrund der Einarbeitung des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG 2012)
- ▶ Neu: Kapitel zum Familien- und Erbrecht
- ▶ Zahlreiche Beispiele aus praxisnaher Sicht
- ▶ Checklisten, praxisrelevante Hinweise und Empfehlungen

3. Aufl. 2012. XIII, 359 S. 10 Abb.

ISBN 978-3-642-25884-8

▶ € (D) 49,95 | € (A) 51,35 | *sFr 62,50

springer.de

Bei Fragen oder Bestellung wenden Sie sich bitte an

▶ Springer Customer Service Center GmbH, Haberstr. 7, 69126 Heidelberg

▶ **Telefon:** +49 (0) 6221-345-4301

▶ **Fax:** +49 (0) 6221-345-4229

▶ **Email:** orders-hd-individuals@springer.com

▶ € (D) sind gebundene Ladenpreise in

Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A)

sind gebundene Ladenpreise in Österreich

und enthalten 10% MwSt.

▶ Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.



Null-Euro-Kleinanzeige im NEUROTRANSMITTER

Exklusiv haben alle Verbandsmitglieder von BVDN, BDN und BVDP die Möglichkeit, Kleinanzeigen im NEUROTRANSMITTER zu veröffentlichen – bis auf Weiteres kostenfrei. Das Magazin wird 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 nächster NEUROTRANSMITTER ist der 20.2.2013!

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

Kollegin/Kollege für Teilzeitarbeit gesucht in nervenärztlicher Praxis mit neurologischem Schwerpunkt Nähe Hannover. Eventuell später schrittweise Übernahme.

Kontakt: Reinhard.Kuhn@gmx.net

Gut eingeführte Psychiatrie-Praxis (Zulassungstatus: Nervenarzt) altershalber abzugeben. Bruchsal/Mittelzentrum. Schnell erreichbar: Heidelberg, Mannheim, Karlsruhe, Stuttgart.

Kontakt: r.uebe@web.de

Neurologe u./o. Psychiater (w/m) in Teilzeit gesucht für nervenärztliche Gemeinschaftspraxis im Raum Hannover. Überdurchschnittliche diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, übertarifliche Bezahlung, geregelte Arbeitszeit, kollegiales Klima.

Kontakt: kontakt@neurologe-ostertor.de

Nervenarztpraxis (Schwerpunkt Neurologie) aus Altersgründen abzugeben. Große, langjährig etablierte Praxis mit guter Ausstattung. Bau- und Bezugsjahr 1990. Gelegen in Osterholz-Scharmbeck bei Bremen.

Kontakt: schirok@t-online.de

Suchen Nachfolger für unsere nervenärztliche Gemeinschaftspraxis (2 Kassenarztsitze) in Wipperfurth (Nähe Köln). Breites neurologisches und psychiatrisches Leistungsspektrum.

Kontakt: sylviaapagel@gmx.de

Große, apparativ umfassend (auch CT) ausgestattete neurologisch-psychiatrische Praxis mit 2 Arztsitzen in NÖ sucht eine/n Fachärztin/arzt, gerne auch kurz vor der Prüfung. Weiterbildungsgenehmigung für je 1 Jahr liegt vor.

Kontakt: ulrich.nadjafi@web.de

Exklusiv ausgestattete Praxisräume in privatärztlicher Praxismgemeinschaft in Bad Wiessee am Tegernsee zu vermieten. Infrastruktur vorhanden. Idealerweise suchen wir einen Neurologen oder Psychiater, Internisten, Kinderarzt oder Allgemeinmediziner zur Vervollständigung unseres privatärztlichen interdisziplinären Teams.

Kontakt: karin.lesch@gmail.com

Neurologe u./o. Psychiater gesucht für große Nervenarztpraxis in Teilzeit, Raum Zittau/Landkreis Görlitz. Gutes Arbeitsklima und Fachpersonal. Spätere Übergabe angedacht.

Kontakt: hplaute@t-online.de

Nervenärztin/arzt oder Neurologe/in für Teilzeitarbeit gesucht von nervenärztlicher Praxis mit neurologischem Schwerpunkt Nähe Hannover. Spätere schrittweise Übernahme möglich.

Kontakt: aplv@gmx.net

Ärztin/Arzt für Neurologie oder Neurologie/Psychiatrie – gerne auch im Ruhestand – als Vertreter/in für neurologisch-psychiatrische Gemeinschaftspraxis in Berlin-Charlottenburg gesucht. Wünschen uns Urlaubsvertretung, eventuell auch stundenweise fest oder nach Absprache.

Kontakt: Christian.Kabus@freenet.de

Neurologisch-psychiatrische Praxis, Raum 69, sucht WB-Assistent/in / Partner/in für 12 Monate, mit eventuell langfristiger Nachfolgeoption. WB-Berechtigung für Psychiatrie liegt vor.

Kontakt: www.antje-huber.de

Gutgehende Nervenarztpraxis im Raum Osnabrück abzugeben.

Kontakt: drmcda@live.de

Arbeiten zwischen Alpen und Chiemsee: Weiterbildungsstelle Neurologie u./o. Psychiatrie (20 Std.) in Rosenheim – Oberbayern.

Kontakt: andreas.boehm@kns-rosenheim.de

KAUFEN & VERKAUFEN etc.

Suche gebrauchtes digitales Doppler-System, inkl. 2 Sonden (4/8 MHz) (z. B. SONARA Tek oder Vergleichbares), um neue Anforderungen der KV zu erfüllen. Dr. Heinz, Basin, Karlsfeld

Kontakt: drbasin@web.de

Suche dringend für die zweite Jahreshälfte 2013 oder später ein digitales (papierloses) EEG-Gerät.

Kontakt: michael.boehm-mail@web.de

Dopplersonograf für extra- und intrakranielle Untersuchung zu verkaufen: kaum benutztes Gerät für präzise Untersuchungen der Kopfgefäße einschließlich Sonden (2 und 8 MHz), Monitor, PC, Gerätewagen. Delica-Serie 9 von smt medical GmbH, BJ 2009. Kompaktes und portables Gerät (850 gr), via USB-Schnittstelle an PC/Notebook anschließbar. VB 6.000 €.

Kontakt: praxis@neuro-baldham.de

Verkaufe günstig (Selbstabholung) ein Farbdopplergerät Vingmed Sonotron CFM 600 RE und einen Sauerstoffkonzentrator mit Ionisation von Ardenne SMT 5000 ION.

Kontakt: info@frontzek.de

Suche Doppler/Farbduplex-Gerät für extra- und intrakranielle Arterien, neu oder gebraucht, in Berlin.

Kontakt: zahmt@nervenarztpraxis-rudow.de

Wir suchen einen gebrauchten EEG-Sessel mit abklappbarem Kopfteil.

Kontakt: praxis.buege.alte@bremen.de

TOPAS 2, Fa. Schwarzer, Neurophysiologie Messplatz mit AEP, VEP, SEP, NLG, EMG gesucht.

Kontakt: rl.er@t-online.de

Suche für meine neurologische Praxis Ultraschallgerät Multidop P. Alles anbieten!

Kontakt: 0151 59117702 – Dr. Potzi

Suche ein KV-zugelassenes portables Ultraschallgerät für die Praxis zum Preis von ca. 4.000 €.

Kontakt: drschum-m@t-online.de

3 kleine, digitale, funktionstüchtige Diktiergeräte von Olympus wegen Wechsel der Marke für 15 € pro Gerät plus Porto, inkl. Schutzhülle und USB-Kabel, zu verkaufen.

Kontakt: smentek@gmx.net



Mit vereinten Kräften

Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung

Am 18. September 2012 fand in Berlin das gemeinsame Symposium „Mitten im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung“ von Bundesärztekammer und Aktionsbündnis seelische Gesundheit statt. Auch der BVDN nahm daran als langjähriges Mitglied im Aktionsbündnis seelische Gesundheit teil.

Das Symposium „Mitte im Arbeitsleben – trotz psychischer Erkrankung“ umfasste in einem ersten Teil zunächst psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt, ihre Ursachen, Prävalenz und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie die Einflüsse von psychischen Erkrankungen auf die berufliche Wiedereingliederung. Moderiert von Dr. Udo Wolter, Vorsitzender des Ausschusses und der ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin“

der Bundesärztekammer, und Professor Wolfgang Gaebel, Vorsitzender des Aktionsbündnisses seelische Gesundheit, kamen dabei im Rahmen eines eingespielten Films auch betroffene Patienten zu Wort, was für die meisten Zuhörer zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit den ganz konkreten Einzelfällen geführt haben dürfte. Ein zweiter Block befasste sich mit den Herausforderungen an die betriebliche Wiedereingliederung bei psy-

chischen Erkrankungen. Hier referierten neben Dr. Cornelia Goesmann, Beauftragte für Fragen der ärztlichen Psychotherapie der Bundesärztekammer und niedergelassene Hausärztin, und Professor Andreas Weber vom Berufsförderungswerk Dortmund auch unsere Kollegin Dr. Annette Haver, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie aus der Sicht der Neurologin/Psychiaterin. Ihr interessanter und pragma-

Psychische Erkrankungen führen derzeit statistisch zu den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen aller Diagnosekategorien und sind auch ein häufiger Berentungsgrund. Damit psychisch Kranke in Arbeit kommen und bleiben, muss sich in Betrieben wie Versorgungsstrukturen manches bewegen.



© Karin Schmirch / Fotolia.com

tischer Beitrag fand große Zustimmung. Der dritte Block beschäftigte sich mit interdisziplinärer ärztlicher Kooperation zur Unterstützung psychisch erkrankter Menschen im Arbeitsleben. Hier wurden insgesamt sehr praktische Probleme vor allem aus der Sicht der Betriebsärzte aber auch zum Bereich der Kooperation zwischen Betriebsarzt und (Klinik-)Psychiater berichtet.

Zu beachten: Fallstricke in Studien

Im Rahmen des Symposiums wurden viele Untersuchungen und Erhebungen zitiert, die Fragen aufwerfen. So fehlte teils eine einheitliche Definition oder Übersetzung von international gebräuchlichen Begriffen (z.B. „case manager“ = Fallbetreuer?), teils war unklar, wie manche der Zahlen zustande kommen und ob die Ergebnisse aus den angelsächsischen Ländern auf die Versorgungssituation in Deutschland übertragbar sind. Auch ist die Aussagekraft mancher Ergebnisse fraglich. So zählt teilweise beispielsweise als „Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit“ (return to work) bereits ein Arbeitstag nach entsprechend längerer Krankheit und nach Wiedereingliederungsbemühungen, selbst wenn es danach zu einer erneuten Krankheitsphase kommt. Viel Diskussionsstoff also für rund 150 Teilnehmer, neben Psychiatern und Nervenärzten auch für Arbeitsmediziner, Mitarbeiter von Beratungsstellen und Reha-Einrichtungen sowie Patientenvertreter.

Hausärzte suchen Kooperation

In den verschiedenen Diskussionsbeiträgen wurde das große Interesse der Arbeitsmediziner sowie der nicht psychiatrisch vorgebildeten Ärzte anderer Bereiche deutlich, Kooperationen mit psychiatrisch/psychotherapeutischen Einrichtungen aufzubauen und ihr Wissen über psychiatrische Erkrankungen und Zusammenhänge zwischen seelischen Krankheiten und Beeinträchtigung im Arbeitsleben zu vermehren. Allerdings waren die fachlichen Vorkenntnisse recht unterschiedlich. In den Diskussionen wurde immer wieder deutlich, dass manchen der Teilnehmer die Differenzierung der Begriffe „Psychiatrie“ und „Psychotherapie“ schwer fiel, und einige Diskussionsbemerkungen ließen darauf

schließen, dass der Unterschied zwischen einem Psychiater und einem Psychologen nicht allen Anwesenden bekannt war. Es wurde jedoch ein großes Interesse an Information und auch an Zusammenarbeit deutlich. Zumindest bei den Besuchern des Symposiums war der ernsthafte Wunsch nach gemeinsamer Verbesserung der besonders schwierigen Situation psychisch kranker Arbeitnehmer spürbar.

Alternative Versorgungsstrukturen

Die Versorgungslandschaft hat auf die Erfordernisse einer beruflichen Integration psychisch Kranker in unterschiedlicher Art und Weise reagiert. So wurden von größeren Unternehmen Kooperationsverträge geschlossen, bei denen die Unternehmen die Möglichkeit „einkaufen“, kurzfristige Termine für Kriseninterventionen in den kooperierenden Einrichtungen oder auch Praxen zu bekommen. Dabei werden diese kurzfristigen Termine und einige Gespräche in unterschiedlichen Modellen außerhalb der GKV-Leistungen direkt zwischen den Kooperationspartnern abgerechnet. Zudem dehnen offenbar auch Kliniken ihre Tätigkeitsfelder im ambulanten Bereich aus, indem sie mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an Verträgen zur integrierten Versorgung teilnehmen und hierbei spezielle Verträge mit den Krankenkassen aushandeln, bei denen es auch um die Versorgung psychisch Kranker im Arbeitsbereich geht.

Chancen für Nervenärzte

Diskutiert wurde auch, wie man die niedergelassenen Nervenärzte/Psychiater besser einbinden könnte. Möglicherweise könnten Veranstaltungen der Akademie in diesem Bereich ein Schritt in diese Richtung sein. Niedergelassene Nervenärzte/Psychiater sollten zudem überlegen, ob sie im Rahmen ihrer Netzbildungen ebenfalls Modelle ähnlich der oben genannten etablieren könnten. Das setzt voraus, dass diese Praxen (beziehungsweise Netze) aktiv auf mögliche Kooperationspartner zu gehen und ihre Kooperationsbereitschaft signalisieren. Allerdings scheint nach einigen Referaten und den Diskussionsbeiträgen problematisch, dass von Seiten der Unternehmen und der Betriebsärzte offenbar

vor allem psychotherapeutische Einrichtungen beziehungsweise Behandler als Ansprechpartner gewünscht werden. Möglicherweise ist hier wieder die Differenzierung von Psychiatrie und Psychotherapie nicht hinreichend bekannt.

Ein weiteres Problem ist die Zuständigkeit der verschiedenen Träger und Einrichtungen und das mangelnde Wissen, an wen sich ein Patient mit welchem Anspruch wenden kann beziehungsweise an wen er mit welchem Anspruch an einen Arbeitsmediziner, Betriebsarzt oder die Sozialmedizinische Abteilung eines Unternehmens verwiesen werden kann. Auch an die Adresse der Ärzte (vor allem die Niedergelassenen) wurden Vorwürfe laut, nicht genügend Bescheid zu wissen und die Strukturen nicht genug zu durchschauen.

Prävention hat Priorität

Insgesamt bestand Einigkeit darüber, dass alle Wiedereingliederungsmaßnahmen so früh wie möglich beginnen sollten und primäre Prävention wichtig ist.

Der BVDN hat sich seit einigen Jahren intensiver mit dem Thema „Prävention“ im weiteren Sinne auseinandergesetzt und in einer Arbeitsgruppe mit dem Thema beschäftigt. Dabei war es der Gruppe wichtig, dass einerseits der gesamte Bereich der Prävention im Arbeitsleben erfasst werden soll, also die mehr oder auch weniger gefährdeten Beschäftigten, dass aber auch eine „Gesundheitsprävention“ für Nervenärztinnen und Nervenärzte selbst deutlicher als Herausforderung erkannt und angegangen werden muss. Die Arbeitsgruppe hat darüber zuletzt anlässlich des Neurologen- und Psychiater-Tages in Berlin im Frühjahr 2012 berichtet. Entsprechende Veranstaltungen haben im Rahmen der Akademie mit sehr positiver Resonanz auch danach stattgefunden und werden sicher auch in Zukunft angeboten werden. □

AUTOR

Dr. med. Roland Urban
Turmstr. 76 a, 10551 Berlin 31
E-Mail: dr.urban-berlin@t-online.de

Mal wieder ein Praxisproblem? Sie fragen – wir antworten!

Wenn in ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes – oder gar ungelöstes – Problem besteht, von dem Sie glauben, dass es in vielen anderen Praxen ebenso vorkommen könnte, wenden Sie sich an uns. Wir versuchen, uns kundig zu machen, und werden einen Lösungsvorschlag publizieren. Selbstverständlich sichern wir jedem Ratsuchenden auf Wunsch auch Anonymität zu.

Schreiben Sie per E-Mail unter dem Betreff „Praxisprobleme“ an:
bvdn.bund@t-online.de

© Scanral_Rosenstiel / Fotolia.com



Strafbarkeit des Arztes wegen Patientensuizids

Dokumentieren, was für die Eigenverantwortlichkeit des Patienten spricht

Das Problem

Mancher Kollege macht sich im Einzelfall bei der Behandlung schwer depressiver Patienten und möglicherweise drohendem Suizidversuch oder Suizid Gedanken um seine strafrechtliche Verantwortlichkeit. Dies kommt beispielsweise vor bei längerfristiger latenter Suizidalität eines Patienten, wenn bei noch tragbarer präsuizidaler Symptomatik die häusliche Betreuungskontinuität durch Angehörige über das Wochenende möglicherweise nicht ausreichend gewährleistet ist, andererseits die Zwangseinweisung in eine psychiatrische Klinik eine zu eingreifende Maßnahme darstellt oder wenn die Absprachefähigkeit des suizidalen Patienten wenig tragfähig ist.

So mancher Psychiater oder Arzt einer anderen Fachrichtung hat bereits einmal einen Patienten durch Suizid verloren. Meist standen diese Patienten schon längere Zeit nicht mehr in der eigenen Behandlung und man erhält über die Todesanzeige oder einen Anruf der Polizei Kenntnis vom Suizid. Dennoch versuchen Kollegen gerade unserer Fachgruppe in

solchen Fällen zu analysieren, ob möglicherweise seit dem länger zurückliegenden Patientenkontakt veränderte Lebensumstände oder ein gravierenderer Krankheitsverlauf eingetreten sind, oder ob nicht doch ärztlicherseits eine Fehleinschätzung der wirklichen Suizidalität des Patienten vorlag.

Juristisch gesehen ergeben sich aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag besondere Sorgfaltspflichten eines Arztes. Die Sorgfaltspflicht im Rahmen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit besteht auch, wenn es um Fahrlässigkeitsdelikte geht (z. B. fahrlässige Tötung). Der Fahrlässigkeitsvorwurf gegenüber psychiatrisch tätigen Ärzten wird dabei durch Unsicherheitsfaktoren (z. B. noch freier Wille oder nicht mehr eigenverantwortlich) begleitet, die in der Natur gerade dieses Medizingebiets besonders angelegt sind. **gc**

Der Fall

Ein Arzt überwies einen Patienten wegen Suizidgefahr in eine Klinik für forensische Psychiatrie. Der Patient erklärte im Rahmen

des Eingangsgesprächs gegenüber der zuständigen Ärztin, er wolle sich nicht umbringen. Weiterhin teilte der Patient aber seine Befürchtung mit, dass er es doch tun werde. Auf Bitte des Patienten wurde dieser stationär aufgenommen. Die Ärztin stufte den Patienten nicht als suizidgefährdet ein, ordnete nicht die Gabe sedierender Medikamente an und auch nicht die Wegnahme von Gegenständen des Patienten, die für einen Suizid geeignet waren (z. B. Gürtel). Einen Tag später wurde der Patient tot aufgefunden. Er hatte sich mit seinem Gürtel im Badezimmer erhängt.

Nach vorläufiger Tatbewertung kam das Landgericht zu dem Schluss, dass gegen die zuständige Ärztin kein hinreichender Tatverdacht wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen besteht. Sie hat nicht den Tod des Patienten dadurch pflichtwidrig verursacht, dass sie diesem keine Medikamente verordnete und ihm zum Suizid geeignete Gegenstände belassen hat.

In seiner Begründung wies das Gericht darauf hin, dass nur die Tötung eines „anderen“ Menschen strafbar sei. Die Selbsttötung falle demgemäß nicht unter den Tat-

bestand eines Tötungsdelikts. Prinzipiell ist damit die Mitverursachung eines Suizids genauso straffrei wie die fahrlässige Ermöglichung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung. Derjenige, der mit Gehilfenversatz den Tod eines Selbstmörders mitverursacht, kann nicht bestraft werden. Folgerichtig kann auch eben nicht derjenige bestraft werden, der nur fahrlässig eine Ursache für den Tod eines Selbstmörders setzt. Ebenso muss also der Garant, der nichts zur Verhinderung des freiverantwortlichen Suizids unternimmt, straffrei bleiben.

Die Ärztin betrafen keine besonderen Sorgfaltspflichten, weil sie weder therapeutische Maßnahmen ergriffen noch aktiv vermeidbare Risiken für den Suizid geschaffen hatte. Auch galt für die Ärztin keine Eingriffsverpflichtung unter dem Gesichtspunkt, dass der Lebensmüde nach Beendigung eines Selbsttötungsversuchs das Bewusstsein verloren hat. Denn die Ärztin war beim Suizid des Patienten nicht anwesend.

Es konnte nicht die Feststellung getroffen werden, der Patient habe sich nicht eigenverantwortlich das Leben genommen. Nach Einschätzung des Sachverständigen war bei dem Patienten zur Tatzeit die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen zu stellen. Die Psychose, die nach Einschätzung des Sachverständigen im Vordergrund stand, beruhte auf der wahnhaften Überzeugung

des Patienten, er habe sich beim Hantieren mit Rattengift im Frühjahr 2010 Gesundheitsschäden zugezogen. Zwar räumte der Sachverständige ein, dass ausreichend schwere psychotische Symptome zu einer Aufhebung der freien Willensbildung führen könnten. Jedoch befand sich der Patient genau an der Grenze zwischen freier Willensbildung und Verlust des freien Willens durch psychotisch aufgezwungene Handlungen. Der Sachverständige stützte diese Annahme vor allem auf die wiederholte Aussage des Patienten, er wolle leben, habe aber Angst davor, sich etwas anzutun. Damit distanzierte sich das „Gesunde Ich“ von Suizidabsichten, wobei das „Gesunde Ich“ zugleich das Andrängen psychotischer Handlungsimpulse bemerkte und hierauf mit Angst reagierte.

Gerichtsentcheid und Bewertung

Die vorliegend aufbereitete Entscheidung des Landgerichts Gießen, Beschluss vom 28.6.2012, Aktenzeichen 7 Qs 63/12, ist für Psychiater wichtig, weil sie zum einen die rechtlich gestellten Sorgfaltsanforderungen wiedergibt. Zum anderen zeigt sie die Haftungsgrenzen auf. Das Gericht weist in seiner Entscheidung auf die Erkenntnisse der Suizidforschung hin. Danach kann von einem eigenverantwortlichen Handeln des Lebensmüden nur in Ausnahmefällen ausgegangen werden. Von einem derartigen Sonderfall musste das Gericht angesichts

des Sachverständigenutachtens ausgehen, obwohl dieser Unwägbarkeiten durchklingen ließ. Damit wendete das Gericht den Grundsatz „in dubio pro reo“ konsequent an. Zweifel an der Eigenverantwortlichkeit des Lebensmüden konnten hier nicht eine Strafbarkeit begründen, sondern mussten sich folgerichtig zugunsten der zuständigen Ärztin auswirken. Doch auch wenn der Entscheid zum Vorteil der Ärztin endete, muss auf den schmalen Grat zwischen eigenverantwortlicher Selbsttötung und mangelhafter Willensbildung hingewiesen werden. Diese äußerst dünne Trennlinie klärte hier den Vorwurf einer fahrlässigen Tötung durch Unterlassen. Um diesem Vorwurf zu entgehen, muss aus anwaltlicher Sicht die Dokumentation von Umständen nahegelegt werden, die die Eigenverantwortlichkeit eines Patienten belegen. □

AUTOR

Tim Oehler

Rechtsanwalt für Medizinrecht

Osnabrück

E-Mail: advokatur@gmx.de

Fortbildungspflicht und CME-Nachweis

Vorausieilendes Fortbildungsinteresse zahlt sich nicht in Punkten aus

Seit 2004 besteht die Auflage, in fünf Jahren jährlich 250 CME-Fortbildungspunkte zu erwerben und der KV gegenüber nachzuweisen, dass dieser Pflicht Genüge getan wurde.

Am 30. Juni 2009 ging die erste Episode der Nachweispflicht von fachlicher Fortbildung zu Ende. Für Vertragsärzte, die sich nach dem 1. Juli 2004 niedergelassen haben, begann dieser Zeitraum entsprechend mit der Niederlassung. Für alle zuvor schon niedergelassenen Vertragsärzte begann der zweite Fortbildungszeitraum am 1. Juli 2009 und

endet am 30. Juni 2014. Gesetzliche Grundlage für den Nachweis der Fortbildungspflicht ist § 95 d SGB V.

Die KV Bayern hält es so, dass Vertragsärzte, die vorzeitig die 250 CME-Fortbildungspunkte erreicht und gemeldet haben, darüber informiert werden, dass der neue Fortbildungszeitraum mit dem 1. Juli 2014 beginnt und am 30. Juni 2019 endet, was letztlich bedeutet, dass kein weiterer Nachweis von Fortbildungspunkten bis zum 30. Juni 2014 erforderlich ist, sondern erst zum 30. Juni 2019.

Auf Nachfrage wurde mitgeteilt, dass überschüssige Fortbildungspunkte, die bis zum 30. Juni 2014 erworben werden, nicht auf den neuen Fortbildungszeitraum angerechnet werden können. Für den nächsten Fortbildungszeitraum können nur die Punkte angerechnet werden, die ab dessen Beginn (in den meisten Fällen somit nach dem 1. Juli 2014) erworben werden.

za

Praxisveräußerung und -aufgabe von Gemeinschaftspraxen

So vermeiden Sie steuerliche Fallen

Viele Kolleginnen und Kollegen stehen jetzt oder in naher Zukunft vor der Abgabe und Veräußerung ihrer Praxis. Der Erlös stellt für viele Ärzte einen wichtigen Baustein in der Altersversorgung dar. In Gemeinschaftspraxen drohen steuerliche Nachteile, setzt man sich nicht schon im Vorfeld mit den Fallstricken auseinander, die sich beim Zusammentreffen verschiedener Tätigkeitsbereiche ergeben.

Grundsätzlich ist die Praxisveräußerung oder -aufgabe aus Altersgründen steuerbegünstigt. Hierzu müssen allerdings zahlreiche Voraussetzungen erfüllt sein, wie etwa die vollständige Einstellung der bisherigen Tätigkeit. Wird die bisherige Tätigkeit nicht vollständig eingestellt, ist die Steuerbegünstigung in Gefahr. Vorsicht ist geboten, wenn zusätzlich zum ursächlichen Betrieb der Gemeinschaftspraxis noch eine Nebentätigkeit wie Begutachtung ausgeübt wird. Im Vorfeld der Praxisveräußerung ist daher zu prüfen, ob eine klare Trennung der beiden Tätigkeiten vorliegt und welchen Umfang die Nebentätigkeit einnimmt.

Der Grundfall

Die Gutachtertätigkeit wird im Rahmen der Gemeinschaftspraxis ausgeübt. Der Anteil an der Gemeinschaftspraxis inklusive des Gutachtenbereichs wird aufgegeben oder veräußert. Hierbei ist das Merkmal der vollständigen Praxisveräußerung zweifelsfrei gegeben. Sind die zusätzlichen Voraussetzungen, also dauernde Berufsunfähigkeit oder Vollendung des 55. Lebensjahres, erfüllt, greift die Steuerbegünstigung.

Die Abwandlung vom Grundfall

Die Gemeinschaftspraxis oder ein Anteil an der Gemeinschaftspraxis wird veräußert, aber die zuvor in der Gemeinschaftspraxis ausgeübte Gutachtertätigkeit vom Veräußerer fortgeführt. Das ist in der Praxis steuerlich problematisch, da nicht die gesamte Tätigkeit aufgegeben wird und somit die Vergünstigungen seitens der Finanzverwaltung versagt würden. Betragen die Einnahmen aus der Gutachtertätigkeit weniger als 10 % der durchschnittlichen Gesamteinnahmen

der letzten drei Jahre, so wird dies allerdings in der Regel als unschädlich angesehen. Unschädlich ist es ebenso, wenn die Gutachtertätigkeit erst nach einiger Zeit wieder aufgenommen wird. Dieser Zeitraum ist durch die Rechtsprechung aber nicht näher festgelegt und daher mit Unsicherheit behaftet. Die Finanzverwaltung geht davon aus, dass eine Wartezeit von mehr als drei Jahren als unschädlich angesehen werden kann. In der Praxis dürfte die Einhaltung dieser langen Wartezeit jedoch unrealistisch sein.

Praxistätigkeit und Gutachten trennen

Abgrenzungsschwierigkeiten sind vermeidbar, werden Praxistätigkeit und Gutachtenbereich klar von einander getrennt. Sind alle Personen der Gemeinschaftspraxis gutachterlich tätig, so kann im Vorfeld eine Schwestergesellschaft gegründet werden, die sich ausschließlich mit der Gutachtenerstellung befasst. Nach Veräußerung der Gemeinschaftspraxis ist es für die Steuerbegünstigung unschädlich, wenn diese fortbesteht. Ähnliches gilt, wenn die Gesellschafter der Gemeinschaftspraxis die Gutachtertätigkeit auf eigene Rechnung außerhalb der Gemeinschaftspraxis ausüben. Dabei ist jedoch auf eine eindeutige und vollständige Trennung und Abgrenzung zu achten. Dies erfordert im Einzelnen:

- Vertragliche Vereinbarung der Gutachten mit dem begutachtenden Arzt und nicht mit der Gemeinschaftspraxis
- Rechnungslegung durch den begutachtenden Arzt auf eigenem Briefbogen
- Vereinnahmung der Einnahmen aus Gutachten nicht über ein Konto der Gemeinschaftspraxis

— Soweit Kosten anfallen, sind diese vom begutachtenden Arzt über sein eigenes Konto zu bestreiten.

Wenn im Rahmen einer anstehenden Praxisveräußerung oder -aufgabe diese eindeutige Trennung bisher noch nicht erfolgt ist, sollte dies rechtzeitig – möglichst im Jahr vor der anstehenden Praxisveräußerung oder -aufgabe – erfolgen.

Wurde vertraglich vereinbart, dass die Gesamteinnahmen inklusive Einnahmen aus Gutachtertätigkeiten der Gemeinschaftspraxis zufließen und werden die Einnahmen aus Gutachtertätigkeiten nun ausgegliedert, kann ein dadurch entstehender Nachteil über eine abweichende Gewinnverteilung des laufenden Gewinns der Gemeinschaftspraxis ausgeglichen werden.

Fazit für die Praxis

Die Praxisveräußerung ist ein sensibler Bereich, da der Veräußerungserlös für viele ein Baustein der Altersversorgung ist. Wird dieser noch hoch besteuert, tritt eine finanzielle Schlechterstellung ein, die bei einer frühzeitigen Beratung vermeidbar gewesen wäre. Aus diesem Grunde sollten unbedingt entsprechende Konstellationen vorausschauend mit dem Steuerberater besprochen werden, da eine individuelle Betrachtung und Beratung für das Gelingen unerlässlich sind. □

AUTOR

Herbert Fritz

Dipl.-Finanzwirt/ Steuerberater
Steuerberatersozietät Hellwig & Fritz
Jüchenstr. 8–10, 47443 Moers
E-Mail: info@hellwig-fritz.de

Unverbrauchte Arzneimittelpackungen in Heimen

Wirtschaftlich weiterverwenden?!

In den von uns betreuten Heimen fallen in teils erheblichem Umfang nicht aufgebrauchte Medikamentenpackungen an. Wie ist mit diesen wirtschaftlich und sicher umzugehen?

In Heimen für psychisch Langzeitkranke, Alten- und Pflegeheimen oder stationären gerontopsychiatrischen Einheiten ist oft unklar, ob unverbrauchte Packungen nach Medikamentenwechsel, Auszug oder Tod des Patienten weiterverwendet werden dürfen. Aus hygienischen Gründen und weil die Medikamente in den Besitz des Patienten oder der Erben übergehen, beharrt die Heimaufsicht zu meist darauf, die Medikamente nicht weiterzuverwenden und zu entsorgen. Wirtschaftlich wäre die weitere Verwendung unter Beachtung der Lagerungs- und Hygienebedingungen.

Das sagt die KBV

Auf Anfrage antwortete die KBV: „(...) Bei Betäubungsmitteln (BtM) ist nur im Ausnahmefall des § 5b Abs. 4 BtMVV (Lagerung des BtM im Heim nach § 5b Abs. 3 BtMVV) eine Übertragung der nicht verwendeten BtM an Dritte möglich. Allerdings ist dann eine erneute Verschreibung notwendig. § 5b Abs. 4 Nr. 1: (...) Bei sonstigen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist eine Weiterverwendung durch Pflegeheime ausgeschlossen. Das AMG, § 43 AMG, untersagt jede Abgabe jenseits der Apotheke. (...) Es wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass verschreibungspflichtige Medikamente im Erbfall an die Angehörigen vererbt werden, also nicht in das Eigentum des Pflegeheimes wechseln. (...)“

Handhabung in Rheinland-Pfalz

Das Merkblatt „Arzneimittel in Wohn- und Pflegeeinrichtungen des Landesamtes für Soziales- Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz Mai 2011“ verlautbart hierzu (Auszug): „(...) Nicht mehr benötigte Arzneimittel dürfen für andere Bewohner/innen nicht mehr verwendet werden. (...) Einen ‚Übervorrat‘, also einen Vorrat an Arzneimitteln in der Einrichtung, die keinem Patienten mehr zugeord-

net sind, jedoch zur Bedarfsbehandlung anderer Bewohner zur Verfügung stehen, darf es nicht geben. Verboten ist auch das Anlegen eines ‚Vorrates‘ von verschiedenen ‚Notfall‘- oder ‚Akut‘-Medikamenten in der Einrichtung durch die Apotheke. Dies gilt auch dann, wenn der Zugriff darauf besonders geregelt ist und nur nach Rücksprache durch den Arzt erfolgen soll. Für akute Krankheitsfälle müssen vom versorgenden Apotheker Regelungen getroffen werden, wie auch außerhalb der üblichen Ladenöffnungszeiten die Patienten mit Arzneimitteln versorgt werden (...)“

Pragmatischer Ansatz in Bayern

In Bayern ist unter besonderen Umständen eine praktikablere und wirtschaftlichere Lösung möglich. In den Empfehlungen des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit- und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit zu Arznei- und Betäubungsmitteln in Alten- und Pflegeheimen 2000 heißt es (Auszug): „(...) Anders als Krankenhäuser, die aufgrund einrichtungsbezogen ausgestellter Verschreibungen mit Arzneimitteln beliefert werden, werden Alten- und Pflegeheime als solche nicht mit Arzneimitteln versorgt, sondern aufgrund personenbezogener Verschreibungen nur deren Bewohner. (...) Arzneimittel der Heimbewohner können aber mit deren Einverständnis von der Heimleitung bzw. dem Pflegepersonal personenbezogen aufbewahrt werden. (...) Keine Bedenken bestehen, wenn der die Heimbewohner behandelnde Arzt einen Teil seines Praxisbedarfs an Arzneimitteln im Heim hinterlegt. Er muss jedoch zugleich Vorkehrungen gegen eine missbräuchliche Entwendung bzw. Anwendung treffen. Sofern der Arzt eine entsprechende therapeutische Entscheidung getroffen hat, kann das Pflegepersonal als ‚verlängerter Arm des Arztes‘ entsprechend seiner Anweisung hinterlegte Arzneimittel bei Patienten anwenden. Überlassen die Erben

eines verstorbenen Heimbewohners dessen (verkehrsfähige) Arzneimittel dem Heim zur weiteren Verwendung, ist zu beachten, dass Heimleitung und Heimpersonal diese Arzneimittel aus den oben genannten Gründen weder abgeben noch eigenmächtig an Heimbewohnern anwenden dürfen. Werden solche Arzneimittel jedoch dem die Heimbewohner betreuenden Arzt anvertraut, können Präparate in unangebrochenen Originalbehältnissen – nach einer sorgfältigen Qualitätskontrolle durch den Arzt – als Praxisbedarf weiterhin im Heim aufbewahrt und nach entsprechender Anordnung durch den Arzt angewendet werden, sofern sie sich in einem ordnungsgemäßen Zustand befinden, eine vertretbare Haltbarkeitsdauer haben und keine sonstigen Anhaltspunkte für eine fehlende Verkehrsfähigkeit bestehen (...)“

BVDN fordert Weiterverwendung

In Heimen, in denen Arzneien im Schwesternzimmer gelagert und zur Einnahme direkt verteilt werden, sollte eine Regelung wie in Bayern geschaffen oder beibehalten werden, da die Packungen nicht in die Hände von Patienten gelangen. Unverbrauchte Schachteln können in den Sprechstundenbedarf des Arztes übergehen und sind für weitere Verordnungen verwendbar, sofern die Lagerungsvorschriften berücksichtigt werden. Politisch wird der BVDN darauf hinwirken, eine solche Regelung – wie sie in Krankenhäusern bereits gilt – bei der Arzneimittelabgabe in stationären Pflegeeinrichtungen ebenso zu ermöglichen. Dies ist unter Berücksichtigung der Patientensicherheit machbar und im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit erforderlich.

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

Praxisporträt

Den Gestaltungsspielraum nutzen

Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder gar eine GbR? Für Dr. Nikolaus Rauber aus Saarbrücken lautet die Frage nicht entweder oder, sondern sowohl als auch. Mit verschiedenen Geschäftsformen können Ärzte gut auf Veränderungen reagieren und ihren Alltag flexibel gestalten.

Der Arzt als Einzelkämpfer in seiner Praxis – von diesem Modell hat sich Dr. Nikolaus Rauber längst verabschiedet. Kurz nachdem er in Saarbrücken seine Praxis eröffnet hatte, konnte er die wachsende Patientenzahl kaum noch bewältigen. Der Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut gründete daher mit der Neurologin und Psychiaterin Dr. Christine Volz-Stricker eine Gemeinschaftspraxis. Doch auch in dieser Konstellation gerieten die beiden Ärzte nach einiger Zeit an ihre Grenzen. So gab es in ihrem Einzugsgebiet viele Familien, die Rat bei der Erziehung ihrer Kinder suchten. Daher holten sich die beiden Ärzte die Kinder- und Jugendpsychiaterin Dagmar de Silva in ihr Team. Schließlich wollten sie auch das psychotherapeutische Angebot ausbauen und konnten dafür Dr. Thomas Szabó gewinnen.

Das Besondere: Während Rauber und Volz-Stricker als Gemeinschaftspraxis gemeinsam abrechnen, sind Szabó und de Silva in Form einer Praxisgemeinschaft angeschlossen. Szabó und de Silva bearbeiten ein ganz anderes Spektrum, begründet Rauber diesen Weg der Kooperation. „Daher ist es am besten, wenn sie getrennt abrechnen.“

Schlaflabor als GbR

In der Gemeinschaftspraxis kümmert sich Volz-Stricker vor allem um die neurologischen Patienten. Rauber hat Schwerpunkte bei der Anwendung von Botulinumtoxin, in der Psychiatrie, in der tiefenpsychologischen Psychotherapie und in der Schlafmedizin. Letztere hat ihn schon als Klinikarzt interessiert. „Das wollte ich als niedergelassener Arzt weitermachen.“ Dabei hat er sich erneut zu einem ungewöhnlichen Schritt entschlossen: Er gründete zusammen mit zwei Pneumologen ein Schlaflabor. Für



Die Ärzte der Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft (sitzend v. r. n. l.): Dr. Christine Volz-Stricker, Dr. Nikolaus Rauber, Dagmar de Silva (Dr. Szabó fehlt auf dem Foto) und das ganze Praxisteam.

ihre Untersuchungen haben die drei Ärzte im Kreiskrankenhaus in St. Ingbert acht Betten angemietet, wobei eigenes Personal die Patienten betreut. Serviceleistungen wie Mahlzeiten, Putzen und Bettenmachen werden dazugekauft. Geführt wird das Schlaflabor als GbR. „Dies ist finanziell am günstigsten“, so Rauber. Im Gegensatz zur GmbH entfallen ein Eintrag im Handelsregister, eine Veröffentlichung des Jahresabschlusses oder eine Wirtschaftsprüfung. Auch in der GbR rechnet jeder Arzt selbst ab, Investitionen und Personal werden gemeinsam getragen.

Zusätzlich betreut Rauber eine neuropsychiatrische Zweigpraxis im 30 Kilometer entfernten Dillingen bei Saarlouis. Dort arbeitet er als einziger Arzt. Seine Zeit verteilt er folglich auf drei Praxen: Jeden Morgen verbringt er zunächst zwei Stunden im Schlaflabor in St. Ingbert, fährt dann 16 Kilometer zur Hauptpraxis nach Saarbrücken, schließlich nimmt er

Praxis-Steckbrief

Inhaber: Dr. Nikolaus Rauber (Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut), Dr. Christine Volz-Stricker (Neurologin und Psychiaterin), Dagmar de Silva, (Kinder- und Jugendpsychiaterin, Psychotherapeutin), Dr. Thomas Szabó (Psychotherapeut)

Praxistyp: Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft

Ort: 66133 Saarbrücken, Saarland

Regionale Struktur: Stadt

Anteil Privatpatienten: etwa 5 %

Nächste Klinik: 1 km (Neurologie) und 3 km (Psychiatrie)

Mitarbeiterinnen: 10

Schwerpunkte: Schlaflabor, Botulinumtoxin

sich zweimal in der Woche nachmittags Zeit für die Patienten in Dillingen.

Netz für spezialärztliche Versorgung

Auch auf anderen Ebenen reagiert der Arzt sehr flexibel. So beteiligt er sich am regionalen ZNS-Netz und versucht dort mit Kollegen Verträge zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung abzuschließen. „Wir verhandeln jetzt mit Krankenkassen über einen MS-Vertrag. Im nächsten Jahr versuchen wir einen Vertrag zur Parkinson-Versorgung zu bekommen.“ Als Einzelpraxis, so Rauber, bleibt man bei solchen Verhandlungen oft außen vor, in einem Praxisverbund können die niedergelassenen Kollegen die geforderten Leistungen jedoch bündeln. Gerade diese Flexibilität schätzt Rauber besonders an seinem Beruf. „Man sollte als niedergelassener Arzt nicht immer nur an die Regressgefahr denken, sondern auch die vielen Gestaltungsmöglichkeiten nutzen.“ **mut**

Offenes Foramen ovale

PFO-Verschluss gegen Migräne und kryptogenen Schlaganfall?

Das offene Foramen ovale (PFO) ist eine anatomische Verbindung zwischen dem venösen und arteriellen Kreislauf während der Schwangerschaft. Nach der Geburt verschließt sich bei 75 % aller Menschen das PFO, während bei etwa 25–30% ein Rechts-Links-Shunt auf Vorhofebene erhalten bleibt [1]. Die Prävalenz des PFO nimmt mit dem Alter ab. Zusätzlich haben etwa 2–3 % aller Menschen ein „Vorhofseptumaneurysma“, eine Vorwölbung des Vorhofseptums in die Vorhöfe. Ähnlich wie bei kryptogenen Schlaganfällen gibt es Fall-Kontrollstudien, die nahelegen, dass der Verschluss eines PFO die Migräne verbessert. Dieses Vorgehen wird allerdings kritisch beurteilt.

HANS-CHRISTOPH DIENER, CHRISTIAN WEIMAR UND DAGNY HOLLE, ESSEN



Die Prävalenz der Migräne mit Aura ist bei Patienten mit PFO signifikant erhöht.

- 32 **Offenes Foramen ovale**
PFO-Verschluss gegen Migräne und kryptogenen Schlaganfall?
- 36 **PSYCHIATRISCHE KASUISTIK**
Unruhige Nächte und verschlafene Tage

- 45 **Arzneimittel in der psychiatrischen Praxis**
Welches Diuretikum bei Lithiumtherapie?

- 48 **CME ADHS im Kindes- bis Erwachsenenalter**
Modediagnose oder tatsächlich mehr Patienten?
- 57 **CME Fragebogen**

Patienten mit kryptogenem Schlaganfall haben eine etwas höhere Prävalenz eines offenen Foramen ovale (PFO) als Patienten mit anderen Schlaganfallmechanismen und Kontrollen [2]. Pathophysiologisch werden zwei Mechanismen verantwortlich gemacht:

1. Paradoxe Embolien bei Patienten mit tiefen Beinvenenthrombosen, bei denen es im Rahmen eines Valsalva-Manövers zur Dislokation eines Thrombus kommt, der dann vom rechten in den linken Kreislauf gelangt und ins Gehirn embolisiert.
2. Lokale Thrombenbildung im Bereich des PFO.

Diagnostische Methode der Wahl zum Nachweis eines PFO ist die transösophageale Echokardiografie. Die Trefferquote bei der transthorakalen Echokardiografie mit Kontrastmittel ist deutlich geringer. Mit Hilfe der transkranialen Dopplersonografie können Rechts-Links-Shunts nachgewiesen werden, wobei dann aber nicht sicher ist, ob es sich um ein PFO oder Shunts im Bereich der Lunge handelt.

Bedeutung des PFO als Risikofaktor für den Schlaganfall

Mas et al. [3] führten die erste prospektive Studie zur Bedeutung des PFO bei 581 jungen Patienten im Alter unter 55 Jahren mit kryptogenem Schlaganfall

durch. In der weiteren Beobachtungszeit über vier Jahre erlitten 2,3 % der Patienten, die ein PFO (ohne Vorhofseptumaneurysma) hatten, einen erneuten Schlaganfall verglichen mit 4,2 % ohne PFO. Alle Patienten in dieser Studie wurden mit Acetylsalicylsäure behandelt.

Die PICSS (PFO in Cryptogenic Stroke)-Studie war eine Studie bei Patienten mit nicht kardiogenen Schlaganfällen, die entweder mit Acetylsalicylsäure behandelt oder oral mit Warfarin antikoaguliert wurden [4]. Hier waren die Patienten älter als 55 Jahre. Auch in der PICSS-Studie ergab sich kein Unterschied bezüglich rezidivierender Schlaganfälle zwischen den Patienten mit PFO und ohne PFO. Im Übrigen ergab sich auch kein Unterschied in der Rezidivrate an Schlaganfällen zwischen PFO-Patienten, die mit Acetylsalicylsäure behandelt und die antikoaguliert wurden. In einer prospektiven spanischen Studie von Serena et al. an 486 Patienten mit kryptogenem Schlaganfall war die Rezidivrate 5 % bei den Patienten mit ausgeprägtem Rechts-Links-Shunt über das PFO und 6,3 % bei den Patienten ohne PFO [5]. Wir fanden in einer eigenen Studie an 1.126 Patienten mit kryptogenem Schlaganfall im Rahmen der Deutschen Schlaganfall-Datenbank bei 36 % der Patienten einen Rechts-Links-Shunt [6]. Der Rechts-Links-Shunt war allerdings in einer multivarianten

Analyse kein unabhängiger Risikofaktor für einen erneuten Schlaganfall. Die Schlaganfallrezidivrate bei Patienten mit positivem Rechts-Links-Shunt betrug 4,1 %.

PFO-Verschluss

In den letzten Jahren wurde eine Reihe von interventionellen Devices entwickelt, mit denen es möglich ist, Katheterbasiert ein offenes Foramen ovale zu verschließen. Agarwal et al. [7] identifizierten 48 Fall-Kontrollstudien, in denen Patienten mit Schlaganfall mit PFO-Verschluss verglichen wurden mit Patienten, bei denen kein PFO-Verschluss durchgeführt wurde. Außerdem identifizierten sie Studien, in denen Antikoagulationen mit Thrombozytenfunktionshemmern verglichen wurden. Im Rahmen dieser indirekten Vergleiche ergab sich eine jährliche Rate von 0,76 erneuten Schlaganfällen nach PFO-Verschluss und 4,39 bei konservativer Therapie. Dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von 75 %. Bezüglich der konservativen Therapie ergab sich eine relative Risikoreduktion von 62 % zugunsten der Antikoagulation. Würde man diesen Fall-Kontrollstudien folgen, gäbe es keinen Zweifel, dass ein PFO-Verschluss zur Prävention von Rezidivinfarkten bei kryptogenen Schlaganfällen wirksam ist.

Randomisierte Studien

In der Zwischenzeit liegen drei randomisierte Studien vor, die den Einsatz von PFO-Verschluss-Devices mit konservativer Therapie verglichen haben (**Tabelle 1**): Die erste Studie war die CLOSURE-Studie [8]. Es handelte sich um eine multi-zentrische randomisierte offene Studie bei Patienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit kryptogenem Schlaganfall oder transitorischer ischämischer Attacke (TIA) sowie echokardiografischem Nachweis eines PFO. Die Hälfte der Patienten wurde mit dem STARFlex-System verschlossen, bei der anderen Hälfte erfolgte eine konservative Therapie mit Thrombozytenfunktionshemmern oder Antikoagulanzen. Der primäre Endpunkt war die Kombination von Schlaganfall oder TIA nach zwei Jahren sowie die Mortalität in den ersten 30 Tagen und Tod durch neurologische Ursachen zwischen Tag 31 und zwei Jahren. Die kumulative Inzidenz des primären Endpunktes betrug 5,5% bei den 447 Patienten mit PFO-Verschluss und 6,8% in der konservativen Therapiegruppe. Dies entsprach einer Hazard-Ratio von 0,78, die statistisch nicht signifikant war. Dies galt auch für die Rezidivrate an Schlaganfällen, die nicht unterschiedlich war. In der Gruppe der Patienten mit PFO-

Verschluss kam es zu signifikant mehr unerwünschten Ereignissen als in der Kontrollgruppe.

Die CLOSURE-Studie ergibt also keinen Hinweis darauf, dass ein PFO-Verschluss die Rezidivrate an Schlaganfällen bei Patienten mit PFO reduziert. Außerdem wurde kritisiert, da sie zu viele Patienten mit TIA ohne Nachweis eines Substanzdefektes einschloss, eine zu kurze Beobachtungszeit hatte, die meisten Rezidivereignisse auch in der Kontrollgruppe aufgrund einer anderen Ätiologie auftraten, und möglicherweise das STARFlex-Device nicht die ideale Methode ist, um ein PFO zu verschließen [9]. Die beiden anderen Studien wurden präsentiert, sind aber noch nicht publiziert.

Die RESPECT-Studie war eine prospektive randomisierte Studie, bei denen Patienten entweder einen PFO-Verschluss mit dem Amplatzer-Verschlussystem erhielten oder mit Thrombozytenaggregationshemmern oder Antikoagulantien behandelt wurden. Einschlusskriterien waren Patienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit einem kryptogenen Schlaganfall innerhalb der letzten 270 Tage. Der primäre Endpunkt war ein erneuter ischämischer Insult, ein tödlicher Schlaganfall oder Tod innerhalb von 45 Tagen nach der Randomisierung. Die Studie

schloss 980 Patienten ein und randomisierte 499 Patienten in die Verschlussgruppe, von denen 464 einen PFO-Verschluss erhielten. 481 Patienten wurden konservativ behandelt, davon die Hälfte mit Aspirin-Monotherapie und ein Viertel mit Warfarin. Die Patienten waren im Mittel 46 Jahre alt und es waren 130 Tage im Schnitt seit dem Schlaganfall vergangen. 36% der Patienten hatten ein Vorhofseptumaneurysma. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 2,2 Jahre. Den primären Endpunkt erreichten neun Patienten in der Verschlussgruppe und 16 in der konservativ behandelten Gruppe. Dies entspricht einer relativen Risikoreduktion von 51%, die statistisch nicht signifikant war. Für den Endpunkt Schlaganfall ergab sich in der „Per Protokoll Analyse“ eine 63%ige Risikoreduktion, die statistisch signifikant war. Die Überlegenheit ergab sich allerdings nur bei Patienten mit zusätzlichem Vorhofseptumaneurysma. Wesentliche Kritikpunkte sind die Tatsache, dass die Zahl der ischämischen Ereignisse sehr gering war und dass es acht Jahre dauerte, die Studie durchzuführen.

Die PC-Studie verwendete ebenfalls den Amplatzer-Occluder. In diese Studie wurden 414 Patienten randomisiert. Patienten wurden eingeschlossen, wenn sie jünger als 60 Jahre waren und einen Schlaganfall erlitten hatten oder eine TIA mit Infarktnachweis in der Bildgebung. In dieser Studie ergab sich eine 37%ige relative Risikoreduktion zugunsten des PFO-Verschlusses für den Endpunkt Schlaganfall, Tod, TIA und periphere Embolien. Auch dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

Nimmt man die Ergebnisse aller Studien zusammen, ergibt sich ein schwacher Trend zugunsten des PFO-Verschlusses. Es muss allerdings kritisch angemerkt werden, dass alle diese Studien nicht die Patienten eingeschlossen haben, bei denen nach den Leitlinien der DGN und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft ein PFO-Verschluss diskutiert werden könnte, nämlich bei Patienten mit PFO und kryptogenem Schlaganfall, bei denen es trotz Behandlung mit Thrombozytenfunktionshemmern oder Antikoagulantien zu einem Rezidivereignis kommt.

Zusammengefasst sind die zuletzt bekannt gewordenen randomisierten Stu-

Randomisierte Studien zum Schirmchenverschluss versus konservative Behandlung bei zerebrovaskulären Patienten mit PFO			
	Studie		
	CLOSURE I	RESPECT	PC-Trial
Patientenauswahl			
Mittleres Alter (Jahre)	46 (18–60)	46 (18–60)	(18–59)
n	909	980	414
Mit Vorhofseptumaneurysma	36,7%	35,5%	23,6%
Effektiver Verschluss	89,4%	93,5%	–
Mittlere Dauer der Nachbeobachtung (Jahre)	2	2,6	Median > 4 Jahre
Endpunkt/Ereignis**			
Primärer Endpunkt (Hazard Ratio, ITT)	0,78 (0,45–1,35)	0,49 (0,22–1,11)	0,63 (0,24–1,62)
Schlaganfälle (n, ITT)	12 versus 13	9 versus 16	1 versus 5
Schlaganfälle, (n, Per protocol)	12 versus 13	6 versus 14 *	1 versus 5

ITT = Intention to treat Analyse; * signifikant mit p = 0,032, ** Schirmchenverschluss vs. konservative Behandlung

Tabelle 2

Prävalenz des PFO bei Patienten mit Migräne (mit und ohne Aura) und Kontrollpersonen

Studie/Patientenauswahl	Untersuchungsmethode	Migräne (gesamt)	Migräne mit Aura	Migräne ohne Aura	Gesunde Kontrollen	p-Wert
Del Sette et al. [12] unselektiert	TCD	41 % (18/44)	∅	∅	16 % (8/50)	< 0,005
Anzola et al. [13] unselektiert	TCD	40 % (66/166)	48 % (54/113)	23 % (12/53)	20 % (5/25)	0,01
Wilmschurst et al. [14] unselektiert	TTE	22 % (53/240)	35 % (42/120)	9 % (11/120)	∅	∅
Schwerzmann et al. [15] unselektiert	TEE	∅	47 % (44/93)	∅	17 % (16/93)	< 0,001
Dalla Volta et al. [16] unselektiert	TCD	52 % (173/335)	62 % (161/260)	16 % (12/74)	∅	∅
Dowson et al. [17] unselektiert	TTE	∅	59 % (220/370)	∅	∅	∅
Carod-Artal et al. [18] unselektiert	TCD	41 % (58/141)	52 % (16/30)	34 % (9/28)	∅	∅
Küper et al. [19] Populationsbasiert	TCD	40 % (34/86)	45 % (19/42)	34 % (15/44)	42 % (17/41)	0,564
Zusammenfassung aller Studien		40 % (402/1012)	54 % (556/1028)	19 % (59/319)	22 % (46/209)	

dien kein Anlass, die Leitlinien der DGN zu ändern. Diese empfehlen bei Patienten mit kryptogenem Schlaganfall und PFO zunächst den Einsatz von Thrombozytenfunktionshemmern. Nur im Falle eines Rezidivs unter fortgeführter Sekundärprävention sollte ein PFO-Verschluss bei unter 60-jährigen Patienten erwogen werden. Eine Ausnahme stellen allerdings Patienten dar, bei denen eine eindeutige paradoxe Embolie nachgewiesen ist, das heißt Patienten mit tiefen Beinvenenthrombosen, bei denen es im Rahmen eines Valsalva-Manövers zu einem ischämischen Insult kam.

PFO und Migräne

Eine Vielzahl von Fall-Kontrollstudien legt nahe, dass ein Zusammenhang zwischen Migräne mit Aura und einem PFO besteht. In den Übersichtsarbeiten von Diener et al. [10, 11] ergab eine Zusammenfassung der bisher durchgeführten Fall-Kontrollstudien, dass bei Patienten, die unter einer Migräne mit Aura leiden, 54 % ein PFO haben, und bei Patienten mit Migräne ohne Aura nur 16 %. Eine erste populationsbasierte Studie konnte diese erhöhte Prävalenz nicht nachweisen [19]. Küper et al. untersuchten 42 Patienten mit Migräne mit Aura, 44 Patienten ohne Aura und 41 gesunde Kontrollen. Hierbei konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede bezüglich des Vorliegens eines PFO gefunden wer-

den ($p = 0,564$). Allerdings zeigte sich bei Analyse der in der dopplersonografischen Untersuchung permanent vorhandenen Rechts-Links-Shunts ein Trend bezüglich höherer PFO-Prävalenz in der Migräne mit Aura-Gruppe verglichen mit Patienten mit Migräne ohne Aura sowie gesunden Kontrollen. Die fehlende Signifikanz ist dabei möglicherweise auf die niedrige Patientenzahl zurückzuführen. Eine Übersicht über die vorliegenden epidemiologischen Daten findet sich in **Tabelle 2**. Umgekehrt ist die Prävalenz der Migräne mit Aura bei Patienten mit PFO signifikant erhöht. Die wesentliche Frage ist, ob sich daraus therapeutische Konsequenzen ergeben. Ähnlich wie bei kryptogenen Schlaganfällen gibt es eine Reihe von Fall-Kontrollstudien, die nahelegen, dass der Verschluss eines PFO die Migräne verbessert. Allerdings gibt es auch Berichte, dass eine Migräne de novo nach einem PFO-Verschluss aus anderer Indikation aufgetreten ist.

Die einzige bisher durchgeführte randomisierte Studie, die MIST-(Migraine Intervention with STARFlex Technology)-Studie, untersuchte Patienten mit therapierefraktärer Migräne und PFO [17]. In diese Studie wurden 147 Patienten aufgenommen, die randomisiert wurden und entweder einen PFO-Verschluss bekamen oder einen Scheineingriff. In dieser Studie ergab sich keine signifikante Reduktion der Migränehäufigkeit und es gab eine

Vielzahl von Komplikationen durch den PFO-Verschluss.

Zusammengefasst besteht zwar möglicherweise ein Zusammenhang zwischen PFO und Migräne mit Aura, wobei die wahrscheinlichste Erklärung ist, dass beide Bedingungen zusammen vererbt werden. Nach dem derzeitigen Kenntnisstand gibt es keine Indikation für einen PFO-Verschluss zur Prophylaxe der Migräne. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener

Prof. med. Christian Weimar

Dr. med. Dagny Holle

Klinik für Neurologie

Universitätsklinikum Essen

Hufelandstr. 55, 45122 Essen

E-Mail. h.diener@uni-essen.de

LITERATUR

1. Hagen PT, Scholz DG, Edwards WD. Incidence and size of patent foramen ovale during the first 10 decades of life: an autopsy study of 965 normal hearts. *Mayo Clin Proc.* 1984;59(1):17-20.
2. Handke M, Harloff A, Olschewski M, Hetzel A, Geibel A. Patent foramen ovale and cryptogenic stroke in older patients. *N Engl J Med.* 2007;357(22):2262-8.
3. Mas JL, Arquizan C, Lamy C, Zuber M, Cabanes L, Derumeaux G, et al. Recurrent cerebrovascular events associated with patent foramen ovale, atrial septal aneurysm, or both. *N Engl J Med.* 2001;345(24):1740-6.
4. Homma S, Sacco RL, Di Tullio MR, Sciacca RR, Mohr JP. Effect of medical treatment in stroke patients with patent foramen ovale: patent foramen ovale in Cryptogenic Stroke Study. *Circulation.* 2002;105(22):2625-31.
5. Serena J, Marti-Fabregas J, Santamarina E, Rodriguez JJ, Perez-Ayuso MJ, Masjuan J, et al. Recurrent stroke and massive right-to-left shunt: results from the prospective Spanish multicenter (CODICIA) study. *Stroke.* 2008;39(12):3131-6.
6. Weimar C, Holle DN, Benemann J, Schmid E, Schminke U, Haberl RL, et al. Current management and risk of recurrent stroke in cerebrovascular patients with right-to-left cardiac shunt. *Cerebrovasc Dis.* 2009;28(4):349-56.
7. Agarwal S, Bajaj NS, Kumbhani DJ, Tuzcu EM, Karpadia SR. Meta-analysis of transcatheter closure versus medical therapy for patent foramen ovale in prevention of recurrent neurological events after presumed paradoxical embolism. *JACC Cardiovascular interventions.* 2012;5(7):777-89. Epub 2012/07/21.
8. Furlan AJ, Reisman M, Massaro J, Mauri L, Adams H, Albers GW, et al. Closure or medical therapy for cryptogenic stroke with patent foramen ovale. *N Engl J Med.* 2012;366(11):991-9.
9. Thaler DE, Wahl A. Critique of closure or medical therapy for cryptogenic stroke with patent foramen ovale: the hole truth? *Stroke.* 2012;43(11):3147-9. Epub 2012/09/20.
10. Diener HC, Kurth T, Dodick D. Patent foramen ovale, stroke, and cardiovascular disease in migraine. *Curr Opin Neurol.* 2007;20(3):310-9.
11. Diener HC, Kurth T, Dodick D. Patent foramen ovale and migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2007;11(3):236-40.
12. Del Sette M, Angeli S, Leandri M, Ferriero G, Bruzone GL, Finocchi C, et al. Migraine with aura and right-to-left shunt on transcranial Doppler: a case-control study. *Cerebrovasc Dis.* 1998;8(6):327-30.
13. Anzola GP, Magoni M, Guindani M, Rozzini L, Dalla Volta G. Potential source of cerebral embolism in migraine with aura: a transcranial Doppler study. *Neurology.* 1999;52:1622-5.
14. Wilmshurst PT, Nightingale S, Walsh KP, Morrison WL. Effect on migraine of closure of cardiac right-to-left shunts to prevent recurrence of decompression illness or stroke or for haemodynamic reasons. *Lancet.* 2000;356(9242):1648-51.
15. Schwerzmann M, Nedeltchev K, Lagger F, Mattle HP, Windecker S, Meier B, et al. Prevalence and size of directly detected patent foramen ovale in migraine with aura. *Neurology.* 2005;65(9):1415-8.
16. Dalla Volta G, Guindani M, Zavarise P, Griffini S, Pezzini A, Padovani A. Prevalence of patent foramen ovale in a large series of patients with migraine with aura, migraine without aura and cluster headache, and relationship with clinical phenotype. *J Headache Pain.* 2005;6(4):328-30.
17. Dowson A, Mullen MJ, Peatfield R, Muir K, Khan AA, Wells C, et al. Migraine Intervention With STARFlex Technology (MIST) trial: a prospective, multicenter, double-blind, sham-controlled trial to evaluate the effectiveness of patent foramen ovale closure with STARFlex septal repair implant to resolve refractory migraine headache. *Circulation.* 2008;117(11):1397-404.
18. Carod-Artal FJ, da Silveira Ribeiro L, Braga H, Kummer W, Mesquita HM, Vargas AP. Prevalence of patent foramen ovale in migraine patients with and without aura compared with stroke patients. A transcranial Doppler study. *Cephalalgia.* 2006;26(8):934-9.
19. Kuper M, Rabe K, Holle D, Savidou I, Dommes P, Frings M, et al. Prevalence of cardiac right left shunts in migraine: a population-based case-control study. *Neurol Sci.* 2012. Epub 2012/03/01.



Psychiatrische Kasuistik

Unruhige Nächte und verschlafene Tage

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 7–8/2012

P: Unklare Seh- und Gedächtnisstörungen

NT 9/2012

N: Apoplex im Alter: lange Physiotherapie unnötig?

NT 10/2012

P: Psychiatrische Kasuistik: Medikamenteninduzierte manische Symptome

NT 11/2012

N: TIA oder Aura – wie sicher ist die Diagnose?

NT 12/2012

P: Zerebrale Angiomatose und Borderline-Störung

NT 1/2013

N: Neurologisch nicht erklärbare Symptome

NT 2/2013

P: Unruhige Nächte und verschlafene Tage

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

Anamnese

Der 66-jährige Patient stellte sich zu Beginn des Jahres 2008 erstmals in unserer Gedächtnissprechstunde vor. Er berichtete seit einem Herzinfarkt mit einer sich anschließenden zweiwöchigen intensivmedizinischen Überwachung antriebslos, niedergeschlagen und weniger belastbar zu sein. Zusätzlich seien bei ihm Konzentrationsschwierigkeiten und eine zunehmende Vergesslichkeit aufgetreten.

Sozialanamnestisch ist zu erfahren, dass der Patient seit 2001 berentet ist und zuvor als Gastronom und Geschäftsführer eines Restaurants gearbeitet hat. Er hat eine achtjährige Schulbildung und anschließend eine dreijährige Berufsausbildung absolviert. Er ist seit 1988 verheiratet und lebt mit seiner Ehefrau zusammen. Es gibt zwei nicht mehr im Haushalt lebende Stiefkinder. Der Patient hat sich zurückgezogen von Freundschaften und Hobbys wie Reisen, auch habe sein Interesse an geschichtlichen Ereignissen nachgelassen.

Die Familienanamnese ist unauffällig in Bezug auf psychiatrische oder neurologische Erkrankungen. Der Patient ist Nichtraucher und trinkt nur sehr selten Alkohol. An Vorerkrankungen wird von einer arteriellen Hypertonie, einer Hypercholesterinämie und einer schweren koronaren Herzkrankheit – die zu drei Myokardinfarkten und konsekutiv zur Implantation von vier aortokoronaren Venenbypassen geführt hat, berichtet. Eine Arthrose des linken Kniegelenkes wurde mit einer Totalendoprothese versorgt. Die Medikation bei Erstkontakt bestand aus ASS (100 mg), Ramipril/HCT (5/25 mg), Simvastatin (40 mg) und Ivabradin (10 mg).

Untersuchungsbefunde

Die neuropsychologische Untersuchung zeigte unterdurchschnittliche Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration sowie exekutiver Funktion. Der MMSE (mini-mental state examination) ergab 24 Punkte. Ebenfalls auffällig waren die räumlich-konstruktiven Leistungen, so erreichte der Patient im Uhrentest vier Punkte (**Abbildung 1**). Die Gedächtnisleistung war unterdurchschnittlich, jedoch konnte der Patient von Hinweisen profitieren, was auf eine kombinierte Encodier- und Abrufstörung hindeutet. Hinsichtlich des Affektes bestand bei guter Schwingungsfähigkeit im klinischen Eindruck kein depressives Syndrom. In der körperlichen Untersuchung zeigte sich kein fokales neurologisches Defizit. Das Routinelabor war bis auf eine leichte Kreatininerhöhung von 1,31 mg/dl unauffällig. Im ApoE-Genotyp war ein ε4-Allel nachweisbar. Der Liquorbefund ergab einen erhöhten t-Tau-Wert von 459 pg/ml (Ref.: < 225 pg/ml) und ein erniedrigtes Aβ1–42 von 371 pg/ml (Ref.: > 600 pg/ml). Bildmorphologisch zeigte sich im cCT-Befund eine deutliche kortikal betonte Atrophie (**Abbildung 2**).

Arbeitsdiagnose

Auf Basis der zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Befunde wurde die Diagnose eines leichten demenziellen Syndroms gestellt. Dieses ordneten wir, vor dem Hintergrund der Anamnese und der Zusatzdiagnostik, ätiologisch am ehesten einer chronisch-neurodegenerativen Erkrankung vom Alzheimer-Typ zu. Eine medikamentöse antidementive Therapie mit dem Cholinesteraseinhibitor Donepezil wurde eingeleitet.



Verlauf

Die Ehefrau berichtete nach Ablauf eines Jahres, dass sich die geistige Leistungsfähigkeit des Patienten unter 10 mg Donepezil pro Tag kurzzeitig verbessert habe, dann aber ein weiterer Abfall der Merkfähigkeit, der alltagspraktischen Fertigkeiten, der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses sowie der Schreib-, Lese- und Rechenleistungen eingetreten sei. Ihr Mann sei sehr reizbar und aggressiv geworden und habe ein deutlich erhöhtes Schlafbedürfnis. Andererseits bestünden auch Durchschlafstörungen und Alpträume. Die bereits initial diskret vorhandene Lustlosigkeit, gedrückte Stimmung und Minderung des Antriebs hätten sich verstärkt.

Im Vergleich zu den Vorbefunden ergab die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung eine leichte Verschlechterung der kognitiven Leistungen. Die zerebrale Bildgebung ergab keine Änderung zum Vorbefund von 2008.

Bei der Vorstellung nach zwei Jahren berichtet die Ehefrau, dass der Patient mehrmals nachts aus dem Schlaf heraus plötzlich aufgesprungen sei, um sich geschlagen und laut geschrien habe. Wenn ihr Mann bei Dunkelheit im Raum wach werde, habe er vereinzelt über optische Halluzinationen berichtet, welche beim Anschalten des Lichtes verschwinden würden. Die Gedächtnis- und Orientierungsleistungen hätten sich weiter verschlechtert, der Wortfluss sei deutlich verlangsamt; darüber hinaus wird von dem Verlust alltagspraktischer Fertigkeiten berichtet.

Schreiben, Lesen und die Uhrzeit ablesen seien nicht mehr möglich. Die Antriebslosigkeit und das starke Schlafbedürfnis des Patienten dauerten an. Seit zwei Monaten würden auch tagsüber Halluzinationen auftreten, so sehe der Patient fremde Menschen und Tiere in der Wohnung und behaupte seine Umgebung habe sich geändert. Er habe das Gefühl Gegenstände gehen verloren oder werden gestohlen.

Aktueller psychopathologischer Befund

Der Patient ist zeitlich und örtlich nur teilorientiert, formal verlangsamt und es imponieren Wortfindungsstörungen. Der Patient ist freundlich bis ängstlich im Kontakt. Die Aufmerksamkeit und Konzentration sind deutlich reduziert. Es bestehen eine Grübelneigung und Zukunftssorgen. Der Patient ist im Affekt querschnittlich eingeschränkt moduliert bis affektlabil. Der Antrieb ist wechselhaft zwischen psychomotorischer Unruhe und Apathie. Er leide unter Durchschlafstörungen und Alpträumen. MMSE: 14 Punkte, Uhr: 4–5, HAM-D: 8 Punkte.

Im neurologischen Untersuchungsbefund zeigt sich nun eine deutlich verlangsamte Koordination, eine Apraxie, ein Parkinson-Syndrom mit Hypomimie, einem kleinschrittigen Gangbild und fehlender Haltungsreaktion bei Retropulsion, ein leichter Nackenrigor sowie ein linksbetonter Rigor der oberen Extremität, weiterhin eine Blasenentleerungsstörung. Im UPDRS erreicht der Patient 23 Punkte.

Aufgrund des hinzugetretenen Parkinson-Syndroms und der Sinnestäu-

schungen in den zurückliegenden Monaten wurde ergänzend ein Glukose-PET sowie ein Dat-Scan (**Abbildung 3**) veranlasst. Deren Befunde bekräftigten den durch die im Verlauf veränderte Klinik entstandenen Verdacht auf eine Lewy-Body-Demenz (LBD). Wir stellten die antidementive Therapie von Donepezil auf Rivastigmin transdermal um. Ebenfalls begannen wir eine neuroleptische Medikation mit bis zu 25 mg Clozapin, die vom Patienten gut vertragen wurde. Die Sinnestäuschungen sowie die Schlafstörungen waren hierunter fast vollständig rückläufig. Eine deutliche Einschränkung der Gehfähigkeit durch das Parkinson-Syndrom zeigte sich nicht, sodass wir zunächst auch unter Berücksichtigung der psychotischen Symptomatik auf einen dopaminergen Behandlungsversuch verzichten konnten. Bei einer hinzugetretenen Blasenentleerungsstörung wurde die Medikation um Darifenacin einem selektiven M3-Acetylcholinrezeptor-Antagonisten erweitert, dieser wurde trotz der anticholinergen Effektes vom Patienten gut vertragen und führte zu einer Verbesserung der Miktion. Es wurde im gleichen Jahr eine Betreuung durch die Ehefrau eingerichtet und eine Pflegestufe beantragt.

Im Laufe des Jahres 2011 folgten Anpassungen der Clozapindosis, da einerseits die Halluzinationen zunahmen und damit der Leidensdruck und die Getriebenheit des Patienten, andererseits sich bei Erhöhung der Dosis, die Beweglichkeit des Patienten reduzierte und zusätzlich eine Zunahme des Apathie-Syndroms zu

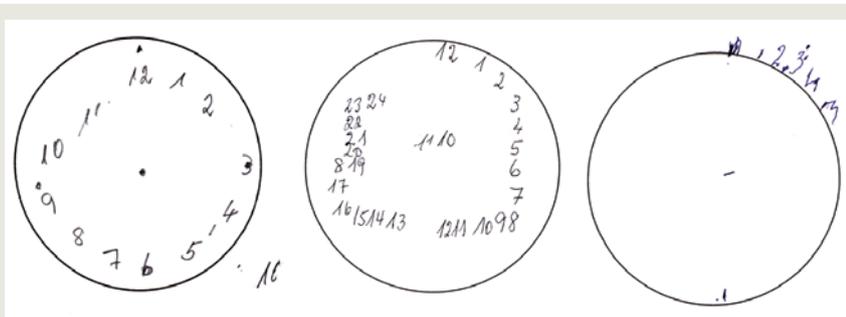


Abbildung 1: Das zentrale Merkmal der LBD ist das demenzielle Syndrom. Die Gedächtnisfunktion kann zu Beginn der Erkrankung noch relativ gut erhalten sein, häufig fallen Aufmerksamkeitsstörungen, Beeinträchtigungen der exekutiven und visoperzeptiven Funktionen auf. Der Uhrentest unseres Patienten zeigt den Zerfall visokonstruktiver (parietaler) Funktionen und des Problemlösens (frontale Funktionen) im Verlauf von drei Jahren.

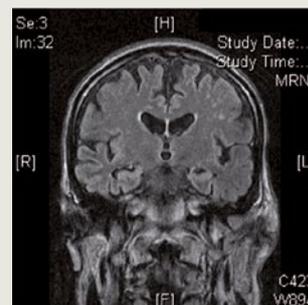


Abbildung 2: Das cMRT in koronarer Schichtung aus dem Jahr 2010 zeigt eine kortikal betonte globale Atrophie unter Einbeziehung des Hippocampus sowie mikroangiopathische Läsionen des Marklagers.

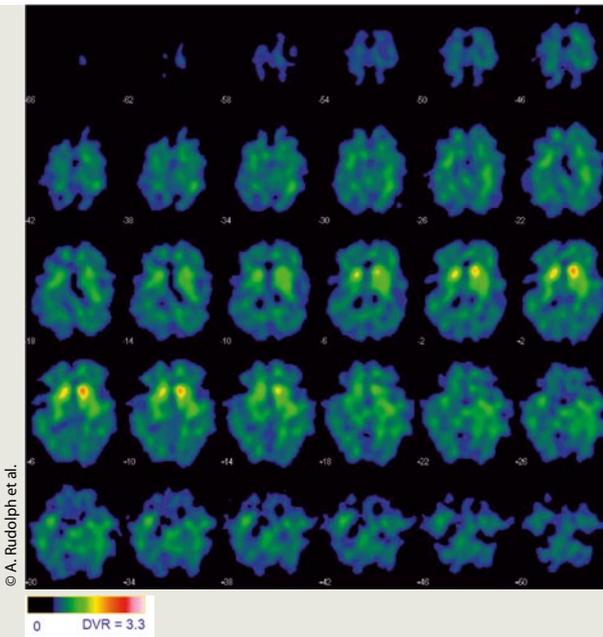


Abbildung 3: Spect Hirn-DaTSCAN von Oktober 2010. Die funktionelle Bildgebung zeigt eine reduzierte und asymmetrische Anreicherungen des Liganden FP-CIT an den Dopamintransporter (DAT) in den Stammganglien. Dies spiegelt die präsynaptische Degeneration des nigrostriatalen dopaminergen Systems wieder.

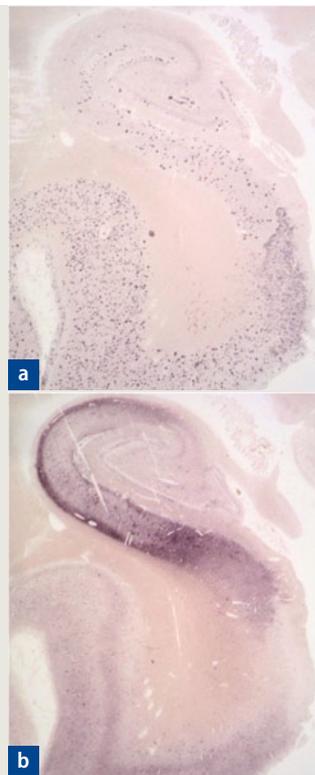


Abbildung 4:
a: Darstellung der β -Amyloidablagerungen (dunkel) im Bereich des Ammonshorns, des entorhinalen Kortex und des parahippokampalen Kortex. Es sind vergleichsweise wenige Ablagerungen (dunkel, fleckförmig) in der schneckenartigen Ammonshornformation, viele zusammenfließende im entorhinalen Kortex und viele fleckförmige im parahippokampalen Kortex zu erkennen.
b: Darstellung der intrazellulären Tau-Aggregate (dunkel) im Bereich des Ammonshorns mittels PET-Blot-Technik. Es sind viele Ablagerungen (dunkel, in dieser Vergrößerung nicht gegeneinander abgrenzbar) in der Ammonshornformation, kaum welche im entorhinalen Kortex und etliche im parahippokampalen Kortex zu erkennen.

beobachten war. Weiterhin fluktuierte die Vigilanz des Patienten stark. Zu Beginn des Jahres 2012 traten Myoklonien hinzu.

Im April 2012 erkrankte der Patient an einer Bronchopneumonie des linken Unterlappens, die einen septischen Verlauf nahm und zum Exitus letalis führte. Es erfolgte eine neuropathologische Untersuchung des Gehirns. Die histolo-

gischen Befunde zeigten β -Amyloidplaques (**Abbildung 4**) in hoher Dichte im zerebralen Neokortex, einem Stadium CERAD C entsprechend, sowie intraneuronale Tau-Tangles in Ammonshorn und Kortex, entsprechend einem Stadium Braak IV sowie Ablagerungen von α -Synukleinaggregaten (**Abbildung 5**), die ihrer Verteilung nach einem kortikalen

Stadium nach McKeith entsprechen. Es konnte also gezeigt werden, dass sowohl die histopathologischen Korrelate der Alzheimer- und Lewy-Body-Demenz gleichzeitig vorlagen. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Armin Rudolph
Dipl.-Psych. Angela Koglin
Dr. med. Oliver Peters (Korrespondenz)
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Campus Benjamin Franklin
 Eschenallee 3, 14050 Berlin
 E-Mail: oliver.peters@charite.de

PD Dr. med. Walter J. Schulz-Schaeffer
 Schwerpunkt Prion- und Demenzforschung
 Institut für Neuropathologie
 Universitätsmedizin Göttingen
 Georg-August Universität Göttingen
 Abteilung für Neuropathologie
 Robert-Koch-Str. 40,37075 Göttingen

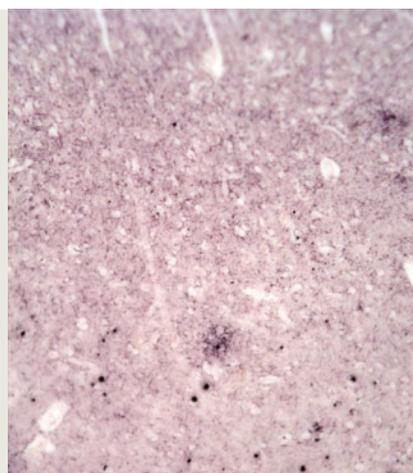


Abbildung 5: Darstellung der herausvergrößerten Synukleinablagerungen (dunkel) im Bereich des limbischen Kortex (Gyrus cinguli). Als fette dunkle Punkte sind die Lewy-Körperchen zu sehen. Die Vielzahl der anderen, kleineren Punkte entsprechen den Ablagerungen in der Präsynapse (Sendeseite) der Nervenzellen, die eine Unterbrechung der Signalweitergabe unter den Nervenzellen zur Folge haben.

1. Was kann bereits im Frühstadium ein typischer Hinweis auf eine Lewy-Body-Demenz sein?

- a) Enthemmung im sozialen Umgang
- b) Rapider Gewichtsverlust
- c) Schluckstörungen
- d) Motorisches Ausagieren von Träumen
- e) Wortfindungsstörungen im Gespräch mit Fremden

2. Welche weiteren Symptome begleiten oft eine Lewy-Body-Demenz?

- a) Störung der Okulomotorik
- b) Vermehrtes Schwitzen
- c) Einschlafstörungen
- d) Gewichtsverlust
- e) Häufige Stürze

3. Ablagerungen von welchem Protein charakterisieren im neuropathologischen Präparat eine Lewy-Body-Demenz?

- a) alpha-Synuklein
- b) beta-Amyloid
- c) Tau-Protein
- d) Prionen
- e) Huntingtin

4. Welche Medikation sollte bei beeinträchtigenden Halluzinationen bevorzugt eingesetzt werden?

- a) Galantamin
- b) Olanzapin
- c) Haloperidol
- d) Clozapin
- e) Aripiprazol

5. In welchem Zusammenhang stehen Parkinson-Symptomatik und Demenzentwicklung, damit definitionsgemäß eine Lewy-Body-Demenz vorliegt?

- a) Die Parkinson-Symptomatik geht der Demenzentwicklung immer voraus.
- b) Parkinson-Symptomatik und Demenzentwicklung müssen gleichzeitig neu auftreten.
- c) Die Demenzentwicklung steht in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten des Parkinson-Syndroms (üblicherweise wird eine 1-Jahresregel herangezogen).
- d) Die Demenzentwicklung geht der Parkinson-Symptomatik immer voraus.
- e) Es müssen nicht immer beide Symptome vorliegen.

1d, 2e, 3a, 4d, 5c

Zu Frage 1

Antwort d ist richtig. Kernmerkmale bei der LBD sind ein Parkinson-Syndrom, die Fluktuation der Kognition, besonders der Aufmerksamkeit und Wachheit, sowie wiederkehrende ausgestaltete visuelle Halluzinationen. Stark hinweisende Merkmale sind eine REM-Schlaf-Verhaltensstörung (REM-Sleep Behaviour Disorder, RBD), die gekennzeichnet ist durch lebhaft und angstbesetzte Träume, die von einer motorischen Komponente begleitet werden. Die aufgehobene physiologische Muskelatonie während des REM-Schlafes ist Ausdruck der Neurodegeneration.

Zu Frage 2

Antwort e ist richtig. Unterstützende Merkmale kommen häufig vor, weisen allerdings keine diagnostische Spezifität auf. Zu ihnen zählen autonome Dysfunktionen. Diese äußern sich in einer orthostatischen Hypotension (wiederholten Stürzen und Synkopen) oder Urininkontinenz.

Zu Frage 3

Antwort a ist richtig. α -Synuklein ist ein

kleines lösliches Protein, welches an der Regulation der Ausschüttung von Neurotransmittern beteiligt ist. Mutationen im SNCA-Gen sind verantwortlich für die erblichen Formen der Lewy-Körperchen-Demenz. α -Synucleinaggregate wurden 1996 als Hauptbestandteil der Lewy-Körperchen erkannt, die immer bei LBD histologisch zu finden sind. Damit war der Zusammenhang zwischen α -Synukleinaggregation und LBD hergestellt. Mittlerweile konnte gezeigt werden, dass ein bis zwei Zehnerpotenzen mehr α -Synukleinaggregate in den Präsynapsen von Nervenzellen zu finden sind, als in Lewy-Körperchen. Die präsynaptische α -Synukleinaggregation geht mit einer postsynaptischen Degeneration der Dendritenköpfchen einher, womit die Symptome der Neurodegeneration durch eine Unterbrechung der Signalübertragung erklärt werden können [9].

Zu Frage 4

Antwort d ist richtig. Bei der LBD (wie beim Morbus Parkinson) sind klassische und viele atypische Neuroleptika kontraindiziert, da eine ausgeprägte Neurolep-

tikaüberempfindlichkeit vorliegt, bei der sich die Parkinson-Symptome deutlich verstärken und Somnolenzattacken ausgelöst werden können. Es wird die Gabe von Clozapin und mit geringerer Evidenz Quetiapin empfohlen. Nur Rivastigmin hat eine Zulassung für die Demenz bei idiopathischem Parkinson-Syndrom.

Zu Frage 5

Antwort c ist richtig. Es gibt keine Vorgabe, zu welchem Zeitpunkt das Parkinson-Syndrom nach einer Demenz aufgetreten sein muss. Ziel der Definition ist es, zwischen LBD und dem idiopathischen Morbus Parkinson mit späterer Demenzentwicklung zu unterscheiden. Bei der Diagnose einer LBD wird ein offensichtlicher zeitlicher Zusammenhang zwischen Parkinson-Syndrom und Demenzentwicklung gefordert, wobei empfohlen wird, dann von einer Parkinson-Demenz zu sprechen, wenn die Demenz sicher erst später als zwei Jahre nach dem Parkinson-Syndrom aufgetreten ist und dann von einer LBD, wenn die Demenz spätestens innerhalb eines Jahres nach Auftreten des Parkinson-Syndroms erkennbar ist [7].



e.Akademie – mehr Service für alle!

Die e.Akademie macht es Ihnen noch einfacher, Ihre CME-Fortbildung zu planen, Ihren Lernerfolg zu messen und zu dokumentieren:

- ▶ Die **Kursübersicht** umfasst alle Fortbildungen der e.Akademie. Hier können Sie die gewünschten Kurse starten oder für eine spätere Teilnahme vormerken sowie die Kursdetails einsehen. Auf Wunsch können Sie die Kursübersicht auch nach Zeitschriften oder Fachgebieten einschränken.
- ▶ **Mein Kursplaner** zeigt alle Kurse an, die Sie vorgemerkt oder bereits begonnen haben.
- ▶ **Mein Kursarchiv/Punktekonto** bietet Ihnen jederzeit einen Überblick über die Ergebnisse Ihrer Kursteilnahmen und Ihr persönliches Punktekonto. Darüber hinaus haben Sie die

Möglichkeit, Ihre Teilnahmebescheinigungen einzusehen und Kurse zu Übungszwecken zu wiederholen.

- ▶ **e.Akademie aktuell** informiert Sie über aktuelle Fortbildungsthemen. Sie können diesen kostenlosen monatlichen Newsletter bestellen unter springermedizin.de/Newsletter

Teilnehmen und weitere Informationen unter:
springermedizin.de/eAkademie

Unser Tipp! Noch mehr Fortbildung bietet das e.Med-Komplettpaket. Hier stehen Ihnen in der e.Akademie alle Kurse der Fachzeitschriften von Springer Medizin zur Verfügung.

Testen Sie e.Med gratis und unverbindlich unter
springermedizin.de/eMed

LITERATUR

1. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.): S3-Leitlinie: Demenzen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), AWMF-Leitlinien-Register Nr.038/013, AWMF online 11/2009
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin, AWMF-Registernummer 031/037, AWMF online 10/2010
3. Bittner DM, Müller G, Bittner V. Nutzen des Datenscan bei möglicher Lewy-Body-Demenz. *Klin Neurophysiologie* 2010; 41(2):162-164
4. Ferman TJ, Smith GE, Boeve BF, et al. DLB fluctuations: specific features that reliably differentiate DLB from AD and normal aging. *Neurology*. 2004 Jan 27;62(2):181-7.
5. George JM. The synucleins. *Genome Biol*. 2002; 3(1): reviews3002.1–reviews3002.6.
6. Goedert M. Alpha-synuclein and neurodegenerative diseases. *Nature Reviews Neuroscience*. 2001;2(7):492–501.
7. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2005 Dec 27;65(12):1863-72.
8. Mollenhauer B, Förstl H, Deuschl G, Storch A, Oertel W, Trenkwalder C. Demenz mit Lewy-Körpern und Parkinson-Krankheit mit Demenz: Zwei häufige Demenzformen, die oft nicht erkannt werden. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(39): 684-91.
9. Schulz-Schaeffer WJ. The synaptic pathology of alpha-synuclein aggregation in dementia with Lewy bodies, Parkinson's disease and Parkinson's disease dementia. *Acta Neuropathologica* 2010 Aug;120(2):131-43.

Arzneimittel in der psychiatrischen Praxis

Welches Diuretikum bei Lithiumtherapie?



Bei psychotischen Depressionen wird Lithium zur Augmentation eingesetzt. Wenn Patienten mit Depressionen und Bluthochdruck gleichzeitig ein Schleifen- oder Thiaziddiuretikum einnehmen, besteht allerdings durch Anstieg der Lithiumkonzentration das Risiko für schwere Arzneimittelinteraktionen. Ist eine solche Komedikation nicht zu vermeiden, muss die Lithiumkonzentration engmaschig kontrolliert und die Dosis gegebenenfalls angepasst werden.

Der Fall: Bei einem Patienten mit rezidivierender psychotischer Depression soll Lithium zur Augmentation eingesetzt werden. Aufgrund eines Bluthochdrucks nimmt der Patient seit längerer Zeit sowohl ein Schleifendiuretikum als auch ein Kombinationspräparat aus einem Thiaziddiuretikum und einem ACE-Hemmer ein.

Eine solche Wirkstoffkombination birgt ein bekanntes Risiko für schwere Arzneimittelinteraktionen, die zu einem Anstieg der Lithiumkonzentration im Körper mit der Gefahr einer Lithiumintoxikation führen können [1, 2]. Aus diesem Grund wurde das Schleifendiuretikum bereits abgesetzt und nur noch die Gabe des Kombinationspräparats fortgeführt. Seitdem sind jetzt drei Wochen vergangen, die Lithiumkonzentration beträgt 0,6 mmol/l und ist damit derzeit unauffällig. Nun stellt sich die Frage, wenn diese Arzneimittelkombination nicht zu vermeiden ist, ob unter den vielen verfügbaren Diuretika solche vorhanden sind, die eher mit Lithium kombiniert werden können?

Lithiumintoxikation

Da die Lithiumkonzentration leider häufig nicht mit der erforderlichen Regelmäßigkeit bestimmt wird, wird eine Lithiumintoxikation oft erst beim Auftreten klinischer Symptome diagnostiziert. Im BKK Regensburg gilt für die Lithiumkonzentration im Blut ein therapeutischer Referenzbereich von 0,6–1,2 mmol/l, in der Regel treten Lithiumintoxikationen bei Konzentrationen oberhalb von 1,5 mmol/l auf [3]. Für die Langzeitprophy-

laxe werden im Allgemeinen Lithiumkonzentrationen zwischen 0,6 und 0,8 mmol/l empfohlen. Zu den Anzeichen einer Lithiumintoxikation zählen zum einen gastrointestinale Beschwerden, wie (wässriger) Durchfall, Erbrechen und Dehydratation, zum anderen neurologische Beschwerden, wie Ataxie, grobschlägiger Tremor, Hypertonie, Sprachstörungen, Verwirrtheit und Schläfrigkeit [4–6]. Die Gefahr einer schweren Lithiumintoxikation liegt darin, dass Schädigungen der Niere und des Kleinhirns unter Umständen nicht mehr reversibel sind.

Die therapeutische Breite von Lithium gilt als klein. Neben Situationen, in

denen es zu Wasser- und Elektrolytverlust kommt (Infekte, Durchfälle, Erbrechen, Exsikkose), sollte vor allem der Verschreibung von Arzneimitteln besondere Beachtung geschenkt werden, die über eine Ausscheidung von Natriumionen (Diuretika, ACE-Hemmer, Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten, Sartane) oder durch eine Reduktion der Nierendurchblutung, nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAP) zu höheren Lithiumkonzentrationen führen (Arzneimittelinteraktionen).

Verfügbare Diuretika

Prinzipiell stehen Wirkstoffe aus vier Gruppen von Diuretika zur Verfügung:

Gibt es Diuretika, die eher als andere mit Lithium kombiniert werden können?



Zur ersten Substanzgruppe zählen die Carboanhydrase-Hemmstoffe, die im proximalen Tubulus wirksam sind. Sie werden normalerweise nicht mehr als Diuretika verwendet. Der Vertreter Acetazolamid wird peroral oder parenteral zur Behandlung des Glaukoms eingesetzt und die Carboanhydrase-Hemmer Brinzolamid und Dorzolamid zur lokalen Behandlung direkt am Auge [7].

Die zweite Gruppe bilden die kaliumsparenden Diuretika, welche sich in die Aldosteronantagonisten und die zyklischen Amidine unterteilen. Die Aldosteronantagonisten Spironolacton, Eplerenon und Kaliumcanrenoat greifen am spätdistalen Tubulus und am Sammelrohr an und hemmen dort die Expression aldosteroninduzierter Proteine wie den Na^+ -Kanal und die Na^+/K^+ -ATPase. Die zyklischen Amidine, Amilorid und Triamteren blockieren Na^+ -Kanäle im spätdistalen Tubulus und im Sammelrohr.

Hinsichtlich ihrer Wirkstärke werden kaliumsparende Diuretika als schwach wirksam eingeteilt. Sie beeinflussen etwa 1–5% des Glomerulumfiltrats [8], indem sie die Ausscheidung von Natrium- und Chloridionen fördern. Kalium- und Magnesiumionen halten sie hingegen zurück [9].

Wer ist 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 Ärzten und Apothekern, der durch Dokumentation von UAW und Ordnungsverhalten, regelmäßige Fallbesprechungen, Wirkstoffkonzentrationsbestimmungen sowie einen Arzneimittelinformationsdienst und eine Bildungsakademie ein effektives sowie unabhängiges Pharmakokompetenzentrum 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).

Die dritte Gruppe besteht aus den Schleifendiuretika wie Furosemid, Torasemid, Azosemid und Etacrynsäure. Sie hemmen den $\text{Na}^+/\text{K}^+/\text{2Cl}^-$ -Carrier an der Henle'schen Schleife des Nierentubulus. Dadurch wird die Natriumrückresorption verhindert, die Natriumausscheidung also gefördert. Außerdem wird der tubuloglomeruläre Rückkopplungsmechanismus unterbrochen, das heißt, es kommt nicht kompensatorisch zu einem Anstieg der Aktivität des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems. Die glomeruläre Filtrationsrate sinkt also nicht kompensatorisch. Somit steigt die Ausscheidung von Natrium- und Kaliumionen und das Urinvolumen nimmt zu. Ebenso werden Kalzium-, Magnesium- und Chloridionen vermehrt eliminiert [8]. Schleifendiuretika bringen etwa 20–25% des Glomerulumfiltrats zur Ausscheidung [10].

Die letzte Gruppe umfasst die Thiazide, die den Na^+/Cl^- -Transporter im frühdistalen Tubulus blockieren und zusätzlich eine schwache Carboanhydrase-hemmende Wirkung zeigen. Unter dem Einfluss von Thiaziden werden etwa 5–8% des Glomerulumfiltrats zur Ausscheidung gebracht [11]. Dies geschieht vor allem durch die Zunahme der Exkretion von Natrium- und Kaliumionen. Außerdem werden vermehrt Magnesium- und Chloridionen aus dem Körper entfernt. Charakteristisch für Thiazide ist die Anreicherung von Kalziumionen im Körper [8].

Unter Berücksichtigung der Wirkstärke kommen für die Behandlung des vorstehenden Patienten in erster Linie Wirkstoffe aus den starkwirksamen Gruppen der Schleifendiuretika oder der Thiazide in Frage.

Wie wird Lithium ausgeschieden?

Lithium ist chemisch gesehen dem Natrium sehr nahe verwandt, das Molekül ist nur etwas kleiner. Lithium nutzt bei seiner Wanderung durch den Körper und bei seiner Ausscheidung dieselben Kanäle und Transportmechanismen wie Natrium. So wird es ebenso wie Natrium in den Glomeruli frei filtriert. Etwa 80% des filtrierten Lithiums werden im proximalen Tubulus, ein geringer Anteil im distalen Nephron rückresorbiert. Lithium nutzt den epithelialen Natriumkanal (ENaC), welcher in der apikalen Membran lokalisiert ist. Die Durchlässigkeit

des ENaC ist für Lithium eineinhalb- bis zweimal größer als für Natrium. Natrium wird über die Na^+/K^+ -ATPase wieder aus der Zelle herausgepumpt, wohingegen Lithium kein Substrat der Na^+/K^+ -ATPase ist und so in der Zelle, und zwar vor allem in den Zellen des Sammelrohrs, angereichert wird [3]. Über die Hemmung des Enzyms GSK3 β reduziert Lithium außerdem die Wasserrückresorption in den Sammelrohren mit der Folge einer unter Umständen ausgeprägten Polyurie.

Da die Therapie mit Diuretika zu Natriumverlusten führt, steigt kompensatorisch die Natriumreabsorption im proximalen Tubulus an, was auch eine erhöhte Lithiumreabsorption im proximalen Tubulus zur Folge hat; wegen des fehlenden Lithiumtransportes in Richtung Lumen wird Lithium im Blut und in der Niere angereichert. Über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen stellt sich ein neues Gleichgewicht der Natrium- und Wasserausscheidung ein, wobei die Natrium- und Wasserrückresorption kompensatorisch stimuliert ist. Mit diesem Mechanismus wird erklärt, warum unter allen Situationen, bei denen es zu einem Natriumverlust des Körpers kommt, Lithiumionen im Körper zurückgehalten werden und die Lithiumkonzentration im Blut ansteigt.

Schleifendiuretika und Lithium

Für die Behandlung mit Schleifendiuretika spricht, dass es Publikationen in der Literatur gibt, die ein Absinken der Lithiumkonzentration im Blut unter Anwendung von Schleifendiuretika beschreiben. Dies geschieht vermutlich über die Hemmung der Natriumrückresorption und somit passiv auch der Lithiumreabsorption im dicken aufsteigenden Ast der Henle Schleife, indem das positive elektrische Potenzial vermindert wird, welches den passiven Kationentransport in das Interstitium abschwächt [12]. Es wird aber auch berichtet, dass unter der Gabe von Schleifendiuretika die Lithiumkonzentrationen je nach Patient sowohl sinken als auch steigen können, eine sichere Voraussage also nicht möglich ist [3].

Eine große kanadische Fall-Kontroll-Studie mit 10.065 älteren Patienten, die über einen längeren Zeitraum Lithium einnahmen, zeigt aber innerhalb von 28

Tagen nach Beginn der Therapie mit Schleifendiuretika oder mit ACE-Hemmern ein massiv erhöhtes Risiko einer Lithiumintoxikation, ein vergleichbarer Effekt wurde unter Thiaziddiuretika nicht beobachtet [13].

Thiazide und Lithium

Eine Kasuistik beschreibt eine 62-jährige Frau, die über mehrere Jahre hinweg Lithium und Hydrochlorothiazid in aufeinander angepasster Dosierung ohne Intoxikationsreaktionen vertragen hatte. Erst durch die zusätzliche Behandlung mit dem ACE-Hemmer Lisinopril entwickelte sich innerhalb von sechs Wochen eine Lithiumintoxikation [2].

Fazit für die Praxis

Die Komedikation von Lithium mit Diuretika ist keine absolute Kontraindikation. Die Frage, welches Diuretikum als Komedikation zu einer Lithiumtherapie am besten geeignet ist, ist aber nicht ganz einfach zu beantworten. Die Literatur erweckt den Eindruck, dass Thiaziddiuretika am besten geeignet sind. Thiazide werden sogar gelegentlich zur Therapie einer exzessiven Lithium-induzierten Polyurie (Diabetes insipidus renalis) eingesetzt. Jedoch kann auch unter Thiaziden ein Anstieg der Lithium-

konzentration und damit eine Lithiumintoxikation nicht ausgeschlossen werden. Auf jeden Fall lässt die Zugabe eines ACE-Hemmers oder eines Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten (Sartan) das Risiko für eine Lithiumintoxikation erheblich ansteigen. Sollte die Komedikation von Lithium mit einem Diuretikum unvermeidbar sein, muss die Lithiumkonzentration engmaschig kontrolliert und die Dosis gegebenenfalls angepasst werden. Mit dem Anstieg der Lithiumkonzentration muss über einen Zeitraum von mindestens einem bis zwei Monaten gerechnet werden. Es findet sich auch die Empfehlung, die Lithiumdosis mit dem Beginn der Diuretikabehandlung gleich um 40 % zu senken. Aber auch in diesem Fall sollte die Therapieumstellung zur Sicherheit unter Kontrollen der Lithiumkonzentration erfolgen [2]. Hierbei sind die gültigen Empfehlungen der Fachinformationen zu berücksichtigen und auszudehnen, unabhängig davon, ob Lithium zusätzlich zu einer bestehenden Diuretikatherapie verordnet wird oder ein Diuretikum zu einer bestehenden Lithiumtherapie: „Die Bestimmung der Lithiumkonzentration sollte in den ersten vier (bei Diuretikakomedikation empfehlen wir acht) Wochen wöchentlich vorgenommen werden, danach im ersten halben Jahr einmal monatlich

und später in vierteljährlichem Abstand“ [14]. Der Patient muss darüber informiert werden, dass bei jeder Änderung der Diuretikadosis, bei jedem Präparatewechsel oder bei Verordnung zusätzlicher Medikamente seine Lithiumkonzentration zeitnah überprüft werden sollte. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Julia Ortlieb,

Monika Baier,

Dr. med. Josefine Röder-Aigner,

Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen,

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

Klinische Pharmakologie am Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie der

Universität Regensburg

Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg

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

AGATE e.V., Nelkenweg 10, 93080 Pentling

Diskussionsbeiträge von

Günter Winkler (Bad Tölz)

und Monika Singer (Agatharied)



Weitere Infos auf springermedizin.de

Kardiovaskuläres Risiko bei der ADHS-Behandlung

Seit vielen Jahren werden Methylphenidat und Atomoxetin zur ADHS-Therapie eingesetzt. 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 (3564166).

Zytostatika und ihre Beeinflussung durch Psychopharmaka

Das Interaktionslexikon stellt vorwiegend Wechselwirkungen der Psychopharmaka untereinander vor. Umgekehrt können Psychopharmaka aber auch einen erheblichen Einfluss auf internistische Erkrankungen und Therapien haben, wobei in Kombination mit der Unwirksamkeit oder Verstärkung der jeweiligen Therapie gerechnet werden muss (2995518).

Tics bei Kindern und Jugendlichen

Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Tics wissen nicht warum sie anders

sind und haben häufig große schulische Probleme, oft aufgrund einer Begleiterkrankung wie ADHS. Daher ist es sehr wichtig, sie und ihre Angehörigen genau aufzuklären und zu beraten. In leichteren Fällen kann die kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt werden, auf Antipsychotika sprechen etwa drei Viertel der Patienten an (3200894).

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

LITERATUR

1. Fachinformation Hypnorex® retard, Stand Juli 2010
2. Handler J (2009): Lithium and Antihypertensive Medication: A Potentially Dangerous Interaction. *J Clin Hypertens* 11, 738-742
3. Ibbeken C, Becker JU, Baumgärtel MW (2012): Nephrologische Nebenwirkungen einer Langzeit-therapie mit Lithium. *Dtsch Med Wochenschr* 137, 143-148
4. Mutschler E, Geisslinger G, Kroemer HK, Ruth P, Schäfer-Korting M (2008): Mutschler Arzneimittelwirkungen - Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 9. Auflage, p184 und p1079
5. Göthert M, Bönisch E, Schlicker E, Maier W (2005): Psychopharmaka – Pharmakotherapie psychischer Erkrankungen. in: Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie (begründet von Forth W, Henschler D, Rummel W), Urban & Fischer München, 9. Auflage, pp330-332
6. Berghöfer A, Grof P, Müller-Oerlinghausen B (2006): Recommendations for the safe use of lithium. In: Bauer M, Grof P, Müller-Oerlinghausen B (Hrsg): *Lithium in Neuropsychiatry. The Comprehensive Guide*. Informa Healthcare UK Ltd. pp 443-465
7. Hirneiß C (2007): Glaukom – Druck und Durchblutung in Balance bringen. *Pharm.Ztg* 15, zugänglich über PZonline <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=2885>
8. Turnheim K, (2005): Diuretika. in: Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie (begründet von Forth W, Henschler D, Rummel W), Urban & Fischer München, 9. Auflage, p517
9. Mutschler E, Geisslinger G, Kroemer HK, Ruth P, Schäfer-Korting M (2008): Mutschler Arzneimittelwirkungen - Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 9. Auflage, p699
10. Turnheim K, (2005): Diuretika. in: Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie (begründet von Forth W, Henschler D, Rummel W), Urban & Fischer München, 9. Auflage, p513
11. Turnheim K, (2005): Diuretika. in: Aktories K, Förstermann U, Hofmann F, Starke K: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie (begründet von Forth W, Henschler D, Rummel W), Urban & Fischer München, 9. Auflage, p516
12. Stokke ES, Østensen J, Hartmann A, Kill F (1990): Loop diuretics reduce lithium reabsorption without affecting bicarbonate and phosphate reabsorption. *Acta Physiol Scand* 140, 111-118. doi: 10.1111/j.1748-1716.1990.tb08981
13. Juurlink DN, Mamdani MM, Kopp A, Rochon P A, Shulman K I, Redelmeier D A (2004): Drug-Induced Lithium Toxicity in the Elderly: A Population-Based Study. *J Am Geriatr Soc* 52, 794-798
14. Fachinformation zu Quilonum®, Stand Oktober 2010

ADHS im Kindes- bis Erwachsenenalter

Modediagnose oder tatsächlich mehr Patienten?

ADHS ist in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus des öffentlichen und ärztlichen Interesses gerückt. Auch bei Erwachsenen gerät die Erkrankung stärker in das gesellschaftliche Bewusstsein. Vor allem bei Nicht-Behandlung der ADHS nehmen komorbide Störungen einen großen Stellenwert in Diagnostik und therapeutischer Herangehensweise ein.

CLAUDIA MEHLER-WEX UND WOLFGANG DEIMEL, BAD KISSINGEN



Kernsymptom der ADHS ist immer die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit.

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) ist eine angeborene, biologisch verankerte Erkrankung, die durch exogene Faktoren und Bedingungen günstig oder ungünstig beeinflusst werden kann. In Abgrenzung zu anderen, differenzialdiagnostisch zu erwägenden Störungsbildern ist sie „stabil“ und nicht episodisch verlaufend, wenngleich die Symptome sich entwicklungsabhängig und in Abhängigkeit von den erworbenen Kompensationsstrategien wandeln. Aktuelle Schätzungen zu Folge befinden sich von den erwachsenen ADHS-Patienten in Deutschland nur rund 10 % in Therapie [31]. Die Prävalenzraten der ADHS liegen für Schulkinder bei 4–6 %, für Erwachsene bei 2–4 % [32].

„Zappelphilipp“ und „Träumerchen“

Die Kardinalsymptome der ADHS sind hinlänglich bekannt: Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sind reduziert, damit verbunden auch das Reaktions- und Durchhaltevermögen. Der hyperkinetische Anteil der ADHS – ohne ihn (circa ein Fünftel der Fälle) wäre es nur eine „ADS“ – zeigt sich in starkem Bewegungsdrang, Unruhe, Zappeligkeit und überschießenden Verhaltensweisen, die auch leichtsinnig, da ohne Gefahreinschätzung, und somit gehäuft unfallträchtig sein können. Kennzeichnend ist schließlich auch das Symptom der Impulsivität bei mangelnder Frustrationstoleranz, was oft zu Störverhalten, Konflikten und schwierigem Sozialverhalten führt. Die Störung ist angeboren, und anamnestisch sind es oft „Schreikinder“ oder sonstige eher „schwierige“ oder sehr lebhaft Kleinkinder, bei denen später eine ADHS diagnostiziert wird. Auffällig werden die Kinder dann zumeist in den strukturierten Bedingungen der Schule, in die sie sich nicht einordnen können.

Die Jugend

Adoleszente mit ADHS sind reizbar, sprunghaft, unruhig und leiden immer stärker unter den kognitiven Einbußen (**Tabelle 1**). Bei fehlender Behandlung entwickeln sich vor allem bei ADHS, weniger bei ADS, im Laufe der Jahre, sprunghaft ansteigend um das 12. Lebensjahr, Komorbiditäten. Dabei scheint das Auftreten der Begleiterkrankungen einem reifungsabhängigen Muster zu folgen, welches im Modell der „Entwicklungs-komorbiditäten“ der ADHS zusammengefasst wird (**Abbildung 1**). Einschlafstörungen liegen bei der Hälfte der ADHS-Patienten vor, möglicherweise sind sie auch ein Vorläufersymptom. Das impulsiv bedingte Störverhalten kommt erst im Verlauf der ADHS auf und bringt negative Rückmeldungen im Schulkontext und zu Hause sowie soziale Ausgrenzung mit sich, was wiederum Frustration und negative Verhaltensweisen verstärkt. Das Ganze mündet in über 50 % der Fälle in eine ADHS mit Störung des Sozialverhaltens oder oppositionellem Verhalten [19]. Eine andere, oft hinter der expansiven Fassade nicht vermutete Komorbidität ist die Depression, die sich bei 30–40 % der Unbehandelten einstellt [19]. Sie leiden unter den tagtäglichen Konflikten, die sie selbst auslösen, dem Kontrollverlust und der mangelnden Selbststrukturierungsfähigkeit, den schulischen Defiziten und den familiären Interaktionsschwierigkeiten. Auch Ängste vor Leistungsversagen und sozialen Situationen sind nicht selten, kombiniert mit Somatisierungssymptomen (jeweils circa 20 %). Schulverweigerung kann sowohl in Zusammenhang mit den genannten affektiven Begleit-

symptomen auftreten als auch im Rahmen der Störung des Sozialverhaltens. Von zwei und mehr Komorbiditäten ist bei etwa 20 % der ADHS-Patienten auszugehen [13].

Durch noch nicht abschließend geklärte Reifungsvorgänge im Gehirn sistiert im (späten) Jugendalter oft das hyperkinetische Element beziehungsweise kann der Bewegungsdrang dann besser kontrolliert und auf gesellschaftskompatiblere Weise kanalisiert werden. Überdauern kann jedoch die Aufmerksamkeitsproblematik mit den entsprechenden Leistungsschwierigkeiten. Wurde bis zu dieser Altersstufe noch nicht behandelt, ist von einer Schulleistung und -laufbahn auszugehen, die unter dem eigentlichen Begabungsniveau des Betroffenen liegt: Klassenwiederholungen treten bei rund 40 % der Unbehandelten auf.

ADHS beim Erwachsenen

Die Persistenz der ADHS im Erwachsenenalter wird auf 33–60 % geschätzt [11]. Die Symptomtrias erweitert sich um oder verschiebt sich auf Desorganisiertheit, Affektlabilität und gestörte Temperamentskontrolle (Stressintoleranz). Der erwachsene ADHS-Patient ist im Vergleich zu jüngeren (**Tabelle 1**) oft rastlos, ungeduldig, gestenreich, nestelt gerne. Besonders Ruhe erfordernde Situationen (Konzertbesuche etc.) werden gemieden. Aufgaben werden verschoben. Vieles wird begonnen und nicht vollendet. Es mangelt an Organisationsfähigkeit. Dinge werden oft vergessen, eine erhöhte Ablenkbarkeit ist vorhanden. Es mangelt an Entspannungsfähigkeiten. Längeres Zuhören ist nicht möglich, Abdriften in Tagträume ist häufig. Die Affinität zu Nervenzitizel und unüberlegtem Handeln ist oft zu bemerken. Die Betroffenen sind reizbar und schwanken stark in der Stimmung. Durch die genannten Aspekte können Schwierigkeiten in strukturierten (z. B. Arbeitsplatz) und sozialen Bedingungen ausgelöst werden. Von besonderer Bedeutung ist das steigende Risiko für Komorbiditäten: 60 % leiden unter affektiven Störungen (30 % Angsterkrankungen). Bis zu 45 % betreiben einen Substanzmissbrauch, wobei bei rund einem Viertel der erwachsenen ADHS-Patienten von einer manifesten Sucht auszugehen ist [13]. Markant sind auch die Zahlen, die die Quote für Persönlichkeitsstörungen belegen: Am häufigsten ist der histrionische (35 %), narzisstische (30 %) und Borderline-Typus (28 %) vertreten, relativ selten der antisoziale Typus [13]. Ängstliche und anankastische Persönlichkeitsakzentuierungen wurden auf jeweils 20 % beziffert. Manchen ADHS-Patienten gelingt es, ihre Besonderheiten konstruktiv und zu ihrem Vorteil zu nutzen, etwa in künstlerisch-kreativen Aufgabenbereichen oder „aktiven“ Berufen.

Gesellschaftliche Auswirkungen

Patienten mit ADHS sind zwei- bis viermal häufiger in Autounfälle verwickelt als Nichtbetroffene. Die erhöhte Risikobereitschaft und das „Sensation Seeking“ verführt oft zu waghalsigeren Sportarten, leichtsinnigem Austesten neuer Erfahrungen, Teilnahme an Mutproben sowie (früher und unkontrolliertem) Alkohol- und Drogenkonsum. Da die Scheidungsraten bei ADHS-Betroffenen deutlich höher liegen, kann auch hier auf eine größere Unbedachtheit oder aber ein höheres interaktives Konfliktpotenzial geschlossen werden. Das Ausbildungsniveau ist verhältnismäßig geringer, vor allem sofern keine Behandlung durchgeführt wurde, die Schul- und Ausbil-

Tabelle 1

Alters- und entwicklungsabhängige ADHS-Symptomatik

Vorschulalter

- Ziellose motorische Unruhe
- Schlafprobleme
- Reduzierter Appetit
- Reizbarkeit
- Geringe Spieldauer
- Oppositionelles Verhalten

Schulalter

Früh:

- „Zappeln“ im Unterricht
- Zwischenrufen
- Stören („Klassenkasper“)
- Ablenkbarkeit
- Leistungsschwierigkeiten
- „Hausaufgabendrama“
- Impulsivität
- Vergesslichkeit
- Leichtsinn

Im Verlauf hinzukommend:

- Soziale Ausgrenzung
- Störung des Sozialverhaltens
- Aggressivität, Delinquenz
- Schulverweigerung
- Alkohol-, Drogenkonsum
- Depression

Erwachsenenalter

- Impulsive Suizidalität und Selbstverletzung
- Wender-Zeichen der motorischen Unruhe (Füßscharren, Gestenreichtum, Beschäftigung der Hände, Sitzunruhe, Nägelkauen)
- Innere Unruhe
- Organisationsschwäche
- Ablenkbarkeit
- Vergesslichkeit
- Kurze passive Aufmerksamkeitsspanne
- Hohe Fehlerrate beim Arbeiten
- Sprunghaftigkeit
- Ungeduld
- Risikobereitschaft
- Reizbarkeit
- Geringe Frustrationstoleranz
- Stimmungsschwankungen
- Konflikthaftes Verhalten

dungsabbruchraten dafür umso höher. Arbeitsplätze werden überdurchschnittlich häufig gewechselt – das mag an Leistungsproblemen oder der Konflikthanfälligkeit liegen, oder aber an der Sprunghaftigkeit und der beständigen Suche nach Neuem. Als Eltern sind ADHS-Patienten oft ungeduldig und rascher strafend sowie zum Teil inkonsistent im Erziehungsverhalten, was zu sekundären Interaktions- und Verhaltensproblemen auf Seiten der Kinder führen kann. Zudem ist ADHS vererblich.

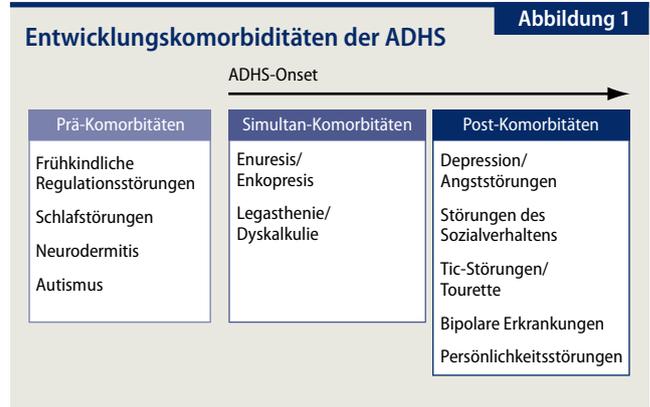


Tabelle 2

ICD-10-Klassifikationen für Störungen von Aufmerksamkeit und Hyperaktivität

Diagnose	Aufmerksamkeit	Hyperaktivität	Störung des Sozialverhaltens
F98.8	x		
F90.0	x	x	
F90.1	x	x	x

Kenntnis über das Störungsbild und etablierte Strategien im Umgang damit wirken sehr unterstützend im Umgang mit den eigenen, gegebenenfalls ebenso betroffenen Kindern.

Diagnostik

Aus dem ICD-10 kommen drei verschiedene Diagnosen in Frage, um Störungen aus den Bereichen Aufmerksamkeit und Hyperaktivität zu kodieren:

- F90.0 – Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
- F90.1 – Hyperaktive Störung des Sozialverhaltens
- F98.8 – Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität

Kernsyndrom ist immer die Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, das heißt, Hyperaktivität allein führt nicht zu einer Diagnose aus diesem Bereich. Gibt es über die beeinträchtigte Aufmerksamkeit hinaus keine Symptome, handelt es sich um eine einfache Aufmerksamkeitsstörung. Hierfür sieht das ICD-10 nur eine Restkategorie vor (F98.8 – „Andere näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in Kindheit und Jugend“). Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität wird hier aber explizit genannt. Kommen Hyperaktivität und Impulsivität dazu, wird die Diagnose F90.0 vergeben. Sind zusätzlich die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, gilt die Diagnose F90.1 (**Tabelle 2**).

Für den Kernbereich Aufmerksamkeit definiert das ICD-10 eine Reihe von Verhaltensweisen, zum Beispiel vorzeitiges Abbrechen von Aufgaben. Diese müssen im Verhältnis zum Alter und zur Intelligenz „sehr stark“ ausgeprägt sein und sie sollen in mehr als einer Situation auftreten, also etwa nicht nur zuhause oder nicht nur in der Schule. Es handelt sich somit um eine

reine Verhaltensdiagnose, das heißt, das Verhalten wird diagnostisch eingeschätzt. Bewährt haben sich dafür die Beurteilungsbögen des „Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II“ [9]. Die Kriterien des ICD-10 sind hier in Item-Form mit einer vierstufigen Einschätzungsskala („gar nicht“ bis „besonders“) versehen. Die 20 Items umfassen die Bereiche Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Zur Auswertung wird in jedem Bereich die Anzahl von Items mit den Ausprägungen „weitgehend“ oder „besonders“ aufsummiert; es gelten dann einfache Cut-off-Werte zur Diagnosestellung. Die Bögen liegen als Selbst- und Fremdeinschätzung sowie als Diagnose-Checkliste für Experten vor. Im Falle ambulanter Diagnostik wird man üblicherweise die Fremdbeurteilungsbögen von Elternhaus und Schule ausfüllen lassen und eine Diagnose stellen, wenn mindestens das Kriterium der Aufmerksamkeitsstörung in beiden Bögen, Schule und Elternhaus, erfüllt ist. Zur Abgrenzung von der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens kann zusätzlich der Fragebogen zur Störung des Sozialverhaltens verwendet werden.

Generell ist diese Art der Diagnosestellung mit Unsicherheiten behaftet, da die Einschätzung von Eltern und Lehrkräften Antworttendenzen aufweisen können. Für eine differenziertere Erfassung von Aufmerksamkeitsleistungen gibt es unzählige Tests, die jedoch günstigstenfalls eine Aussage über die Leistung eines Individuums in Relation zur Normstichprobe liefern können, etwa in Form eines Prozentranges. Ganz allgemein entsteht dabei auch das Problem, dass die diagnostische Situation mit Zunahme der Informationsmenge in der Regel unklarer wird und man sich überlegen muss, wie man diskrepante Informationen gewichtet. Aufmerksamkeits-tests sind daher eher aus förderdiagnostischer Sicht interessant und weniger zur Diagnosestellung.

Ein weiteres, wichtiges Zusatzkriterium ist der frühe Beginn. Laut ICD-10 sollte sich die Aufmerksamkeitsstörung vor dem sechsten Lebensjahr erstmalig manifestiert haben. Ein deutlich späterer Beginn der Symptomatik deutet klar auf eine andere Verursachung hin.

Die Hauptaufgabe der Diagnostik ist neben der Symptomerfassung die Suche nach alternativen Erklärungen für das Verhalten. Wichtige Differenzialdiagnosen sind emotionale Störungen aller Art sowie Anpassungsstörungen etwa bei getrennten oder in Trennung befindlichen Eltern. Sehr oft verbirgt sich bei Schülern hinter Unruhe und Aufmerksamkeitsproblemen auch eine Leistungsüberforderung, zum Beispiel bei einer nicht erkannten Lernbehinderung. Eine weitere zu betrachtende Differenzialdiagnose ist Hyperthyreose; eine Korrelation mit Neurodermitis wird ebenfalls angenommen [27].

Ein Sonderfall ist die Diagnosestellung bei Intelligenzminderung. Unruhe und Aufmerksamkeitsprobleme gehören hier in deutlichem Umfang zum Störungsbild dazu. Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung wird bei geistiger Behinderung in der Regel nicht gestellt, bei Lernbehinderung nur in den seltenen Fällen, wo die Aufmerksamkeitsproblematik in Relation zum Intelligenzniveau sehr stark ausgeprägt ist.

Der typische Untersuchungsgang umfasst somit:

- Ausführliche Exploration von Patient und Familie
- Informationen aus dem relevanten Umfeld (Kindergarten, Schule, Beruf)

- Erfassung von Aufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität und gegebenenfalls dissozialem Verhalten mit diagnostischen Fragebögen, Fremd- und Selbstbild
- Ausführlicher Intelligenztest
- Körperlich-neurologische Untersuchung
- Fakultativ: spezielle Aufmerksamkeits-tests

Diagnostik in Abhängigkeit vom Alter

Die grundsätzliche Frage, ob ADHS im Erwachsenenalter strukturell und konzeptuell dieselbe Störung wie im Kindes- und Jugendalter ist, ist heute noch nicht abschließend zu beantworten. Es gibt aber empirische (faktorenanalytische) Hinweise darauf, dass über alle Altersgruppen hinweg die beiden Faktoren Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität/Impulsivität sowohl der Selbst- als auch der Fremdeinschätzung zugrunde liegen [24]. Je jünger der Patient, desto mehr wird man sich auf Informationen der Bezugspersonen und des Umfeldes stützen. Aber auch bei Jugendlichen ist die Selbsteinschätzung oft erstaunlich unzuverlässig und diskrepant zur Fremdbeurteilung. Bei Erwachsenen können zusätzlich zum Selbstbild Fremdeinschätzungen von Partnern, Freunden und Arbeitskollegen herangezogen werden. Es zeigte sich aber auch, dass die Selbsteinschätzung von Erwachsenen mit einer Experten-Fremdeinschätzung hoch korreliert [24]. Grundsätzlich sind Selbsteinschätzungen bei Erwachsenen daher ein valider Weg, die aktuelle Symptomatik einzuschätzen.

Die Entwicklung von ADHS-Fragebögen speziell für Erwachsene ist noch im Gange [30]. Wie im Kinder- und Jugendbereich gilt auch hier, dass spezielle, neuropsychologisch orientierte Tests zur Diagnosestellung wenig hilfreich sind. Im Vergleich zu anderen Störungen kommt der Anamnese eine große Bedeutung zu [31]. Mit anderen Worten: Man muss mehr in den Blick nehmen als nur die aktuelle Psychopathologie. Auch hier gilt, dass die Erstmanifestation bereits im Vorschulalter erfolgt sein muss. Eine zuverlässige Diagnostik aus diesem Lebensalter liegt in der Regel nicht vor, so dass auf valide Erinnerungen beispielsweise auch der Eltern von erwachsenen Patienten zurückgegriffen werden sollte, soweit dies möglich ist.

Solange es keine eigenständigen Symptomkriterien für Erwachsene gibt, müssen die Kriterien für Kinder und Jugendliche (ICD-10) für Erwachsene angepasst werden, in dem etwa die auf Schule bezogenen Fragen so umformuliert werden, dass sie auf Berufstätigkeit anwendbar sind. Dies wurde zum Beispiel in dem Selbstbildfragebogen ADHS-SB und der entsprechenden Diagnosecheckliste ADHS-CL [25] umgesetzt. Der Untersuchungs-gang bei Erwachsenen sieht demnach prinzipiell genau so aus wie bei Kindern und Jugendlichen, ist aber in der Durchführung anspruchsvoller, da mehr und komplexere anamnestische Daten erhoben werden müssen. Auch die differenzialdiagnostische Betrachtung ist – da auf die gesamte Lebensspanne bezogen – komplexer.

Insgesamt ist die ADHS-Diagnostik anspruchsvoll, da die zentrale Information durch Verhaltensbeobachtung und -beurteilung gewonnen wird, was hinsichtlich Reliabilität und Objektivität kritisch einzuschätzen ist. Dazu kommt bei Kindern und Jugendlichen die Unsicherheit durch das Laienurteil von Eltern und Lehrkräften, welches sicher oft durch Dissimulation oder

appellative Tendenzen beeinflusst ist. Außerdem ist problematisch, dass die Symptome nicht sehr spezifisch sind, da es viele weitere Ursachen für Aufmerksamkeitsprobleme und Hyperaktivität gibt; viele andere Störungen sind demnach differenzialdiagnostisch auszuschließen. Insgesamt dürfte diese Konstellation dafür verantwortlich sein, dass ADHS überdiagnostiziert wird. Dies lässt sich nur dadurch auffangen, dass die Diagnose ausschließlich von ausgewiesenen Experten mit viel Erfahrung gestellt wird.

Ist ADHS eine Modediagnose?

Oft wird behauptet, ADHS sei eine Modediagnose. Das heißt, die Diagnose würde häufig zu Unrecht gegeben. Für einen Anstieg zumindest bei der Behandlung spricht, dass die Verordnung von Methylphenidat bei Kindern und Jugendlichen enorm zugenommen hat. Mögliche Erklärungen dafür sind:

- Es werden mehr Patienten als früher überhaupt behandelt.
- Es werden mehr Patienten als früher medikamentös behandelt.
- Es werden mehr ADHS-Diagnosen gestellt bei konstanter Zahl von tatsächlich Betroffenen.
- Es gibt einen starken Anstieg der Symptomatik und daher der tatsächlich Betroffenen.

Da ADHS eine reine Verhaltensdiagnose ist und es keine objektiven Kriterien gibt, spielen gesellschaftliche Normen und Rahmenbedingungen eine große Rolle. Zu Zeiten, als der Großteil der Bevölkerung als Bauern gearbeitet hat (und Kinder vom frühen Alter an mitarbeiten mussten) spielte Aufmerksamkeit eine vernachlässigbare Rolle. Später, als in der bürgerlichen Familie Kinder ihre Eltern häufig gesiezt haben, wurde Hyperaktivität sicher durch äußeren Zwang reglementiert. Erst mit Einführung der Schulpflicht entstand überhaupt eine Situation für Kinder, in der systematisch Aufmerksamkeit eingefordert wurde. Dazu kommt, dass viele der heutigen Eltern von ihren Eltern ab den späten 1960er-Jahren nicht mehr so autoritär wie in früheren Zeiten erzogen wurden; die Verunsicherung heutiger Eltern beim Ausbalancieren von Autorität und Laissez-faire ist jedem gut bekannt, der in diesem Bereich therapeutisch oder beratend tätig ist. Außerdem kommt noch der zunehmende Zerfall der bürgerlichen Kleinfamilie dazu, mit den für Kinder hohen Anforderungen, mit den zwei Familien der getrennten Eltern irgendwie gleichzeitig zurechtzukommen – auch das kann Unruhe und Aufmerksamkeitsprobleme erzeugen. Und schließlich sei noch erwähnt, dass durch Computerspiele und Internet die Gesellschaft insgesamt eine ungeheure Beschleunigung erfahren hat. Insofern haben wir es tatsächlich mit einem Anstieg bei der Zahl der Betroffenen zu tun. Eine Mode ist das aber nicht, sondern vielmehr das Resultat gesellschaftlicher Veränderungen.

Wirksame Therapien bei ADHS

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie [7] empfehlen die Verhaltenstherapie sowie kognitive Therapie als wirkungsvolle Maßnahme, um Fehlverhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen dezidiert herauszugreifen und zu beüben oder dysfunktionale Gedanken und Verknüpfungen zu modifizieren. Erstes Ziel müssen Problem-

definition, Vermittlung eines einheitlich verstehbaren Krankheitskonzepts und die Definition gemeinsamer Behandlungsziele mit Patient und Eltern sein. Darauf kann dann ein entsprechendes verhaltenstherapeutisches Programm abgestimmt werden. Bei älteren Patienten mit besserer Reflexionsfähigkeit kommen die Vermittlung von Problemlösestrategien und Zeitmanagement- sowie Selbstkontrolltechniken zum Einsatz. Ganz junge Kinder profitieren von psychosozialen Interventionen und vereinfachten verhaltenstherapeutischen Methoden. Unabdingbar sind Schulinterventionen wie Vermittlung von Lern-techniken, sozialen Kompetenzen und Kontingenzmanagement. Sport und Bewegung vermögen externalisierendes Verhalten deutlich zu reduzieren [14]. Programme wie das Marburger Konzentrationstraining, das es für alle Altersstufen vom Kindes- bis zum Jugendalter gibt [18], unterstützen Selbstinstruktionstechniken zur Verbesserung der Selbstorganisation und beziehen auch die Eltern mit ein (z. B. Hausaufgabensituation).

Bei sauber diagnostizierter AD(H)S ist die Kombination mit einer Pharmakotherapie am Erfolg versprechendsten. Allerdings sind fachlich konsequent durchgeführte Verhaltensprogramme wie das „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten“ [8] oft so gut wirksam, dass die Medikationsdauer aufgrund der erarbeiteten Techniken zum Teil abgekürzt werden kann. Ein besonders wichtiges Element sind die pädagogischen Therapieansätze sowie die psychosoziale Therapie (u. a. Erziehungs- und Schulberatung). Elterntrainings unterstützen im konstruktiv-pädagogischen Umgang mit den Verhaltensbesonderheiten und der Verschiebung des elterlichen Fokus von negativen Wahrnehmungen auf Ressourcen und positive Interaktionsmomente. Token-Systeme helfen beim Verstärken erwünschten Verhaltens. Konsequentes, nachvollziehbares Erziehungsverhalten wird trainiert. Die Einbeziehung der Schule und bestmögliche Modifizierung des Unterrichtssettings sind unabdingbar für den alltäglichen Erfolg der Behandlung. Hilfreich sind ein stimulierender, aufmerksamer, fokussierender Unterricht, die gezielte Ansprache und Einbindung des Schülers, die Fragmentierung von Aufgabenstellungen in gut verstehbare Einzelteile, ritualisierte Abläufe, die kontingente Verstärkung auch kleiner Fortschritte, die Vereinbarung von Erinnerungs- und Vorwarnsignalen, sobald sich Problemverhalten abzeichnet, sowie ein reizarmer Arbeitsplatz in der Nähe des Lehrers.

Empirisch nicht belegte Therapiemöglichkeiten sind bestimmte Diäten und Nahrungsergänzungsmittel, psychoanalytische Therapieansätze sowie (alleinige) Ergotherapie, Krankengymnastik und ähnliches.

Therapie bei Erwachsenen

Bei Erwachsenen sind ebenfalls Psychotherapie, nun unter Einbeziehung gegebenenfalls eines Partners, vor allem in Form von kognitiver Verhaltenstherapie sinnvoll, sowie Soziotherapie, das heißt Beratung bezüglich Berufsfindung, Umschulungen oder eines geeigneten Arbeitsplatzes. Themenbereiche der Psychotherapie fokussieren den Verhaltens- und Leistungsbereich, die emotionale Befindlichkeit und die sozial-interpersonelle Ebene. Auf Deutsch erhältlich sind die Manuale von Hesslinger [12] und Safren [28]:

- Das Gruppenprogramm von Hesslinger bezieht aufgrund der emotionalen Schwankungen und Impulsivität bei ADHS Elemente der für Borderline-Störungen entwickelten „Dialektisch-Behavioralen Therapie“ (DBT) ein; Inhalte der 13 Sitzungen sind unter anderem Achtsamkeit, Organisation/Zeitmanagement, Umgang mit Gefühlen, Impulskontrolle/Handlungsplanung, Beziehungsgestaltung, Verhaltensanalyse, Stressbewältigung.
 - Die kognitive Verhaltenstherapie von Safren sieht 17 Sitzungen im Einzelsetting vor und umfasst vier Basismodule (1. Psychoedukation, Planung und Organisation, 2. Umgang mit Ablenkbarkeit, 3. Kognitive Umstrukturierung und funktionales Denken, 4. Emotionsregulation).
- Psychoedukative Interventionen wie das Gruppenprogramm von d'Amelio [6] umfassen neben der Wissensvermittlung zu ADHS und Therapie unter anderem auch die Behandlung der Implikationen einer ADHS auf Sozialleben, Selbstbild, Selbst- und Impulskontrolle, Stressmanagement, Verhaltensmodifikation und Stimmungsregulierung. ADHS-Patienten mit bereits relativ guten Techniken der Alltagsbewältigung könnte ein personenkonzentriertes Coaching unterstützen, welches ressourcenorientiert noch effektivere Lösungswege und Selbstmanagementstrategien erarbeiten lässt (zielorientiertes, graduiertes Vorgehen unter Prüfung der Selbstwirksamkeit; „Hilfe zur Selbsthilfe“ [6]. Lohnenswerte Techniken für adulte ADHS-Patienten sind in **Tabelle 3** zusammengefasst. Bei den psychotherapeutischen Herangehensweisen ist zu beachten, dass störungsimmanent den

Therapeuten folgende Besonderheiten erwarten dürften: Vergessen von Hausaufgaben und Terminen, Unpünktlichkeit, schwankende Motivation sowie vordergründige Zustimmung („Ja, ja“ – versus „Überhören“). Diese Dinge müssen Inhalt der Therapie sein, wobei Verhaltens-, Lösungs- und Präventionsanalysen im Fokus stehen sollten. Wichtig ist dabei die wertschätzende Grundhaltung des Therapeuten, um nicht negative Grundannahmen des Patienten zu verstärken, sondern Modifikationen zu ermöglichen [31].

Wesentlich sind bei Erwachsenen auch die Behandlungsmaßnahmen eventuell vorliegender Komorbiditäten. Bei Unzulänglichkeit der genannten Strategien kann dann die Psychopharmakotherapie unterstützend zum Zuge kommen, in der gleichen Abfolge wie bei Minderjährigen:

- Methylphenidat (wirkt auch bei mindestens zwei Dritteln der Betroffenen)
- Amphetamin (zweite Wahl)
- Atomoxetin (dritte Wahl)

Zusammengefasst sieht der Behandlungsalgorithmus bei Erwachsenen mit ADHS folgende Reihenfolge vor [23]:

- Gegebenenfalls Behandlung einer vorliegenden Komorbidität
- Pharmakotherapie *oder* Psychotherapie der ADHS
- Pharmakotherapie *und* Psychotherapie der ADHS
- Compliance-Prüfung, Dosissteigerung
- Medikationswechsel (Atomoxetin, Amphetamin, Antidepressiva)

Tabelle 3

Verhaltensstrategien bei ADHS im Erwachsenenalter [31]

Technik	Inhalt	Ziel
Mindmapping	Definition eines zentralen Ziels, Aufteilung in zugehörige Hauptthemen und wiederum untergeordnete To-do	Veranschaulichung und Planungsschritte
Prioritäten- und To-do-Listen	Aufgabenübersicht und -sortierung, positive Verstärkung durch Abarbeitung („Abhaken“)	Arbeitsorganisation, Übersicht bewahren, Nichts vergessen
„Salami-Taktik“	Zerlegung großer Aufgaben in Teilschritte, Abwägung der Teilschritte über Pro- und Kontra-Listen	Umgang mit überwältigenden Aufgaben, Entscheidungsfindung
Zeitplanbuch	Schriftliche oder elektronische Kalenderführung über alle Aufgaben	Vollständige Übersicht
Ablagesysteme	Unterlagen sollen nach einem übersichtlichen Prinzip abgelegt werden; Post wird nach bestimmten Kategorien sortiert, wobei Terminliches hervorgehoben wird; Bearbeitungszeiten für Post (z. B. Rechnungen bezahlen) müssen fest im Kalender eingetragen sein	Pünktliche Bearbeitung, Überblick, Ordnung
Vierfelderschema gegen „Sabotage“ und Hinauszögern	Hinauszögern unliebsamer Aufgaben: Was spricht für, was gegen die Durchführung oder Nichtdurchführung einer Aufgabe?	Überblick und Bewusstwerdung langfristiger Handlungskonsequenzen versus kurzfristigem Gewinn (Entlastung)
Innerer Dialog und Ampelsystem	Grad der aktuellen Tendenz zu Impulsivität wird nach Ampelsystem eingeschätzt, innerer Dialog unterstützt Reflexion („Stopp! Bleib ruhig! Was kann ich jetzt tun?“)	Impulskontrolle, Selbstinstruktion
Ablenken	Konstruktive Ablenkung bei zunehmender Gespanntheit (Fantasiereise, „100 minus 7-Rechnen“, Situation mit allen Sinnen wahrnehmen)	Kontrolle über Kontrollverlust
Selbst-Achtsamkeit	Wahrnehmung körperlicher Signale, ausgewogene und regelmäßige Ernährung, fester Schlaf-Wach-Rhythmus, ausreichendes Bewegungspensum	Wohlfühl, Stabilität

- Pharmakologische Kombinationsbehandlung, zum Beispiel Stimulanzien plus Antidepressiva (vor allem Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Venlafaxin; insgesamt jedoch keine empirischen Grundlagen hierfür vorhanden). Keine Kombination von Methylphenidat und Atomoxetin!

Medikamentöse Therapie

Die Markteinführung von Methylphenidat erfolgte 1955, und die gute Verträglichkeit sowie fehlende Abhängigkeitsentwicklung im Rahmen des therapeutischen Einsatzes ist in Langzeit-

studien hinreichend erwiesen. Vorteilhaft für die sorgfältige Titrierung und Wirksamkeitseinschätzung ist die nach 20 bis 30 Minuten einsetzende Wirksamkeit der kurz wirksamen Präparate und die kurze Halbwertszeit mit einer Wirkdauer von nur drei bis vier Stunden. Es ist daher sehr genau beobachtbar, ob eine Wirkung einsetzt, wie lange sie andauert und wie gut sie die Symptomatik abdeckt. Stimulanzien sind keine Leistungspillen; sie ermöglichen nicht nur ein konzentrierteres Arbeiten, sondern verhelfen auch zu besserer Selbstkontrollfähigkeit und reduzierter Impulsivität im sozial-freizeitlichen Kontext. Zu empfehlen ist daher eine kleinschrittige Eindosierung in 5 mg-Schritten alle drei bis vier Tage, wobei der Schwerpunkt am Morgen liegt, dann eine zweite, meist niedrigere Dosis um etwa 11.00 Uhr und gegebenenfalls eine dritte um 14.00 Uhr. Die letzte Dosis sollte nicht nach 16.00 Uhr gegeben werden, um Einschlafstörungen sicher vorzubeugen. Wegen der genannten kurzen Halbwertszeit sind bis zum Abend die Stimulanzien aus dem Körper eliminiert, es geschieht keinerlei langzeitschädigende Anreicherung im Organismus.

Für die bessere Praktikabilität im Alltag empfiehlt sich oft die Umstellung auf ein retardiertes Präparat, sodass nur ein bis zwei Einnahmen notwendig werden. Je nach Anteil der rasch freisetzenden Dosis muss gegebenenfalls am Morgen oder mittags zusätzlich ein kurz wirksames Präparat noch unterstützend zugegeben werden, oft aber genügt die Einmaleinnahme des Retardpräparates am Morgen. Bei Minderjährigen respondieren 70 % aller Patienten auf Methylphenidat, weitere 20 % auf Amphetamin. Maximal 40 mg Amphetamin sollten am Tag gegeben werden, die Halbwertszeit ist etwas länger, daher genügen oft zwei Gaben (morgens und mittags).

Auch die Studienlage bei Erwachsenen, wenn auch noch nicht so umfangreich wie bei Minderjährigen, beschreibt die medikamentöse Therapie des ADHS als eine der effektivsten der Medizin: Die Number Needed to Treat (NNT, das heißt, die Anzahl der Patienten, die behandelt werden müssen, um eine erfolgreiche Response zu erwirken) liegt für Methylphenidat bei 3, für Atomoxetin bei 5, eine extrem niedrige Zahl [10].

Für alle Stimulanzien gilt, dass sie am besten zu einer Mahlzeit oder danach eingenommen werden sollten, da sie zuvor den Appetit reduzieren würden. Beachtet man dies, kommt es bei Heranwachsenden in der Regel nicht zu Minderwuchs, Gedeihstörungen oder Untergewicht [20], da die Patienten spätestens am Abend im medikationsfreien Intervall den Appetit „nachholen“. Dosierte man langsam ein, sind Herz-Kreislaufwirkungen wie Schwindel, Übelkeit oder Kopfschmerzen höchst selten zu beobachten. Sehr selten treten paradoxe Reaktionen auf mit verstärkter motorischer Unruhe, oder aber eine depressive Verstimmung. Diese ist sorgfältig von Fehldeutungen abzugrenzen: Gerade bei sehr lebhaften Patienten kann die Medikation wirken, als werde „ein Schalter umgelegt“, und durch die plötzlich bessere Selbstorganisationsfähigkeit erscheinen die Betroffenen „ruhiger“, was jedoch nicht mit einer Depression gleichzusetzen ist.

Kontraindikationen

Relative Kontraindikationen für die Stimulanzienabgabe sind Tic-Störungen, wobei in vielen Fällen die Tics unbeeinträchtigt oder sogar gebessert erschienen. Zudem muss an Anfallsleiden, Eng-

Tabelle 4

Empfehlungen bei der Anwendung von Stimulanzien

- Umfassende fachärztliche Diagnostik bezüglich AD(H)S
- Einsatz nur bei gesicherter AD(H)S-Diagnose
- Vorausgehende Psychoedukation über ADHS, verhaltenstherapeutische Empfehlungen
- Bei Schülern: Einbeziehung der Schule in die Erhebung der Baseline-Symptomatik (Lehrerfragebögen)
- Beurteilungsfragebögen für die Eltern oder Anamnese mit Bezugspersonen
- Aufklärung über Methylphenidat/Amphetamin
- Schrittweise Eindosierung bis zu einer ersten (niedrigen, potenziell ausreichenden) Zieldosis
- Wiedervorstellung zur Besprechung der erwünschten und gegebenenfalls unerwünschten Effekte, im Bedarf Dosisanpassung
- Erneute Wochenbeurteilungsbögen für Eltern und Lehrer sowie Zwischenanamnesen/regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit, sobald die vorläufige Zieldosis erreicht ist
- Wiedervorstellung und Prüfung der Beurteilungsbögen, gegebenenfalls Dosisanpassung; parallele psychosoziale oder/und verhaltenstherapeutische Maßnahmen
- Medikamentöse Behandlungsdauer zunächst für ein Jahr, ohne Pausen an den Wochenenden oder im Urlaub. Währenddessen regelmäßige Wiedervorstellungstermine zur Medikationsüberprüfung und für therapeutische Begleitmaßnahmen. Bei Adoleszenten nach einem Jahr unter fachärztlicher Abwägung eventuell Medikamentenpause in den Ferien. Bei ausgeprägter Anfangssymptomatik ist dies nach einem Jahr möglicherweise noch nicht sinnvoll. Mehrjährige Behandlungsdauern sind die Regel.
- Stetige Überprüfung der Therapieziele und zugehörige Maßnahmen, regelmäßige Labor- und EKG-Kontrollen. Im Jugendalter kann die Medikation manchmal sogar etwas reduziert werden beziehungsweise ist die Dosis in Relation zum zunehmenden Gesamtkörpergewicht niedriger als im Kindesalter.
- Absetzen in kleinen Schritten unter fachärztlicher Begleitung im späteren Jugendalter oft möglich, vor allem wenn begleitende Behandlungsstrategien ausreichende Kompetenzen im Umgang mit den Verhaltensbesonderheiten gefestigt haben. Ist dies nicht der Fall, kann auch im Erwachsenenalter weiter behandelt werden.

winkelglaukom, nicht therapierte Hyperthyreose, koronare Herzkrankheiten, arterielle Hypertonie und kardiale Rhythmusstörungen gedacht werden. Es besteht jedoch keine Dosis-Nebenwirkungs-Korrelation hinsichtlich kardialer Arrhythmien, sodass ein erhöhtes kardiales Risiko unter Methylphenidat nicht anzunehmen ist [4, 29]. Psychosen werden durch Stimulanzien verstärkt im Rahmen der dopaminergen Aktivität; daher besteht hier eine Kontraindikation. Bei Substanzabusus oder Süchten müssen Wechselwirkungen äußerst kritisch berücksichtigt werden, außerdem sind hier allenfalls Retardpräparate (kein sofortiges Wirkempfinden) oder Atomoxetin (kein stimulierender Effekt) zu erwägen, um einen Missbrauch der Medikation zu verhindern. Bei Minderjährigen oder unter Betreuung Stehenden sind ein kontrolliertes Ausgaberegime und die Überprüfung der Einnahme bis hin zur Mundkontrolle Maßnahmen, die hier eine gewisse Sicherheit gewährleisten können. Schwangerschaft und Stillzeit sind absolute Kontraindikationen für Stimulanzien. Strategien zur Anwendung von Stimulanzien sind **Tabelle 4** zu entnehmen.

Stimulanzien bei Erwachsenen

Die Stimulanzien wirken im Erwachsenenalter meist erst ab einer relativ hohen Dosis, das heißt, bis zu 1,4 mg/kg bei Methylphenidat (maximal 100 mg pro Tag) [21] und bis zu 60 mg Amphetamin. In einer Metaanalyse von 18 placebokontrollierten Studien zu Methylphenidat bei ADHS im Erwachsenenalter wurden Dosierungen durchschnittlich um 60 mg gewählt, und pro 10-mg-Steigerung ergab sich eine signifikante Wirksamkeitserhöhung. Hier lohnt sich also die Ausdosierung, wobei ADHS mit komorbiden Begleitstörungen weniger respondierten [3]. Effektstärken liegen für Methylphenidat bei 0,9; placebokontrollierte Studien belegten eine gute Wirksamkeit auch über längere Zeiträume, wobei eine erhöhte Nebenwirkungsrate auch unter den relativ höheren Dosierungen nicht verzeichnet wurde [15, 26]. Eine Metaanalyse von sieben placebo- oder aktiven Vergleichssubstanzen (Guanfacin, Modafinil, Paroxetin)-kontrollierten Studien zu Amphetamin bei adultem ADHS kam zu dem Ergebnis, dass eine Wirksamkeit gegeben sei, wenngleich erhöhte Abbruchraten wegen unerwünschter Wirkungen zu verzeichnen seien [2]. Bei Erwachse-

nen gilt es wie bei Minderjährigen, eine schrittweise Aufdosierung in 5–10-mg-Schritten in drei- bis viertägigen Abständen vorzunehmen; vor und während der Behandlung sind EKG- und Vitalparameterkontrollen zu erheben sowie das Körpergewicht zu kontrollieren wegen Appetitminderung. Die Fahrtauglichkeit wird unter therapeutischer Anwendung von Stimulanzien in der Regel besser [5].

Es gelten die üblichen BTM-Vorsichtsmaßnahmen und Kontrolluntersuchungen. Unter therapeutischer Anwendung bei ADHS besteht keine Abhängigkeitsgefahr (**Tabelle 5**). Metaanalysen zeigten vielmehr, dass mit Stimulanzien behandelte ADHS-Patienten im Vergleich zu unbehandelten im vier-Jahres-Verlauf ein zweifach reduziertes Risiko bezüglich sekundären Substanzmissbrauchs aufwiesen [35].

Atomoxetin

Atomoxetin ist ein hochselektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer mit sehr geringer Affinität zum Dopamin-Rezeptor. Indirekt vermag Atomoxetin im frontalen Kortex die bei ADHS reduzierte Dopaminaktivität und somit den Antrieb zu beeinflussen. Als Dosisrichtwert gelten 1,2 mg/kg Körpergewicht; mit 1,8 mg/kg ließen sich keine signifikanten Verbesserungen gegenüber 1,2 mg/kg erzielen. Als Startdosis für die erste Behandlungswoche werden 0,5 mg/kg empfohlen. Eine Einmalgabe pro Tag ist ausreichend. Gegenüber Placebo ergab sich bereits nach einer Woche eine signifikante Wirksamkeit, die gesamte Wirkung entfaltet sich erst nach vier Wochen. Günstig ist der konstante Wirkspiegel. Das BTM findet keine Anwendung, daher ist eine besondere Indikation bei komorbidem Substanzmissbrauch gegeben. Hier wird von Konsensus-Richtlinien sogar die erste Indikation für Atomoxetin gesehen [16]. QTc-Effekte wurden nicht beobachtet; selten treten Übelkeit, Appetitminderung oder Schlafstörungen auf. Bei vorliegenden Komorbiditäten ist Atomoxetin ebenfalls gut wirksam. Atomoxetin ist zugelassen zur fortgesetzten, im Jugendalter begonnenen Therapie von ADHS im Erwachsenenalter. Bei Minderjährigen und zumeist auch bei Erwachsenen wird es jedoch als Medikation der zweiten Wahl nach dem besser untersuchten Methylphenidat empfohlen. Die Effektstärke bei Erwachsenen beträgt 0,4.

Tabelle 5

Stimulanzien und Suchtrisiko

	Therapeutische Anwendung	Missbräuchliche Anwendung
Körperliche Abhängigkeit	Nein: keine Entzugssymptome: Diese müssten wegen der kurzen Halbwertszeit jeden Abend auftreten, da dann die Substanz aus dem Körper eliminiert ist. Dies ist nicht der Fall.	Kein typisches Entzugssyndrom, jedoch subjektiv empfundene Leistungsschwäche, Müdigkeit und Erschöpfung (reaktiv auf Überaktivität unter Stimulanzien einfluss)
Psychische Abhängigkeit	Nein: Gezielter Ausgleich eines biologischen Defizits, wird hilfreich erlebt, aber nicht artifiziell anregend; Verlangen nach Dosissteigerungen über das therapeutische Maß nicht vorhanden	Ja: Sofortige „positive“ (anregende, leistungssteigernde) Wirkung fördert Verlangen nach weiterer Einnahme und Einengung der Gedanken auf das Suchtmittel (Craving)
Toleranz	Nein: Dosis bleibt über Jahre stabil, wird im Jugendalter in Relation zum Körpergewicht sogar geringer.	Ja: Organismus adaptiert und für gleiche Effekte werden höhere Dosen benötigt (bis zu 2.000 g, auch als Injektion)

Einen vergleichbaren Mechanismus wie Atomoxetin zeigt der selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Reboxetin, ein Antidepressivum. In kleinen Studien zeichnen sich gute Wirksamkeit und gute Verträglichkeit bei ADHS ab (4–6 mg/d).

Andere Psychopharmaka

Verschiedene Wirkstoffe mit dopaminergen und noradrenergen Effekten können bei ADHS erwogen werden [17, 33, 34]:

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: (Fluoxetin (5–20 mg) und Sertralin (50–100 mg)) kommen am ehesten bei komorbider Borderline- oder Zwangsstörung in Frage; Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Venlafaxin 18,5–150 mg) bei Impulsivität, komorbider Depression oder sozialer Phobie.

Trizyklische Antidepressiva: Imipramin (50–75 mg), Desipramin (bis 200 mg) und Nortriptylin (90 mg) sind nur bei Erwachsenen als bei ADHS wirksam eingestuft worden. Kardiale Nebenwirkungen, Antriebsminderungen und Toleranzentwicklungen sind jedoch gravierende Nachteile.

Modafinil: Das zur Narkolepsiebehandlung eingesetzte Stimulans Modafinil zeigte bei 340–425 mg/d (Einmalgabe; Aufdosierung in 85-mg-Schritten alle drei Tage) eine Wirksamkeit bei ADHS bei Stimulanzien-typischen Nebenwirkungen und wenig Wechselwirkungen (renale Ausscheidung).

Pemolin ist aufgrund der potenziellen Hepatotoxizität in Deutschland nicht mehr zur ADHS-Behandlung zugelassen.

Clonidin: Bei aggressiver Impulsivität kann das Antihypertensivum (3–10 µg/kg, verteilt auf zwei bis vier Gaben pro Tag, langsam eindosiert) unterstützen, problematisch aber sind Sedierung, RR-Abfall, Pulsverlangsamung und depressive Verstimmungen.

Guanfacin (40–85 µg/kg, verteilt auf zwei bis drei Gaben pro Tag) ist ähnlich wirksam, jedoch weniger sedierend. Bei beiden Substanzen sollte wegen der Addition der kardiovaskulären Effekte keine Kombination mit Methylphenidat erfolgen.

Bupropion: Das Antidepressivum wird zur Nikotinentwöhnung eingesetzt. Offensichtlich wirkt Nikotin über den striatalen Dopamintransporter bei ADHS „günstig“ (150–300 mg). Dies wird auch unterstrichen durch die gebesserten kognitiven Leistungen von ADHS-Patienten unter transdermalen Nikotinplastern.

Buspiron: Das Anxiolytikum kann bei ADHS mit zusätzlicher Angststörung oder besonders ausgeprägter Impulskontrollstörung eine Stimulanzientherapie unterstützen, allerdings ist ein Wirkeintritt erst nach zwei Wochen zu erwarten.

Selektive Monoaminoxidase (MAO)-Hemmer: MAO-Hemmer wie Moclobemid zeigten in älteren Einzelstudien bei Kindern gute Effekte auf Kognition und Impulsivität, jedoch oft zum Preis von Einschlafstörungen. Selegilin, ein irreversibler Mao-Typ B-Hemmer, der in der Parkinson-Therapie angewandt wird, wirkt gemäß einer kleinen placebokontrollierten Studie vorteilhaft vor allem auf Aufmerksamkeitsprobleme.

Aripiprazol: Das atypische Neuroleptikum mit sowohl dopaminantagonistischen als auch -agonistischen und serotonergen Eigenschaften scheint erwägenswert zu sein bei begleitenden bipolaren Störungen, posttraumatischer Belastungsstörung oder autistischen Syndromen.

Carbamazepine: Vorzugsweise Oxcarbazepin, kann bei therapieresistenter ADHS versus bipolarer Störung eine hilfreiche, emotional und verhaltensstabilisierende Alternative sein.

Zinksulfat scheint indirekt die Dopamin-Wiederaufnahme zu hemmen und bewies sowohl in einer placebokontrollierten Studie als auch als Beigabe zu einer bestehenden Methylphenidat-Therapie einen bessernden Effekt auf motorische Unruhe und Impulsivität. Per se scheint es jedoch nicht auf die kognitiven Defizite zu wirken, so dass es als synergistische Kotherapie denkbar sein könnte.

Fazit für die Praxis

Die Studienlage zu ADHS im Erwachsenenalter steigt kontinuierlich, nicht zuletzt Portalen wie „UK Adult ADHD Network“ (www.ukaan.org.uk) oder „European Network Adult ADHD“ [16] zu verdanken. Diagnostische Skalen müssten für das Erwachsenenalter noch besser validiert werden. Die Klassifikationsschemata müssten noch gezielter auf die entwicklungsabhängigen Besonderheiten eingehen. Subgruppenbildungen anhand bestimmter Phänotypen, Komorbiditäten oder epigenetischer Überlegungen könnten optimiertere Therapieformen begründen. Während Stimulanzien zu den wenigen Präparaten gehören, die im Vergleich zu anderen Psychopharmaka für die Behandlung Minderjähriger zugelassen sind, ist für das Anwendungsgebiet ADHS bei Erwachsenen derzeit nur ein einziges methylphenidathaltiges Arzneimittel zugelassen [26]. Weitere Studien, besonders zum Langzeitverlauf, sind hier vonnöten. Als alternative medikamentöse Strategie könnten chronotherapeutische Maßnahmen mit Einfluss auf die bei ADHS veränderte Melatoninausschüttung in Zukunft eine Rolle spielen [1]. Auf diesem Wege könnten zirkadiane Rhythmusstörungen sowie Einschlafprobleme angegangen werden mit positiver Auswirkung auf die ADHS-Symptome. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Claudia Mehler-Wex

Dipl.-Psych. Wolfgang Deimel

HEMERA Klinik für Seelische Gesundheit,

Privatklinik für Jugendliche und junge Erwachsene

Schönbornstr. 16

97688 Bad Kissingen

E-Mail: mehler-wex@hemera.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen.

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 NT1302Yh

gültig bis 27.02.2013

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent an allen Kursen 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.

ADHS

Welches Symptom muss für die Diagnosen ADS und ADHS zwingend vorhanden sein?

- Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsstörung
- Impulsivität
- Störung des Sozialverhaltens
- Tics

Welches ist die häufigste komorbide Störung bei ADHS im Kindes- und Jugendalter?

- Depression
- Zwangsstörung
- Störung des Sozialverhaltens
- Sozialphobie
- Schulangst

Was ist die wichtigste diagnostische Methode bei ADHS im Kindes- und Jugendalter?

- Verhaltensbeobachtung mit standardisierten Fragebögen
- Computerbasierte Aufmerksamkeits-tests
- Klassische „Paper-and-Pencil“ Aufmerksamkeits-tests
- Anamnese
- Intelligenztests

Welche Therapiemethodik ist bei ADHS nach aktueller Studienlage die Erfolg versprechendste?

- Kombination aus Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie
- Verhaltenstherapie
- Pharmakotherapie
- Psychodrama
- Kombination aus Psychoedukation und Gesprächstherapie

Die Halbwertszeit von nicht retardierten Methylphenidaten beträgt ...

- ... 1 Stunde.
- ... 3–4 Stunden.
- ... 6–8 Stunden.
- ... 0–14 Stunden.
- ... 24 Stunden.

Methylphenidate sollten Kindern und Jugendlichen nicht nach 16.00 Uhr gegeben werden ...

- ... da es sonst zu Einschlafstörungen kommen kann.
- ... da abends eine Verbesserung der Konzentration nicht mehr nötig ist.
- ... da es sonst nachts zu Einnässen kommen kann.
- ... da eine pharmakologische Pause notwendig ist.
- ... da ADHS-Symptome in der Freizeit unerheblich sind.

Die Responder-Rate auf Methylphenidate beträgt bei Kindern und Jugendlichen etwa ...

- ... 30%
- ... 50%
- ... 70%
- ... 90%
- ... 100%

Welche der folgenden Techniken gehört *nicht* zu den lohnenswerten Verhaltensstrategien bei ADHS im Erwachsenenalter?

- Prioritäten und To-do-Listen
- Zeitplanbuch
- Ablenken
- Mindmapping
- Laissez-faire

Welche Untersuchungen gehören bei Verdacht auf ADHS im Kindesalter gemäß den Leitlinien zur Routine der Differenzialdiagnostik?

- Depressionsfragebogen und Stoffwechselscreening
- Zwangsinventar und EKG
- Brief Psychiatric Rating Scale und EEG
- Fragebogen zur Selbstbeurteilung und Liquorpunktion
- Intelligenztest und Schilddrüsenlabor

Häufigste Folgeerkrankungen einer (vor allem unbehandelten) ADHS im Erwachsenenalter sind ...

- ... paranoide und schizotype Persönlichkeitsstörungen.
- ... Angsterkrankungen und bipolare Störungen.
- ... Essstörungen.
- ... affektive Störungen und Substanzabusus.
- ... Asperger-Syndrom und Zwangserkrankungen.

Bitte beachten Sie:

Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eakademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend. Sowohl die Fragen als auch die zugehörigen Antwortoptionen werden im Online-Fragebogen in zufälliger Reihenfolge ausgespielt, weshalb die Nummerierung von Fragen und Antworten im gedruckten Fragebogen unterbleibt. Prüfen Sie beim Übertragen der Lösungen aus dieser Ausgabe daher bitte die richtige Zuordnung.

LITERATUR

1. Baird A.L., Coogan A.N., Siddiqui A., Donev R.M., Thome J. Adult attention-deficit hyperactivity disorder is associated with alterations in circadian rhythms at the behavioral, endocrine and molecular levels. *Molecular Psychiatry* 2012;doi:10.1038/mp.2011.149.
2. Castells X., Antoni R.Q., Bosch R., Nogueira M., Casas M. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;6:CD007813.pub2.
3. Castells X., Antoni R.Q., Bosch R., Nogueira M., Vidal X., Casas M. Efficacy of methylphenidate for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-regression analysis. *CNS Drugs* 2001;25(2):157-169.
4. Cooper W.G., Habel L.A., Sox C.M., Chan K.A., Arbogast P.G. et al. ADHD drugs and serious cardiovascular events in children and young adults. *New England Journal of Medicine* 2011;20:1896-1904.
5. Cox D.J., Merkel R.L., Penberthy J.K., Kovatchev B., Hankin C.S. Impact of methylphenidate delivery profiles on driving performance of adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43(3):269-275.
6. D'Amelio R., Retz W., Philipsen A., Rösler M. (Hrsg.) Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. 2008; München, Urban & Fischer: Im Dialog.
7. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Leitlinien. 2006; http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-019l_S1_Hyperkinetische_Stoerungen_ADHS_01.pdf
8. Döpfner M., Schürmann S., Fröhlich J. Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischen und oppositionellem Problemverhalten (THOP). 2002, Psychologie Verlagsunion, Weinheim, 3. Aufl.
9. Döpfner M., Görtz-Doren A., Lehmkuhl G. DISYPS-II. Diagnostiksystem für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II. 2008; Göttingen, Hogrefe.
10. Faraone S.V., Glatt S.J. A comparison of the efficacy of medications for adult attention-deficit hyperactivity disorder using meta-analysis of effect sizes. *Journal of Clinical Psychiatry* 2010;71:754-763.
11. Franke B., Faraone S.V., Asherson P., Buitelaar J., Bau C.H., Ramos-Quiroga J.A., Mick E., Grevet E.H., Johansson S., Haavik J., Lesch K.P., Reif A. The genetics of attention-deficit hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry* 2011; doi: 10.1038/mp.2011.138.
12. Hessler B., Philippsen A., Richter H. Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch. 2004; Göttingen, Hogrefe.
13. Jacob C.P., Romanos M., Dempfle A., Heine M., Windemuth-Kieselbach C. Kruse A., Reif A., Walitza S., Romanos M., Strobel A., Brocke A., Schäfer H., Schmidtke A., Böning J., Lesch K.P. Comorbidity of adult attention deficit hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Clinical Neurosciences* 2007;257:309-317.
14. Jans T. Psychotherapie der ADHS bei Jugendlichen. In: Rösler M., von Gontard A., Retz W., Freitag C.M. (Hrsg.). *Diagnose und Therapie der ADHS. Kinder – Jugendliche – Erwachsene*. 2010; Stuttgart, Kohlhammer.
15. Kösters M., Becker T., Kilian R., Fegert J.M., Weimann S. Limits of meta-analysis: methylphenidate in the treatment of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychopharmacology* 2008;23:733-744.
16. Kooij S.J. et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European network adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010;10:67.
17. Krause J., Krause K.H. ADHS im Erwachsenenalter. 2009; 213-227; Stuttgart, Schattauer, 3. Auflage.
18. Krowatschek D., Krowatschek G., Wingert G. Das Marburger Konzentrationstraining für Jugendliche (MKT-J). 2007; Dortmund, Borgmann.
19. Lehmkuhl G., Fröhlich J., Sevecke K., Döpfner M. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. 2007, Uni-Med-Verlag AG, Bremen, 2. Aufl.
20. MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit / hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56:1073-1086.
21. NICE- National Institute for Health and Clinical Excellence: Attention deficit hyperactivity: The NICE Guidelines on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists. 2008. <http://www.nice.org.uk>.
22. Retz W., Rösler M. Therapieresistenz in der Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter. In: Schmauß M., Messer T. Therapieresistenz bei psychischen Erkrankungen. 2009; München, Elsevier.
23. Retz W., Rösler M., Ose C., Scherag A., Alm B., Philipsen A., Fischer R., Ammer R. Multiscale assessment of treatment efficacy in adults with ADHD: A randomized placebo-controlled, multi-centre study with extended-release methylphenidate. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2010:1-12.
24. Rösler M. Psychopathologie der ADHS im Erwachsenenalter. In: Rösler M., von Gontard A.J., Retz W., Freitag C. M. *Diagnose und Therapie der ADHS*. 2010; Stuttgart, Kohlhammer.
25. Rösler M., Retz W., Retz-Junginger P., Thome J., Supprian T., Nissen T., Stieglitz R.-D., Blocher D., Hengesch G., Trott G. E. Instrumente zur Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* 2004; 75(9):888-895.
26. Rösler M., Fischer R., Ammer R., Ose C., Retz W. A randomised placebo-controlled 24-week study of low-dose extended release methylphenidate in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2009;259:120-129.
27. Romanos M., Buske-Kirschbaum A., Fölster-Holst R., Gerlach M., Weldinger S., Schmitt J. Itches and scratches – is there a link between eczema, ADHD, sleep disruption and food hypersensitivity? *Allergy* 2011;66(11):1407-09.
28. Safren S.A., Perlman C.A., Sprich S., Otto M.W. Kognitive Verhaltenstherapie der ADHS des Erwachsenenalters. 2009; Berlin, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
29. Schelleman H., Bilker W.B., Kimmel S.E., Daniel G.W., Newcomb C., Guevara J.P., Cziraky M.J., Strom B.L., Hennessy S. Methylphenidate and risk of serious cardiovascular events in adults. *American Journal of Psychiatry* 2012;169:178-185.
30. Stieglitz R.-D. Diagnostische ADHS-Skalen bei Erwachsenen. In: Rösler M., von Gontard A.J., Retz W., Freitag C. M. *Diagnose und Therapie der ADHS*. 2010; Stuttgart, Kohlhammer.
31. Stieglitz R.D., Nyberg E., Hofecker-Fallahpour M. ADHS im Erwachsenenalter. 2012; 11:105f:74-110; Göttingen, Hogrefe.
32. Taurines R., Schmitt J., Renner T., Conner A.C., Warnke A., Romanos M. Developmental comorbidity in attention-deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder* 2010;2:267-289.
33. Trott G.E. Psychopharmacological treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. In: Retz K., Klein R.G. (Hrsg.) *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. 2010; Freiburg, Karger, S. 174-186.
34. Walitza S., Romanos M., Warnke A. Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörungen. In: Gerlach M., Mehler-Wex C., Walitza S., Warnke A., Wewetzer Ch. *Neuropsychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. 2008; Wien New York, Springer, 2. Auflage, S. 365-382.
35. Wilens T.E., Faraone S.V., Biederman J., Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003;111(1):179-85.

MS-Förderprogramm

Im Bereich Multiple Sklerose (MS) sind in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte erzielt worden. Doch noch immer sind viele Fragen offen. Wie Merck Serono auf dem ECTRIMS-Kongress in Lyon bekannt gab, hat das Unternehmen deshalb mit dem „Research Grant for Multiple Sclerosis Innovation“ ein neues, weltweites Programm zur Forschungsförderung ins Leben gerufen. Mit bis zu einer Million Euro jährlich sollen Wissenschaftler gefördert werden, um neue Forschungsansätze auf dem Gebiet der MS zu unterstützen. Die ersten Preisträger sollen auf dem ECTRIMS-Kongress 2013 in Kopenhagen bekanntgegeben werden, erklärte Andrew Galazka, Senior-Vizepräsident für Scientific Affairs bei Merck Serono. Projektvorschläge können bis zum 28.2.2013 auf www.grantformultiple-sclerosisinnovation.org eingereicht werden, beispielsweise in den Bereichen Pathogenese der MS, Marker zur Vorhersage des Ansprechens auf eine Therapie sowie mögliche neue Therapieoptionen.

Gelegentlich bringen aber auch rein praktische Aspekte die Therapie voran. Ein Beispiel hierfür ist der RebiSmart® zur Applikation von Interferon beta-1a s.c. (Rebif®). Wie Professor Virginia Devonshire, Direktorin der MS-Klinik der Universität von British Columbia, Kanada, berichtete, wurde im Rahmen eines kanadischen Programms zur gezielten Unterstützung der Patienten untersucht, inwieweit der Autoinjektor die Adhärenz der Patienten verbessert. Das Ergebnis: Bei den knapp 1.000 RebiSmart®-Anwendern betrug die Abbruchrate 9,9% nach sechs Monaten und 19,4% nach 24 Monaten [Giles K et al. ECTRIMS 2012, Poster P591]. Patienten, die das Interferon-Präparat auf andere Weise injizierten, brachen zu den entsprechenden Zeitpunkten die Therapie in 18,2% beziehungsweise 24,3% der Fälle häufiger ab.

Dr. Matthias Herrmann

Satellitensymposium „Get on track, stay on track: patient journeys in MS“ beim 28. ECTRIMS, Lyon, Frankreich, 10.10.2012
Veranstalter: Merck Serono

Kombinationstherapie bei schmerzhafter DPNP auf dem Prüfstand

➔ Führt die Kombination der Wirkstoffe Duloxetin und Pregabalin zu einem besseren Therapieerfolg bei schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie als eine Hochdosis-Monotherapie? Mit dieser Frage hat sich eine große Kombinationsstudie beschäftigt. Nach verschiedenen Leitlinien [1–3] zählen der selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Duloxetin (Cymbalta®) und der Kalziumkanal-Blocker Pregabalin zu den First-Line-Therapeutika bei schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie (DPNP). Im Hinblick auf den direkten Vergleich dieser empfohlenen Substanzen oder auf die Wirkung einer Kombinationstherapie war die Datenlage bislang gering, erläuterte Dr. Uwe Kern vom Institut für Schmerzmedizin in Wiesbaden. Die COMBO-DN-Studie [4] mit 1.074 Patienten mit DPNP hat in einer ersten Studienphase über acht Wochen die Monotherapien mit Duloxetin (60 mg/d) und Pregabalin (300 mg/d) verglichen. Anschließend wurden die Non-Responder, also Patienten mit einer Schmerzreduktion von weniger als 30%, einer intensivierten Therapie unterzogen: Sie erhielten entweder eine Kombination beider Substanzen (Duloxetin 60 mg/d plus Pregabalin 300 mg/d) oder eine hochdosierte Monotherapie, jeweils in der empfohlenen täglichen Maximaldosis (Duloxetin: 120 mg/d, Pregabalin: 600 mg/d). Unter der initialen Monotherapie wurde mit 60 mg/d Duloxetin sowohl nach vier als auch nach acht Wochen eine signifikant stärkere

Schmerzreduktion als mit 300 mg Pregabalin täglich erreicht ($p < 0,001$). Nach acht Wochen war bei 52% der Patienten der Duloxetin-Gruppe eine Schmerzreduktion von mehr als 30% eingetreten (vs. bei 36,9% in der Pregabalin-Gruppe, $p < 0,001$). Bei 40,3% der Patienten der Duloxetin-Gruppe nahmen die Schmerzen sogar um mehr als 50% ab (vs. bei 27,8% in der Pregabalin-Gruppe, $p < 0,001$). Bei der intensivierten Therapie der Non-Responder ergab die gepoolte Analyse nach weiteren acht Wochen keine Unterschiede in der Schmerzreduktion zwischen der Kombinationstherapie und der Hochdosis-Monotherapie, betonte Kern ($p = 0,37$). Auch bei der Verbesserung der funktionellen schmerzbedingten Beeinträchtigungen, etwa der allgemeinen Aktivität, des Gehvermögens oder des Schlafes, schnitt die Initialtherapie mit Duloxetin signifikant besser ab als die Initialtherapie mit Pregabalin.

Dagmar Jäger-Becker

1. www.versorgungsleitlinien.de/diabetes2/dm2_neuro/pdf/nvl-t2d-neuro-lang.pdf
2. Diener HC, Putzki N (Hrsg). Thieme Verlag, 4. Auflage 2008, 630–39
3. www.nice.org.uk/guidance/CG96
4. Wilhelm S et al., 14. Weltmerzkonferenz IASP, Mailand 2012, Poster 137

Pressegespräch „Sind zwei wirklich besser als eins? Neue Daten aus der bisher größten randomisierten, doppelblinden Kombinationsstudie mit Duloxetin und Pregabalin“, DGSS, Mannheim, 18.10.2012; Veranstalter: Lilly

Reduktion des Alkoholkonsums als Therapieansatz

➔ In der Behandlung alkoholkranker Patienten findet derzeit ein Umdenken statt: Für viele Ärzte und Betroffene stellt das Konzept des reduzierten Trinkens ein wichtiges Zwischenziel auf dem Weg zur Abstinenz dar. Trotz der hohen alkoholbedingten Krankheitslast und Mortalität werden in Deutschland nur etwa 9% der 1,3 Millionen alkoholabhängigen Patienten behandelt, beklagte Professor Jürgen Rehm, Dresden. Verbessern ließe sich die Versorgungssituation durch intensive Prävention und Früherkennung sowie den Abbau

von Behandlungsbarrieren. „Wir müssen die Reichweite des Hilfesystems erhöhen, um mehr Alkoholranke in therapeutische Einrichtungen zu bekommen“, forderte er. Dies lasse sich mit den derzeit fast ausschließlich abstinentorientierten Therapieangeboten im klinischen Alltag häufig nicht umsetzen. Für Betroffene, die sich zunächst nicht zu einer abstinenten Lebensweise motivieren lassen, könne die Konsumreduktion ein erster wichtiger Schritt sein. Erleichtert werden kann der „Einstieg in den Ausstieg“ mit dem neuen Opi-

oidsystemmodulator Nalmefen, wie drei große Phase-III-Studien mit knapp 2.000 alkoholabhängigen Patienten belegen. Als Therapieziele wurden erstmals die Reduktion von Trinkmenge und starken Trinktagen definiert. Wie Professor Mann, Mannheim, berichtete, reduzierte sich der Alkoholkonsum in der Prüf- und der Kontrollgruppe, unter Verum jedoch signifikant stärker. Nach sechs Monaten Behandlung war die Trinkmenge um etwa 65 % gesunken (von 84 g/d auf 30 g/d) und konnte auch nach einem Jahr noch auf diesem Level gehalten werden. Parallel dazu reduzierte sich die Häufigkeit starker Trinktage (von 19 auf 7). Das Präparat

war gut verträglich, unerwünschte Ereignisse wie Schwindel, Schlaflosigkeit und Übelkeit waren meist mild und vorübergehend. Dass zwei Drittel der Studienteilnehmer vorher noch nicht wegen ihrer Alkoholabhängigkeit in Behandlung waren, wertete Mann als Hinweis darauf, dass das Konzept der Konsumreduktion eine praktikable Therapiemöglichkeit darstellt. **Dr. Martina-Jasmin Utzt**

Satellitensymposium „Einstieg in den Ausstieg: Neue Strategien zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses, Berlin, 22.11.2012
Veranstalter: Lundbeck

Serotonin-Wiederaufnahmeverstärker jetzt auch in Deutschland zugelassen

➔ Trotz der breiten Palette verfügbarer Antidepressiva besteht nach wie vor ein Bedarf an effektiven und vor allem verträglichen Wirkstoffen. Der im europäischen Ausland bereits seit vielen Jahren zugelassene Serotonin-Wiederaufnahmeverstärker (Serotonin-Reuptake-Enhancer, SRE) Tianeptin (Tianeptin®) steht nun auch in Deutschland zur Verfügung. Das Antidepressivum zeichnet sich durch gute Verträglichkeit und ein geringes Interaktionspotenzial aus. Anders als SSRI reduziert das Präparat die Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt. Nach Aussage von Professor Siegfried Kasper, Wien, wird die antidepressive Hauptwirkung jedoch neuroprotektiven Effekten sowie einem positiven Einfluss auf die Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde-Achse zugeschrieben, die bei depressiven Patienten unter Stress überstimuliert ist.

Professor Hans-Peter Volz, Werneck, verwies auf die umfangreiche Studienlage der Substanz, die die äquivalente Wirksamkeit zu Trizyklika (TZA) und SSRI belegt. Der Vorteil

von Tianeptin liege in der besseren Verträglichkeit. So seien anticholinerge und zentralnervöse Nebenwirkungen, gastrointestinale Probleme oder Gewichtszunahme signifikant seltener beobachtet worden als unter TZA. Im Vergleich zu SSRI löse der SRE weniger sexuelle Funktionsstörungen aus. Da Tianeptin über die Niere abgebaut werde, gebe es keine Interaktionen mit dem Cytochrom-P-450-Enzymsystem. Das Antidepressivum sei deshalb breit einsetzbar, auch bei älteren, multimorbiden Patienten (Dosisreduktion auf 2 x 12,5 mg/d empfehlenswert). Laut Dr. Gerhard Roth, Ostfildern, entscheidet letztlich häufig das Nebenwirkungsprofil über die Therapietreue und damit den Behandlungserfolg.

Dr. Martina-Jasmin Utzt

Launch-Pressekonferenz „Tianeptin, ein neues Wirkprinzip: Zulassung von Tianeptin zur Therapie von depressiven Störungen“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses, Berlin, 22.11.2012
Veranstalter: neuraxpharm

Mehr Adhärenz in der MS-Therapie

➔ Mit der MS-Basistherapie werden Schübe seltener und verlaufen leichter, vorausgesetzt, die Patienten bleiben längerfristig bei der Stange. Interferon beta-1a als einmal wöchentliche Injektion und mit Wochen-Pen kann die Adhärenz verbessern. PD Dr. Ralf Linker vom Universitätsklinikum Erlangen stellte auf einem „Kasuistiken-Kolleg“

eine Untersuchung vor, bei der verschiedene Basistherapien auf Grundlage von Anwendungsbeobachtungen miteinander verglichen wurden [Marziniak M. et al.ECTRIMS 2012; Poster 547]. Unter den verschiedenen Präparaten, darunter Interferon beta-1a (Avonex®), nahm die Schubaktivität von anfänglich 1 bis 1,2 pro Jahr in zwölf Monaten

Alkoholabhängigkeit

— Die EMA hat eine Empfehlung für die Zulassung von Nalmefen (Selincro®) zur Reduktion des Alkoholkonsums bei Erwachsenen mit Alkoholabhängigkeit, deren Alkoholkonsum sich auf einem hohen Risikoniveau befindet, ausgesprochen. Sie basiert auf Ergebnissen dreier randomisierter, placebokontrollierter Doppelblindstudien, in denen die Wirkung von 18 mg Nalmefen bei Erwachsenen mit Alkoholabhängigkeit gezeigt wurde. Im Falle der Zulassung erwartet der Hersteller die Markteinführung in Europa ab Mitte 2013. **red**

Nach Informationen von Lundbeck

Adulte ADHS

— Seit der Zulassung des retardierten Methylphenidat-Präparates Medikinet® adult können auch Erwachsene mit ADHS von dieser Substanz profitieren. Die Number Needed to Treat (NNT) für Methylphenidat (MPH) bei Erwachsenen mit ADHS liegt bei 3 [Faraone SV et al. J Atten Disord 2010; 13: 532–38]. „Ein ungewöhnlich positiver Wert“, hob Professor Michael Rösler, Homburg/Saar auf einem Medice-Symposium beim DGPPN-Kongress 2012 hervor. Für andere etablierte Psychopharmaka wie Neuroleptika oder Antidepressiva sei die NNT um das 2- bis 3-Fache höher. „Um eine optimale Symptomkontrolle zu erzielen, ist es wichtig, MPH in ausreichender Dosis zu applizieren“, erklärte Rösler. Nach den Daten der EMMA-Studie führe zwar auch niedrig dosiertes MPH (0,55 mg/kg) zu einer signifikanten und stabilen Symptomreduktion [Rösler M et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009; 259: 120–29]. In der Folgestudie QUMEA sei es unter höherer Dosierung (1 mg/kg) zu einer noch ausgeprägteren Verbesserung der ADHS-Symptomatik und einem zusätzlichen günstigen Einfluss auf das funktionelle Therapieergebnis gekommen [Retz W et al. World J Biol Psychiatry 2012; 13: 48–59]. Im MPH-Arm sei eine signifikante Verbesserung zahlreicher funktioneller sowie psychopathologischer Parameter beobachtet worden. Auch nach längerer Behandlungsdauer habe die Wirkung nicht nachgelassen. **red**

Nach Informationen von Medice

auf etwa 0,3 ab. Der Behinderungsgrad (EDSS, Expanded Disability Status Scale) blieb mit allen Substanzen längerfristig stabil.

Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit der Basistherapeutika „entspricht die Adhärenz der Patienten nicht dem, was wir uns vorstellen“, erklärte Linker. Mangelnde Adhärenz aber erhöhe die Schubrate und wirke sich zudem ungünstig auf die Schwere der Schübe aus. Die Häufigkeit der Anwendung spiele für die Adhärenz eine wichtige Rolle. Hier erreiche Interferon beta-1a als einmal wöchentliche Injektion bessere Werte als alle

anderen gängigen MS-Basistherapeutika. Erleichtert werde die wöchentliche intramuskuläre Injektion zudem durch den Avonex® Pen™. In der Zulassungsstudie für den Pen waren 89% der Patienten in der Lage, den Pen erfolgreich anzuwenden, 94% zogen wegen der einfacheren Handhabung und dem verbesserten Patientenkomfort den Pen der Fertigspritze vor.

Die MS-Schwester Tanja Stirnweiß, Universitätsklinikum Erlangen, erklärte, dass die 1x wöchentliche Injektion es den Patienten erleichtere, die MS-Langzeittherapie in ihr

Privat- und Berufsleben zu integrieren. Hinzu komme die gute Hautverträglichkeit. Lokale Hautreaktionen sieht Stirnweiß bei den Patienten, die das Interferon beta-1a i.m. bekommen, selten. Nicht zuletzt helfe der Pen den Patienten, Ängste vor der Injektion abzubauen. Da die Kanüle sehr fein und nicht sichtbar ist, wirke er äußerlich nicht wie eine Spritze.

Martin Bischoff

Kasuistiken-Kolleg „Der Patient im Fokus – Vorträge der 1x wöchentlichen MS-Basistherapie“

Veranstalter: Biogen Idec

Weg von der „L-Dopa Phobie“ in der Parkinson-Therapie

➔ Parkinson-Patienten ohne Therapie geht es deutlich schlechter als Betroffenen mit Behandlung, unterstrich PD Dr. Karla Eggert, Marburg, beim DGN-Kongress in Hamburg. Ein früher Interventionsbeginn, direkt nach der Diagnosestellung, scheint den Langzeitverlauf günstig zu beeinflussen. Daher sollten gemäß der DGN-Leitlinien 2012 Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom frühzeitig mit einer effizienten und gut verträglichen Behandlung beginnen. Zur Frühtherapie empfahl Eggert sinnvolle Kombinationstherapien und riet zur Aufklärung über unbegründete Ängste: „Wir kommen weg von der L-Dopa-Phobie hin zu Lebensqualität.“ Bei Patienten, die bei Krankheitsbeginn über 70 Jahre alt oder multimorbide

sind, plädierte sie für einen Beginn mit L-Dopa. Vorteile der Substanz seien die beste symptomatische Wirkung und das geringe Nebenwirkungspotenzial. Eine verminderte Häufigkeit von Dyskinesien unter initialer Dopaminagonisten-Therapie werde durch die bessere symptomatische Wirkung und das geringere Potenzial nicht-motorischer Nebenwirkungen einer L-Dopa-Therapie bei gleichwertigem Effekt auf die Lebensqualität im Krankheitsverlauf zumindest partiell kompensiert. Auch gebe es keine zuverlässigen Daten, die beweisen, dass ein späterer Behandlungsbeginn die Entwicklung von Komplikationen hinauszögere.

Laut Professor Wolfgang Jost, Wiesbaden, wird nach drei bis fünf Jahren jeder Parkin-

son-Patient L-Dopa-pflichtig. Doch das Dyskinesierisiko steige erst, wenn die Schwelle von 400 mg überschritten werde, davor sei es relativ gering. Wichtig ist laut Jost, das immer enger werdende therapeutische Fenster zu berücksichtigen und die L-Dopa-Dosis gegebenenfalls zu reduzieren. Verschiedene Dosisstärken von Kombinationspräparaten wie Stalevo® (L-Dopa plus Decarboxylasehemmer plus COMT-Hemmer) erleichtern dabei die individuelle Anpassung.

Dr. Yvette C. Zwick

Satellitensymposium „Medikamentöse und nicht-medikamentöse Parkinson-Therapie“ beim 85. DGN-Kongress, Hamburg, 27.9.2012
Veranstalter: Orion Pharma GmbH

Argumente für die Frühtherapie bei MS

➔ Im Rahmen des DGN-Kongresses präsentierte Professor Tjalf Ziemssen, Dresden, aktuelle Daten zur MS-Therapie mit Glatirameracetat. Die industrieunabhängige CombiRx-Studie [Lublin F et al. AAN 2012] zeigte, dass die Kombination von Interferon (IFN) und Glatirameracetat (GA, Copaxone®) keinen zusätzlichen Benefit generiert. Hinsichtlich der Reduktion der jährlichen Schubrate waren die Kombination und GA-Monotherapie (20 mg s.c.) gleichwertig und dabei der IFN-Monotherapie überlegen: Unter IFN war das Schubrisiko im Vergleich zu GA um 43% erhöht. Die Therapieadhärenz war unter GA mit 86% besser als in den beiden anderen Armen (< 80%).

Die 5-Jahres-Daten der PreCISe-Studie [Comi G et al.ECTRIMS 2010] lieferten erneut wichtige Argumente für die Frühtherapie mit GA, so Ziemssen. Im Vergleich zur Spättherapie war das Risiko für die Konversion zu einer klinisch gesicherten MS um 41% reduziert, die Hirnatrophie war um 29% verringert. Die noch laufende GALA-Studie demonstrierte, dass GA in der doppelten Dosis (40 mg, 3x wöchentlich) im Vergleich zu Placebo die jährliche Schubrate um 34,4% reduziert.

Andere Studien untersuchten neben klinischen Parametern auch den Einfluss von GA auf patientenrelevante Outcome-Parameter. So wies die nicht interventionelle, offene, prospektive QualiCop-Studie [Ziemssen T et

al. ECTRIMS 2011] nach, dass sich unter GA über zwei Jahre Depression und Kognition signifikant besserten. Meca-Lallana et al. [J Neurol Sci 2012; 315: 123–8] konnten zeigen, dass Patienten mit Spastik unter IFN-Therapie von einem Switch auf GA mit einer Besserung der Symptomatik profitierten. Fraser et al. [AAN 2012] bestätigen das Ergebnis, so Ziemssen: „Der Gesamtpastikscore reduzierte sich während sechs Monaten signifikant von 179 auf 165 Punkte.“

Michael Koczyrek

Satellitensymposium „Standpunkte zur Multiplen Sklerose“, 85. DGN-Kongress, Hamburg, 27.9.2012; Veranstalter: Teva Pharma

Bildsprache von Silke Mathé

Eine eigenartige Dialektik charakterisiert die Bilder von Silke Mathé. Der erste Eindruck dürfte die Überwältigung durch die helle, klare, leuchtend-strahlende Farbigkeit sein, geradeso, als ob die Malerin das reine Licht eingefangen und wiedergegeben hat. Der Himmel strahlt, ebenso das Meer, die Häuser, die Augen, die Kleidung – Sommer und Sonne pur, jedoch alles andere als postkarten-idyllisch. Der zweite Blick vermag das Irritierende zu finden.



„Jentene i Langesund“



„Amerika III“

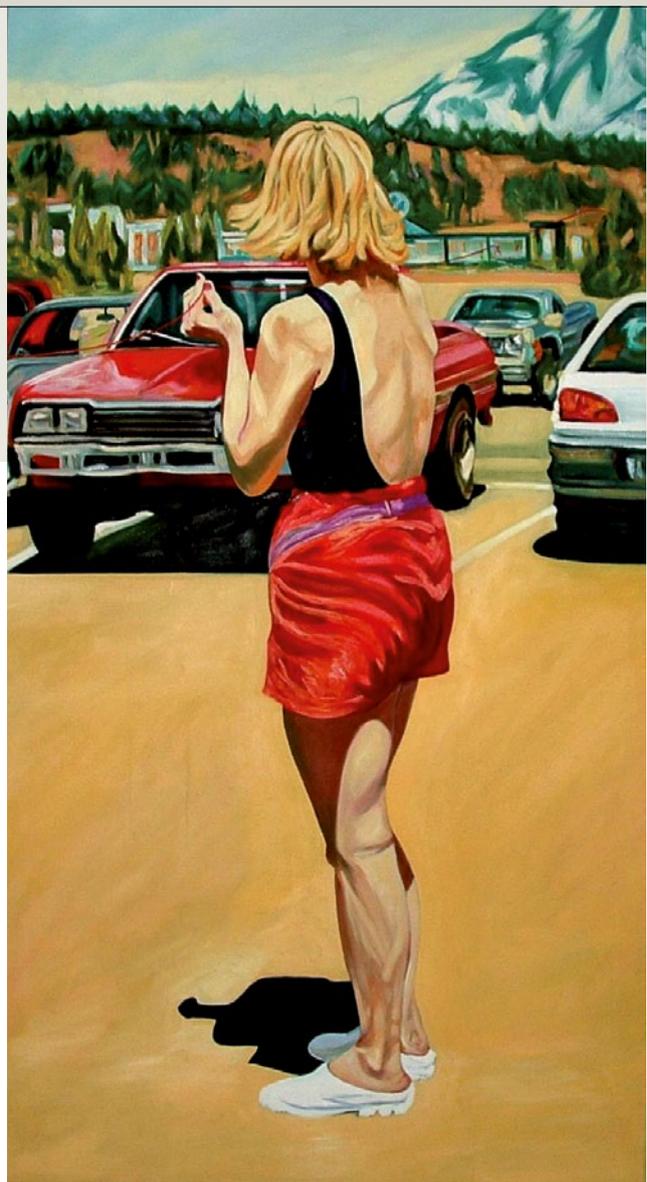
All den Bildern Silke Mathés eignet sich zugleich eine Verhaltenheit, eine geheimnisvolle Stimmung des In-Sich-Verschlossenen, Abgewandten, bei aller Zuwendung der Gesichter doch wiederum In-Sich-Gekehrten oder den direkten Kontakt Vermeidenden an. Da ist Langesund mit den verschachtelten Häusern und dem Leuchtturm. Das Meer zeigt sich von seiner ruhigsten Seite, glitzert, reflektiert das Licht in Gesichter mit strahlenden Zähnen und leuchtenden Augen. Aber ist es Schüchternheit oder das Gefühl, bei etwas ertappt worden zu sein, oder auch nur, sich gestört zu erleben durch das Festgehaltenwerden in diesem Augenblick? Es liegt keine echte Freude auf den Gesichtszügen, der Blick wendet sich ab. Das Lächeln der jungen Frauen wirkt etwas verkrampft und dies trotz dieser „Bilderbuchsituation von Urlaubstraum“, mit dem Boot bei bestem Wetter auf dem ruhigen Meer unterwegs zu sein. Und diese Verweigerung des Idyllischen zeichnet auch die anderen Urlaubsbilder aus, egal von wo Silke Mathé sie nun aus Kuba oder Amerika mitbringt.

Rätselhafte Tiefe

In „Amerika III“ ist ein Moment festgehalten, das vielerlei Rätsel aufgibt. Zum Einen blitzt natürlich die Erinnerung an so manches von den lapidaren amerikanischen Genre-Bildern Hoppers auf, von diesen Ikonen menschlicher Einsamkeit inmitten einer technisierten, glatt gebügelten Zivilisation. Aber diese Tankstelle hier ist anders, nicht so „aufgeräumt“, nicht so undurchdringlich, wirkt improvisierter, weit entfernt davon, perfekt zu sein. Und dann steht etwas nach links versetzt fast mitten auf der Straße diese blonde Frau, wohl die Urlauberin, die sich wegdreht, vielleicht um zu sehen, ob sie die Straße überqueren kann. Und dieser Blick weg vom Betrachter leitet diesen in die Tiefe des Bildes hinein, sodass er sich dort in der Ferne (Vergangenheit?) verliert, endgültig abgelenkt von den vielerlei Requisiten des Vordergrundes (der Gegenwart?).

Rätsel ohne Lösung

Die gleiche Figur, vielleicht am gleichen Ort, aber in anderem Format gemalt, vielleicht nur einen Moment später, blockt den Blick des Betrachters. Er wandert nun auf und ab, sieht die kurzen Schatten, Zeichen dafür, dass es Mittag ist, steigt wieder nach oben zum sonnengebleichten Haar der Frau und entdeckt plötzlich eine rote Schnur, die sie zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand hält, deren beide Enden im Vordergrund und im Hintergrund unerklärlich verschwinden. Was hat der Titel „Flagstaff“ (Fahnenstange) mit der Darstellung zu tun?



„Flagstaff“

Narrt die Malerin den Betrachter damit oder will sie ihm zu denken geben oder handelt es sich nur um ein konkretes und unbekanntes Erlebnis?

Silke Mathé hat nach dem Abitur zunächst an der „Neuen Kunstschule“ in Zürich gelernt, von 1995 bis 2001 an der Akademie der Bildenden Künste in Nürnberg bei Professor Grütze, zuletzt als seine Meisterschülerin, studiert und mit Auszeichnung ihre Ausbildung abgeschlossen. Ihr Werk wurde mehrfach mit Kunstpreisen bedacht; sie ist mit ihren Bildern in öffentlichen Sammlungen vertreten und hat an den verschiedensten Einzel- und Gruppenausstellungen mitgewirkt. □

AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

Bilder mit freundlicher Genehmigung der Galerie Kunstkabinett
Untere Bachgasse 7, 93047 Regensburg
www.kunstkabinett-regensburg.de

Fortbildungsveranstaltungen		
<p>20. – 22.2.2013 Klinik für Psychiatrie der Ludwig-Maximilians- Universität München, Hörsaal, EEG-Labor, Nußbaumstr. 7</p> <p>24 CME- Punkte</p>	<p>47. Münchner EEG-Tage Forum für Fortbildung und Wissenschaft in klinischer Neurophysiologie und Funktioneller Bildgebung</p>	<p>PD Dr. Oliver Pogarell, PD Dr. Dipl. Psych. Susanne Karch Klinische Neurophysiologie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, Nußbaumstr. 7, 80336 München Tel.: 089 5160-5541 Fax: 089 5160-5542 E-Mail: anmeldung@eeg-tage.de www.eeg-tage.de</p>
<p>28.2. – 1.3.2013 Wissenschafts- und Technologiepark Adlershof, Berlin</p>	<p>7. Nachsorgekongress der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe Rehabilitation, Integration, Nachsorge von Menschen mit Hirnverletzung <i>Thema: „Teilhabe im zweiten Leben nach Schädelhirnver- letzung – Schule, Ausbildung, Arbeit, Tagesstruktur“</i> ___ Machen wir einen Plan (...) und machen ihn für uns ver- ständlich (...) wie könnte schulische Inklusion gelingen? ___ Von der Leerstelle zur Lehrstelle – Wie kann sich ein Kind trotz Schädelhirntrauma entwickeln? ___ Tagesförderung und -struktur ___ Allgemeiner Arbeitsmarkt ___ Werkstätten für Menschen mit erworbener Hirn- schädigung</p>	<p>ZNS – Hannelore Kohl Stiftung Nicola Jung Rochusstr. 24, 53123 Bonn Tel.: 0228 97845-40 Fax: 0228 97845-55 www.hannelore-kohl-stiftung.de www.nachsorgekongress.de</p>
<p>6. – 9.3.2013 Stadthalle Rostock</p>	<p>XXXIII. DGKJP Kongress mit Fort- und Weiterbildungs- programm Motto „Transition“ – gelingende Übergänge für psychisch und neurologisch kranke Kinder und Jugendliche. Es kön- nen wissenschaftliche Beiträge zu folgenden Hauptthemen eingereicht werden: ___ Interventionen in der KJP und in angrenzenden Gebieten ___ Praxisfelder ___ Störungsbilder der KJP ___ Transitionsfelder Forschung</p>	<p>CPO HANSER SERVICE Kongress- und Ausstellungsbüro E-Mail: dgkjp13@cpo-hanser.de www.dgkjp-kongress.de</p>
<p>13. – 15.3.2013 Congress Centrum Würzburg, Pleichterstr. 5</p>	<p>Deutscher Parkinson Kongress 2013 <i>Themen u. a.: Frühdiagnose, THS, neue Therapien</i></p>	<p>Congrex Deutschland GmbH, Joachimstaler Str. 12, 10719 Berlin Tel.: 030 88710855-50, Fax: 030 88710855-79 E-Mail: parkinson@congrex.com www.congrex.de</p>
<p>26. – 27.4.2013 Grainau/Zugspitzdorf Hotel Am Badersee 1</p> <p>13 CME- Punkte</p>	<p>DGN-Fortbildung u. a. zu den Themen Schlaganfall, Kopfschmerzen, Fallstricke bei der Neurologischen Begutachtung, Periphere Nervenläsionen – ein all- tägliches Problem!?, Neurointensivfälle, REM-Schlaf, Schwindel etc.</p>	<p>DGN-Fortbildungsakademie c/o UKE Neurologische Klinik Martinistr. 52, 20246 Hamburg Tel.: 040 74105 7920, Fax: 040 74105 9380 E-Mail: k.schilling@uke.de www.dgn.org/</p>
<p>18. – 21.9.2013 München</p>	<p>28. Symposium der AGNP (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie) mit Fortbildungstag</p>	<p>AGNP-Tagungssekretariat Doreen Schmidt, c/o MPI für Psychiatrie Kraepelinstr. 10, 80804 München Tel.: 0151 14 46 00 77, Fax: 08165 64 08 224 E-Mail: agnp@gmx.de www.kongress2013.agnp.de</p>

Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP			
2.3.2013 in Frankfurt/Main 8 CME-Punkte	ADHS im Erwachsenenalter <i>Referenten:</i> Prof. Dr. J. Thome, Dr. J. Krause <i>Sponsor:</i> MEDICE Pharma GmbH	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	
9.–10.3.2013 in Frankfurt/Main Wiederholungstermin aufgrund großer Nachfrage! 14 CME-Punkte	Psychiatrische Begutachtung im Bereich von gesetzlicher Rentenversicherung und Schwerbehindertenrecht <i>Referenten:</i> PD Dr. C. Stadtland, W. J. Kainz, Dipl.-Psych. B. Kappis	siehe oben	
7.4.2013 in Frankfurt 4.5.2013 in München 8 CME-Punkte	Schmerz – Angst – Depression <i>Referenten:</i> Prof. Dr. H.-P. Kapfhammer/Prof. Dr. G. Laux <i>Sponsor:</i> Pfizer Pharma GmbH	siehe oben	
4.5.2013 in Köln 1.6.2013 in Hamburg 8 CME-Punkte	Molekularbiologische Wirkmechanismen von Psychopharmaka und laborchemische Untersuchungen in der psychiatrischen und neurologischen Praxis. <i>Referenten:</i> Prof. Dr. H. Fiebl/ Prof. Dr. H.-P. Volz <i>Sponsor:</i> Neuraxpharm Arzneimittel GmbH	siehe oben	
Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2013			
Zeit	Ort	Landesverband	
1.–3.3.2013	Bad Harzburg	NIE	Mitgliederversammlung
9.3.2013	Alzey	RLF	Mitgliederversammlung
13.4.2013	Köln, Park. Inn-City-West	BVDN	11. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag Anmeldung: Geschäftsstelle Krefeld Tel.: 02151 4545920
20.4.2013	Teupitz	BRA	Mitgliederversammlung/Fortbildung
27.4.2013 CME-Punkte	München, Hörsaalgebäude Klinikum R. d. Isar Prof. Dr. Hemmer: Neueste und zukünftige Therapie bei Multipler Sklerose Prof. Dr. Förstl: Was oder wer wirkt in der Psychiatrie? Anmeldung: Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de	BAY	Mitgliederversammlung/Fortbildung
4.6.2013	Berlin	BER	Mitgliederversammlung
15.6.2013	Sulzbach	HES	Mitgliederversammlung
7.9.2013	Berlin	BER	60 Jahre BVDN-Berlin
27.–28.9.2013 CME-Punkte	Kloster Seeon in Seeon-Hochbrück im Chiemgau	BAY	Mitgliederversammlung/Fortbildung



Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

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

1. Vorsitzende der Landesverbände

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

Ansprechpartner für Themenfelder

Neue Medien: Arne 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 Bauersachs, Klaus Gorsboth



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 46 925/26**

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag meist 485 bis 580 €, je nach Landesverband, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefarzte/Niedergelassene; 440 € für Fachärzte an Kliniken; Ärzte in Weiterbildung 90 €; Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 580 € für Chefarzte/Niedergelassene; 440 € für Fachärzte an Kliniken; Ärzte in Weiterbildung 90 €; Senior 60 €).
- Ich wünsche die **DOPPELMITGLIEDSCHAFT** – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 580 €.
- Ich wünsche die **DREIFACHMITGLIEDSCHAFT** – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 720 €.

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl
pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

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
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.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. M. Eder	Regensburg	nein	ÄK	0941 3690	0941 3691115	
Dr. W. Klein	Ebersberg	ja	ÄK	08092 22445		
Dr. Katrin Krome	Bamberg	nein	ÄK			
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. W. Schulte-Mattler	Regensburg	nein	ÄK	0941 944-0	0941 944-5802	
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 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		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	neuroensch@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 Figlesthaller	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	03733 672627	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. C. Kramer	Bielefeld	ja	ÄK	0521 124091	0521 130697	
Dr. K. Gorsboth	Warstein	ja	ÄK	02902 97410	02902 97413	
Dr. A. Haver	Gütersloh	ja	ÄK	05241 16003		annette.haver@t-online.de

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

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-
neurorehagodeshoehe.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;
Dr. Karin Szostecki (-1346); Thomas Müller;
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. 15 vom 1.10.2012

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: 23 €. Jahresabonnement: 207 €. Für Studenten/ AIP: 142 €. Versandkosten jeweils: Inland 29 €, Ausland 48 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 56,72 € 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 Gebührensanzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck:

KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel

GmbH, München
ISSN 1436-123X



IA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2012



© DigitalVision / Thinkstockphotos.de

Vorschau

Ausgabe 3/2013

März

Erscheint am 13. März 2013

Polyneuropathien im Alter

Allein durch das Alter verursachte Polyneuropathien gibt es wohl nicht, denn neben altersbedingten Veränderungen treten am peripheren Nervensystem auch krankhafte Veränderungen auf, die sich ätiologisch nicht von denen anderer Lebensabschnitte unterscheiden.

Suizidgefahr bei Demenz

Auch wenn Statistiken Suizide von Menschen mit Demenz selten dokumentieren, ist diese Gefährdung ernst zu nehmen. Gerade in der Frühdiagnostik geistiger Abbauprozesse sollte eine Suizidgefährdung evaluiert werden.

Tiefe Hirnstimulation

Mit zunehmender Therapiedauer treten bei vielen Patienten mit Morbus Parkinson Wirkungsschwankungen auf, die nicht mehr zufriedenstellend behandelt werden können. Hier ist die tiefe Hirnstimulation eine Behandlungsalternative.