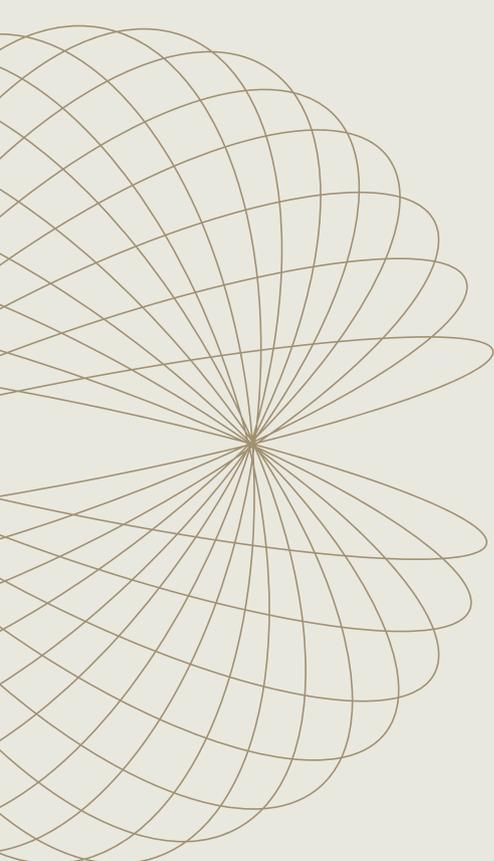


1

Januar 2014 _ 25. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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



Koalitionsvertrag

Der Wartezeiten-Popanz

Gesundheitssystem in Deutschland

Wertschöpfungskette oder krankmachendes System?

CME: Sucht

Riskanter Alkoholkonsum älterer Menschen

Hier steht eine Anzeige.





»Eine Sektionierung der KVen würde die Ärzteschaft insgesamt schwächen, ohne das einzelne Fachgruppen davon wirklich profitieren würden.«

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Vorsitzender des BVDN

Rosinenpickerei und Etikettenschwindel

Endlich hat der Wahlkampf 2013 doch noch ein Ende gefunden. Ein elitärer Zirkel, die Mitglieder der SPD, durfte noch einmal abstimmen; für die „GroKo“ und endlich gab es dann die wunderbaren Bilder für die Medien mit strahlenden Gesichtern und tosendem Applaus. Hut ab. Gute Regie!

Nun sind die „Feiertage“ definitiv vorbei und wir dürfen gespannt den inhaltlichen Neubeginn unter der Führung des neuen Gesundheitsministers Hermann Gröhe erwarten.

Die Absichtserklärungen im Koalitionsvertrag zu Gesundheit und Pflege indes hatten schon vor dem Jahreswechsel für wenig Feierlaune gesorgt.

Die geplante Sektionierung des KV-Systems mit strikter Trennung hausärztlicher und fachärztlicher Belange ist ausschließlich den Forderungen des Hausarztverbandes geschuldet. Vermeintliche Benachteiligungen der Hausärzte sollen damit kompensiert werden. Schon die Diktion führt in die Irre, denn von Schlechterstellung der Hausärzte kann keine Rede sein. In den meisten KVen bestehen allerdings erhebliche Unterschiede zwischen den Vergütungen verschiedener Fachgruppen. Insbesondere wohnortnahe und grundversorgende Facharztgruppen sind kaum noch in der Lage, ihre Praxen zu finanzieren. Eine Sektionierung der KVen würde die Ärzteschaft insgesamt schwächen, ohne das einzelne Fachgruppen davon wirklich profitieren würden. Eine Spaltung der KVen wäre vielmehr ein fatales Signal und ein weiterer Schritt zur Schwächung der Vertragsärzteschaft und ihrer Interessen.

Dazu passt ein weiteres Thema des Koalitionsvertrages: Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen: „(...) Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistungen sollen aufgelegt und evaluiert werden, je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt.“ Der Deutsche Ärztetag hatte – richtigerweise – die Maxime beschlossen „Delegation statt Substitution“. Die Substitution ärztlicher Leistungen, etwa von Angehörigen der Pflegeberufe, wird zulasten der Qualität der Patientenversorgung gehen und ist ausschließlich dem Ziel geschuldet, Kosten zu senken.

Administrativer Overkill

Besonders übergreifend sind die Überlegungen zur Verkürzung der Wartezeiten auf einen Facharzttermin. Nicht nur, dass ein administrativer Overkill durch zentrale Terminservice-Stellen bei KVen geplant ist, die innerhalb einer Woche einen Behand-

lungstermin vermitteln sollen, auch gilt eine Regelwartezeit von vier Wochen, die nicht überschritten werden darf. Andernfalls wird von der Terminservice-Stelle ein Termin zur Behandlung in einem Krankenhaus angeboten, und zwar zulasten des jeweiligen KV-Budgets.

Statt das Übel an der Wurzel zu bekämpfen, soll populistische „Terminkosmetik“ betrieben werden. Die Behandlungsqualität in vielen Fachgebieten wird dadurch weiter absinken. Die Ärzte werden schneller arbeiten und ihren Patienten insgesamt weniger Termine anbieten können, um die geforderten Wartezeiten nicht zu überschreiten. Die den Wartezeiten zugrunde liegenden Probleme, nämlich die regionale Unterversorgung in den unterschiedlichen Arztgruppen, aber auch die falschen finanziellen Anreize, etwa durch Pauschalierung der Vergütung oder die Probleme der überbordenden Bürokratie werden nicht thematisiert.

Schwächung der verfassten Ärzteschaft

Die Koalition strebt ferner eine Verbesserung der Möglichkeiten an, Selektivverträge abzuschließen. Dabei soll insbesondere der hausärztliche Bereich gestärkt werden. In diesem Kontext sollen bestehende Vergütungsbeschränkungen für hausärztliche Selektivverträge aufgehoben werden. Damit werden die Möglichkeiten der Krankenkassen das Leistungsgeschehen zu steuern, aber auch Rosinenpickerei zu betreiben, vergrößert, und zwar ausschließlich zum Nachteil des Kollektivvertrages. Der Weg, den die letzte Große Koalition beschritten hat, wird an dieser Stelle fortgesetzt. Er wird zu weiterer Schwächung und Spaltung der verfassten Ärzteschaft führen.

Die vollmundig angekündigte Aufhebung der Regresse für die Ärzteschaft entpuppt sich im Koalitionsvertrag als Etikettenschwindel: „Wir werden für Arznei und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden“. Und – schwupps – ist das Problem vom Tisch. Es taucht zwar in der regionalen KV wieder auf, aber dort wird man das doch ganz bestimmt schnell wegverhandeln können. Oder etwa nicht?

Ein kurzer Abschnitt betrifft die psychiatrische Versorgung: „Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen,

Hier steht eine Anzeige.



Editorial Fortsetzung

muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung sowie eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.“ Dies betrifft zunächst den stationären Sektor, der sich mit Händen und Füßen gegen die Einführung des PEPP-Systems wehrt. Gleichwohl zeigt diese Formulierung, dass die dringende Notwendigkeit, die Übergänge vom stationären in den ambulanten Sektor neu zu gestalten, erkannt ist.

Verbände setzen auf Dialog

BVDN, BVDP und BDN setzen auf den Dialog mit dem neuen Gesundheitsminister und gehen mit guten Konzepten und bestens vorbereitet in die anstehenden berufspolitischen Gespräche. Parallel dazu bereiten wir uns auf die EBM-Reform vor. Wir haben differenzierte Vorschläge für die Überarbeitung der EBM-Kapitel vorbereitet. Die Ziele: bessere und differenziertere Darstellung und Vergütung unserer neurologischen und psychiatrischen Leistungen. Und um jeglicher Legendenbildung vorzubeugen: Neurologen, Nervenärzte und Psychiater haben einen Vergütungsanspruch gleichermaßen und auf Augenhöhe. Bestehende Honorarungerechtigkeiten müssen schnellstens beseitigt werden. Durch die KV!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, in diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen guten Start in das neue Jahr und für 2014 alles Gute!

Herzlichst,
Ihr



3 Editorial

Die Verbände informieren

- 8** **Der Wartezeiten-Popanz**
Koalitionsvertrag in der Diskussion
Christa Roth-Sackenheim, Andernach
 - 10** **Kontinuität im BVDP-Vorstand**
Mitgliederversammlung des BVDP 2013
Sabine Köhler, Jena
 - 13** **Hochwertige Angebote – starke Nachfrage**
Fortbildungsakademie: Rückblick und Ausblick
Albert Zacher, Regensburg
 - 16** **Gesundheitspolitische Nachrichten**
GKV-Spitzenverband: Evidenzbasierte Zulassung für Medizinprodukte gefordert
Verkürzung der Wartezeiten im Koalitionsvertrag: Frech-provokanter Populismus
„Überversorgte“ Gebiete: Aufkauf von Kassensitzen durch die KV soll zur Regel werden
Sektionierung des KV-Systems: Besser ärztliche Einigkeit statt Verteilungskampf
GKV-Überschuss 2013 1,5 Milliarden €: Ende des Geldüberflusses eingeläutet?
Gunther Carl, Kitzingen
 - 18** **Wir stehen zusammen!**
Neues aus dem BVDN-Landsverband Sachsen
Friederike Klein, München
-
- ### Rund um den Beruf
- 22** **An das Asperger-Syndrom denken**
Nervenärztliche Sprechstunde
Sybille Ochs, Taufkirchen
 - 25** **Wertschöpfungskette oder krankmachendes System?**
Ein Kommentar
Wolfgang Freund, Biberach
 - 28** **Tages-Plausibilitätszeiten richtig berechnen**
Aus der Serie Praxisprobleme
Gunther Carl, Kitzingen
 - 31** **Durchgehend geöffnete Praxis**
Dr. Bernd Lohmüller aus Ebersberg im Praxisporträt
Thomas Müller, Neu-Isenburg

Titelbild (Ausschnitt): Felix Rehfeld, Ohne Titel, 2011

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Hier steht eine Anzeige.





60 Alkoholabusus bei älteren Menschen

Eine konstante Prävalenz von Alkoholproblemen vorausgesetzt, wird sich aufgrund des demografischen Wandels die Gesamtzahl alkoholkranker älterer Menschen erhöhen. Gleichbleibende Konsummengen können im höheren Alter aber mehr schaden als in jüngeren Jahren. Die Vulnerabilität älterer Menschen gegenüber Alkohol erhöht sich umso mehr, je stärker die Morbidität und die Multimedikation zunimmt.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat 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 Spektrum der Stimulationsverfahren bei neurologischen Erkrankungen**
Hirn- und Nervenfunktion im Fokus
*Rüdiger Lange, Michael Schrey, Hans-Herbert Steiner,
Frank Erbguth, Nürnberg*
- 38 Hirnmetastasen – Alles zu spät?**
Ein Update zur Neuroonkologie
Julia Tichy, Joachim P. Steinbach, Frankfurt
- 44 Was ist wichtig in der Neuro-Urologie?**
Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz
Arndt van Ophoven, Herne
- 48 Depression: Multimorbider Patient mit Komplikationen**
Psychiatrische Kasuistik
Steffen Richter, Thomas Krause, Christian Otte, Berlin
- 54 Psychotherapie und Psychoedukation bei bipolarer Störung**
Einzel-, Gruppen- und Familieninterventionen
Britta Bernhard, Olching
- 60 CME: Alkoholabusus**
Riskanter Konsum älterer Menschen in Privathaushalt und Pflegeheim
Siegfried Weyerer, Martina Schäuufele, Mannheim

65 CME-Fragebogen

Journal

- 72 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
„Anstaltsromane“ der Gegenwartsliteratur
Sind die Neuen anders?
Gerhard Köpf, München
- 78 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Felix Rehfeld
Die Farbe ist Realität, die Form nur Illusion
Albert Zacher, Regensburg
- 27 Kleinanzeigen**
- 68 Pharmaforum**
- 77 Buchbesprechungen**
- 80 Termine**
- 82 Verbandsservice**
- 87 Impressum/Vorschau**

Koalitionsvertrag

Der Wartezeiten-Popanz

Wohl kaum ein Statement des Koalitionspapiers zum Thema Gesundheitsversorgung wird so kontrovers diskutiert wie der Passus zu den Wartezeiten. Allein in den hier zitierten 15 Zeilen steckt purer Sprengstoff. Sprengstoff bezüglich der freien Arztwahl, Sprengstoff bezüglich des Berufsrechtes, Sprengstoff bezüglich der Therapiefreiheit.

Was bei der Psychotherapie auf den ersten Blick so „verbraucherfreundlich“ daherkommt, dass man zunächst denkt: „Da kann man ja eigentlich nichts dagegen haben (...)“, könnte zur Zerschlagung der gesamten derzeitigen Systematik zur Richtlinienpsychotherapie und im schlimmsten Fall auch der da-

Vorstellung, dass jegliches psychische Problem, egal ob es in einer Befindlichkeitsstörung, einer Lebenskrise oder einer schweren psychischen Erkrankung begründet ist, durch ein paar schnelle Gespräche rasch gelöst werden kann. Es scheint hier mehr um Beratung als um Behandlung zu gehen. Dass vor der The-

Gemeinsamen Bundesausschuss ist eine reine Farce.

Befugnisweiterungen nicht zielführend

Worüber man nur den Kopf schütteln kann, ist der Satz zur Überprüfung der Befugnisweiterungen für psychologische Psychotherapeuten. Meine Meinung ist: Bevor man über Befugnisweiterungen auch nur anfangen kann nachzudenken, muss die gesamte Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten erst einmal gründlich auf den Prüfstand. Wie sieht denn der bisherige Inhalt der Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten aus? Er ist auf die Erlangung der Approbation zur Ausübung von Richtlinienpsychotherapie ausgerichtet. Doch schon allein die Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapeutenausbildung sind höchst heterogen. Wer ärztliche Tätigkeiten ausüben und ärztliche Verantwortung tragen möchte, muss eben ein Medizinstudium absolvieren und mit der Approbation zum Arzt abschließen. Hier hat der Verbändelobbyismus Früchte getragen, der insbesondere SPD-Gesundheitspolitikern in die Feder diktiert hat, man müsse die Versorgung psychisch Kranker im Allgemeinen und ärztliche Aufgaben im Besonderen übernehmen. Die psychologischen Psychotherapeuten, die in der ambulanten Versorgung Tag für Tag verantwortungsvoll ihre Arbeit machen, wollen gar keine Befugnisweiterungen. Sie wollen die Verantwortung für Klinikeinweisungen, Krankschreibungen, eventuell ja sogar Medikationsverordnung gar nicht übernehmen, weil sie die Grenzen ihres Könnens und Tuns sehr wohl kennen und respektieren.

»Es werden neue Finanzierungsbedarfe geschaffen, die wieder wir Ärzte mit unserem Honorar bezahlen und die letztlich wieder für die Patientenversorgung fehlen.«

hinterstehenden Honorarsicherheit führen. Diese ist insbesondere dann in Gefahr, wenn die Zeitgebundenheit an die 50-Minuten-Sitzung mit einer Plausizeit von 70 Minuten verloren ginge, auf der die BSG-Rechtsprechung zur festen Vergütung fußt. Es steht dahinter wohl die

rapie erst einmal eine gründliche Diagnostik stehen muss, dass diese einer ärztlichen, insbesondere psychiatrisch-psychotherapeutischen Expertise bedarf, wird vollkommen negiert. Hier liegen die notwendigen Instrumente ganz woanders. Auch die Fristsetzung für den

Original-Exzerpt aus dem Koalitionsvertrag:

2952. Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und
 2953. mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu
 2954. werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppen-
 2955. therapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetz-
 2956. lich definierten Frist die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden
 2957. Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten werden wir überprüfen.
 2958.
 2959. Für gesetzlich Versicherte wollen wir die Wartezeit auf einen Arzttermin deutlich re-
 2960. duzieren. Sie sollen sich zukünftig bei Überweisung an einen Facharzt an eine zen-
 2961. trale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wenden können.
 2962. Diese vermittelt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin. Für den Termin
 2963. soll im Regelfall eine Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Gelingt
 2964. dies nicht, wird von der Terminservicestelle ein Termin – außer in medizinisch nicht
 2965. begründeten Fällen – zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten.
 2966. Die Behandlung erfolgt dann zulasten des jeweiligen KV-Budgets. Diese Termin-
 2967. servicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben werden.

Absurdes Denken

Eine ähnliche Absurdität im Denken scheint hinter der Vier-Wochen-Frist für einen Facharzttermin zu stehen. Es sei erlaubt, folgende Fragen zu stellen: Wer stellt die medizinische Notwendigkeit fest, wenn nicht der Arzt? Soll das ähnlich wie bei einer Service-Hotline der Telekom gehen, am besten noch mit Telefonmenü?

„Sind Ihre Beschwerden akut aufgetreten, drücken Sie die 1, dauern Ihre Beschwerden länger als drei Tage drücken Sie die 2, werden sie stärker drücken Sie die 3, wenn keines davon zutrifft bleiben Sie einfach in der Leitung“. – „Es tut uns leid, alle Leitungen sind zur Zeit belegt, bitte versuchen Sie es später noch einmal“.

Das ist auch nicht zuletzt eine schallende Ohrfeige für die Hausärzte, die die Überweisungen ausstellen. Soll ihnen denn die Aufgabe abgesprochen

werden, den Patienten schnell zum Facharzt schicken zu können, wenn akuter Klärungsbedarf besteht? Bei uns in der Praxis, und das machen die meisten Kollegen ganz genau so, bekommt ein Patient am selben Tag einen Termin, wenn der Hausarzt anruft und einen akuten Fall schildert. Genauso machen wir es doch, wenn wir einen Patienten akut zu einem anderen Facharzt weiterverweisen müssen.

Deshalb: Die Wartezeitendiskussion ist nichts anderes als ein Popanz. Sie soll als Vorwand für eine stärkere Steuerung durch die Krankenkassen, einen schärferen Eingriff in ärztliche Therapiefreiheit, eine Beschneidung der Patientenrechte sowie eine Deprofessionalisierung der Ärzteschaft dienen. Da, wo wirklich Unterversorgung besteht, zum Beispiel im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich, passiert mal wieder nichts. Durch die neuen Vorhaben, wie

sie im Koalitionspapier stehen, wird nur eines passieren: Es werden neue Finanzierungsbedarfe geschaffen, die wieder wir Ärzte mit unserem Honorar bezahlen und die letztlich wieder für die Patientenversorgung fehlen. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Mitgliederversammlung des BVDP am 29. November 2013

Kontinuität im BVDP-Vorstand

Ihren Vorstand für zwei Jahre im Amt bestätigt haben die Mitglieder des Berufsverbands der deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP) auf ihrer 14. Mitgliederversammlung in Berlin.



Dr. med. Christa Roth-Sackenheim



Dr. med. Christian Vogel



Dr. med. Sabine Köhler



Dr. med. Olivier Biniash



Dr. med. Greif Sander



Dr. med. Frank Bergmann



Dipl.-Med. Delia Peschel



Dr. med. Rüdiger Saßmannshausen

Zur Mitgliederversammlung lädt der BVDP traditionell während des Kongresses der DGPPN in das ICC nach Berlin ein, so auch zur 14. Versammlung am 29. November 2013. Während die Mitgliederversammlung in den vergangenen Jahren stets in den Abendstunden stattfand, konnte – der Bitte einiger Mitglieder folgend – in diesem Jahr ein zeitigerer Termin am Nachmittag gefunden werden. Im Mittelpunkt standen die Tätigkeitsberichte der Vorstandmitglieder und die Wahl des Vorstands.

Betrachtungen zum Koalitionsvertrag

Zu Beginn der Versammlung berichtete unsere Vorsitzende, Dr. Christa Roth-

Sackenheim, zu ihren ausgesprochen vielfältigen Aufgaben. Einen großen Teil des Berichtes nahm hier die Betrachtung des Koalitionspapieres ein. Äußerungen einiger Politiker zur Verkürzung der Wartezeiten bei Fachärzten und die Hinzuziehung der Kliniken auf KV-Kosten hatten zu Besorgnis geführt, die leider auch bis jetzt nicht entkräftet werden konnte. Die beabsichtigte, noch weitere Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung kann nicht in unserem Interesse sein. Im Koalitionspapier hatte zunächst ein Passus gestanden, der vorsah, die in den §§ 115–118 SGB V geregelten Versorgungsformen (z. B. ambulantes Operieren, psychiatrische Insti-

tutsambulanzen) in die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) zu überführen, was einige Gleichstellungsvorteile für die Vertragsärzte gebracht hätte. Dies ist jedoch leider nicht mehr im Papier enthalten.

Die im Koalitionspapier geforderten Vereinfachungen bei Antrags- und Gutachterverfahren in der Richtlinienpsychotherapie müssen ebenfalls kritisch diskutiert werden. Sicher ist es wichtig, Wartezeiten zu verkürzen, andererseits ist diese Problematik vielschichtig und oft durch fehlende Passgenauigkeit getriggert.

Eine große Gefahr sehen wir in der Forderung nach Substitution ärztlicher Leistungen. Gegen die De-Professionalisierung in unserem Fachgebiet müssen wir uns wehren! Der BVDP-Vorstand fordert die Einführung der Sozialpsychiatrievereinbarung analog der KJP!

Die Hoffnung vieler Kollegen auf Abschaffung der Regresse muss leider enttäuscht werden. Regresse werden nicht „abgeschafft“, sondern „rationalisiert“. Erfreulich ist es dagegen zu hören, dass die Diagnosen „Rückenleiden“ und „Depression“ in die Disease Management-Programme aufgenommen werden sollen. Mit der Depression würde die Hauptdiagnose der Patienten, die bei einem Psychiater behandelt werden und, wenn man den Statistiken glaubt, die sich am schnellsten entwickelnde Volkskrankheit, in den Fokus gerückt werden.

EBM

Auch bei der Weiterentwicklung des EBM gab es erfreuliche Veränderungen: Es wurde ab dem 1. Oktober 2013 eine Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung eingeführt (PFG, Nr. 21218). Dies bedeutet eine Würdigung und Aufwertung unserer alltäglichen Arbeit, die in unseren Abrechnungsziffern sonst nur noch marginal abgebildet werden

kann. Sie grenzt die Arbeit des Psychiaters von der des in der Richtlinienpsychotherapie tätigen Kollegen ab, denn neben den Psychotherapieziffern kann die PFG nicht abgerechnet werden. Für das Jahr 2014 sind Weiterentwicklungen im EBM-Kapitel 21 in Planung.

Die Verbände BVDP und BVDN fordern eine Aufwertung der Grundpauschale (Ziffern 21211–21213) und der Ziffer 21220, in der sich die Komplexität unserer Arbeit mit all unserer psychiatrischen *und* psychotherapeutischen Expertise widerspiegelt. Eine Abstufung dieser „Gesprächsziffer“ ist unverständlich im Vergleich zur konstanten Vergütung der psychotherapeutischen Abrechnungsziffern. Gleiches gilt für die Einbindung dieser Ziffer in ein Regelleistungsvolumen, was in vielen KV-Bereichen noch als Abrechnungsgrundlage genutzt wird. Eine Gesprächsleistung ist *immer* eine individuelle Leistung für den einzelnen Patienten, die nicht gemittelt und damit inflationär abgebildet werden kann. An dieser Stelle erging erneut die Forderung an alle Psychiater, die Betreuungsziffern immer dann anzuwenden, wenn Patienten mit den entsprechenden Diagnosen behandelt werden. Es hat sich in vielen Fällen gezeigt, dass wir Psychiater zu vorsichtig in der Darstellung unserer Leistung vorgehen. Wir behandeln schwer und chronisch Kranke. Die wenigen Möglichkeiten der Abrechnung sollten wir aber immer nutzen und damit darstellen, wie leistungsfähig der ambulante Versorgungsbereich ist. Eine Kollegin machte darauf aufmerksam, dass auch die Fremdanamnese in unserem Fachgebiet eine zeitgebundene Leistung ist, die wir häufig erbringen und die einer höheren Gewichtung bedarf.

GOÄ

Bezüglich der GOÄ gab es bisher wenige Entwicklungen. Noch immer gibt es uneinheitliche Handhabungen der Abrechnungsziffer 801 und der Vergütung durch die Debeka. Hier hat ein deutliches Widerspruchsverhalten der Ärzte meist zur Bezahlung dieser Leistung geführt. Der BVDP bittet alle Kollegen, Probleme und Streitsituationen dem Verband mitzuteilen, damit klar wird, wo hier Vorgehensweisen möglicherwei-

se gebündelt werden können. Es gibt regelmäßige Gespräche mit der Bundesärztekammer zu diesem Thema, deshalb sind die Rückmeldungen als Basis für die Diskussion unentbehrlich.

Muster-Weiterbildungsordnung

Nicht nur in unserer Mitgliederversammlung, sondern zu verschiedenen Veranstaltungen des DGPPN war die neue Musterweiterbildungsordnung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Thema. Zum einen wird damit eine völlig neue Systematik in der Ausbildung angestrebt, welche sich in unterschiedliche Kompetenzlevel gliedert. Betrachtet man dazu den umfangreichen Stoffkomplex in der Psychiatrie und Psychotherapie, wird deutlich, dass diese Ausbildung einen Zeitumfang von sechs Jahren wohl nicht unterschreiten kann. Über dieses Thema wurde vielerorts gestritten. Manche Kollegen befürchten, dass sich junge Ärzte aufgrund der langen Ausbildung nicht für unser Fachgebiet entscheiden. Andere sorgen sich um den Verlust unserer fachlichen Kompetenz, wenn wir nicht *alle* unsere Kernbereiche lehren. Bisher ist das Kom-

»Wir sind alle weiterhin hoch motiviert, freuen uns auf die vor uns liegenden Aufgaben und setzen uns gemeinsam mit aller Kraft für die berufspolitischen Belange der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ein!«

Dr. Christa Roth-Sackenheim

plementärjahr Neurologie verpflichtend. Für die Kollegen, die in der Niederlassung tätig sind, ist die Erfahrung der Neurologie unschätzbar. Manche Kollegen aus den Kliniken und aus Forschungsbereichen, die ich auf dem DGPPN traf, können dies hingegen nicht gut nachvollziehen. Mittlerweile wurde der Zeitrahmen für eine Entscheidung zur neuen Weiterbildungsordnung bis 2016 festgelegt. Ein erster Entwurf steht, hoffen wir auf eine konstruktive und befruchtende Diskussion!

Bedarfsplanung

In der weiteren Diskussion kam mehrfach die Forderung nach einer Neurege-

lung der Bedarfsplanung auf. Roth-Sackenheim wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der BVDP und der BVDN offen die dreifache Anzahl von Psychiatersitzen fordern. Dass eine solche Regelung möglich ist, haben uns die psychotherapeutischen Kollegen vorgebracht, die eine erhebliche Anhebung ihrer Sitze im gesamten Bundesgebiet erreicht haben. Die Nachwuchssituation in unserem Fach ist besser als in anderen Fächern. Die Möglichkeiten der regionalen Sonderbedarfszulassungen sollen genutzt werden.

Tätigkeitsberichte der Vorstandsmitglieder

Dr. Christa Roth-Sackenheim, Vorsitzende des BVDP, berichtete von ihren Tätigkeiten im G-BA. Hier arbeitet sie im Unterausschuss Psychotherapie mit und engagiert sich im Verfahren zur Überprüfung der Richtlinienverfahren sowie bei der Änderung der Psychotherapierichtlinie. In der KBV ist sie Mitglied im Fachausschuss Psychotherapie und hat an den Beratungen zur Neuropsychologie teilgenommen. In der BÄK ist sie im Sprecherrat der StäKo und

wirkte mit an der Novellierung der GOÄ und der Musterweiterbildungsordnung. In der LÄK ihres Heimat-Bundeslandes Rheinland-Pfalz engagiert sie sich zudem für das Thema „Fachkunde Geriatrie“. Zwar werden viele Themen durch den Vorstand des BVDP in den monatlichen Telefonkonferenzen diskutiert, oft steht sie aber als Person für die vielfältigen Aufgaben stellvertretend ein:

- Weiterentwicklung EBM
- PT außerhalb der MGV
- Positionen zur Direktausbildung
- Stäko
- Pressearbeit
- Homepage
- NEUROTRANSMITTER-Sonderheft

Dr. Christian Vogel, stellvertretender Vorsitzender des BVDN, nahm an der Konsensusgruppe S3-Leitlinie Transsexualität/Geschlechtsdysphorie teil. Wie in den vergangenen Jahren engagierte er sich für die „Young Psychiatrists“ auf dem DGPPN-Kongress 2013 mit einem Vortrag zu Berufsperspektiven des niedergelassenen Psychiaters. Vogel ist stellvertretendes Mitglied des Fachausschusses „Psychotherapie“ der KBV. Er vertritt den BVDP im Land Bayern und der Region München und ist stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des BVDN. Weiterhin ist er Delegierter der ÄKBV München und LÄK Bayern. In der KV Bayern ist er Mitglied im Fachausschuss Psychotherapie und betreut verschiedene regionale Projekte zur integrierten Versorgung.

Dr. Sabine Köhler ist seit diesem Jahr Mitglied der „Jungen Akademie“ der DGPPN, die es sich zum Ziel gesetzt hat, den Nachwuchs im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie zu fördern. Hier wurde das Thema „Musterweiterbildungsordnung“ rasch sehr kontrovers, am Ende aber immer auch konstruktiv im Sinne der Verständigung der Erfahrenen mit den Anfängern und den Klinikkollegen mit den Niedergelassenen diskutiert. Köhler ist Vorstandsmitglied des BVDN Thüringen. Dort fanden in diesem Jahr die Mitteldeutschen Psychiatrietage – eine Wandertagung der Universitäten Mitteldeutschlands – statt, auf dem BVDN und BVDP erstmals ein eigenes Symposium organisieren konnten. Außerdem nahm Dr. Köhler an der Konsensuskonferenz zur Überarbeitung der S3-Leitlinie Schizophrenie teil.

Dr. Olivier Binasch, Kassenwart des BVDP, engagierte sich für den BVDP im „Think Tank“ der DGPPN. Hier werden Visionen und Claims für das berufspolitische Vorgehen unserer Fachgruppe diskutiert. Er ist Mitglied im BVDN-Vorstand Bayern und dort BVDP-Landessprecher. Er ist Ko-Leiter des Referats „Gemeindepsychiatrie“ der DGPPN und betreut außerdem verschiedene Projekte zur integrierten Versorgung.

Dr. Greif Sander, Beisitzer im BVDN-Vorstand, engagierte sich in der Leitlinie

arbeit im Suchtbereich (z.B. alkoholbezogene Störungen, Tabakabhängigkeit). Außerdem ist er im BVDP-Referat „Migration“ aktiv.

Dr. Uwe Bannert aus Schleswig-Holstein arbeitet in der dortigen KV mit. Darüber hinaus war er Teilnehmer der Leitlinienarbeitsgruppe „Zwangsstörungen“. Nach vielen Jahren aktiver berufspolitischer Arbeit bereitet er nun für sich die Beendigung seiner Berufstätigkeit vor und erläuterte den Anwesenden BVDP-Mitgliedern in einem herzlichen Brief, der von Roth-Sackenheim in Auszügen verlesen wurde, dass er nicht erneut für den BVDP-Vorstand zur Verfügung stehen wird. Gleichzeitig sicherte er aber zu, den BVDN weiterhin auf Landesebene aktiv zu unterstützen und als Landessprecher für Psychiatrie auch unseren Kreis auf Bundesebene zu bereichern. Bannert wird herzlich für sein Engagement gedankt und da es sich, wie beschrieben, nur um einen „Teilabschied“ handelt, freuen wir uns auf die weitere Zusammenarbeit!

Landessprechertreffen in Berlin

Roth-Sackenheim berichtete im weiteren Verlauf vom ersten Treffen der Landessprecher für Psychiatrie. Dieses fand am 8. Juni 2013 in der BVDN-Geschäftsstelle in Berlin statt. Bei schönem Sommerwetter hatten sich dort die Landessprecher aus allen Bundesländern zu einem intensiven Austausch eingefunden. Nach dem ersten Kennenlernen wurde reger über die Besonderheiten und gemeinsamen Sorgen der Psychiater in allen Bundesländern diskutiert. Am Ende des Treffens wurde eine erste Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit dem Thema „Honorar“ beschäftigen wird. Die Teilnehmer des ersten Landessprechertreffens wünschten unisono eine Wiederholung dieser Veranstaltung und so wurde rasch das Treffen für das kommende Jahr für den 25. Januar 2014 vereinbart.

Kassenbericht

Kassenwart Dr. Olivier Binasch stellte die Kassenlage des BVDP ausführlich vor. Er dankte Dagmar Differt-Fritz für die gute Vorbereitung des Kassenberichtes und die Unterstützung bei Kassenführung und Buchung. Danach verlas er

den Bericht des Kassenprüfers Dr. Ullrich Brickwedde. Dr. Albert Zacher stellte den Antrag auf Entlastung des Vorstandes, der mit der Mehrheit der Stimmen angenommen wurde.

Neuwahl des BVDP-Vorstandes

Dr. Christa Roth-Sackenheim dankte dem bisherigen Vorstand für die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Alle Vorstandsmitglieder, ausgenommen Dr. Uwe Bannert, stellten sich zur Wiederwahl. Zum Wahlleiter wurde Dr. Albert Zacher von der beschlussfähigen Mitgliederversammlung einstimmig ernannt. Roth-Sackenheim stellte sich als Vorsitzende des BVDP wieder zur Wahl, Dr. Christian Vogel kandidierte erneut als stellvertretender Vorsitzender. Als Schatzmeister stellte sich Dr. Olivier Binasch wieder zur Wahl. Dr. Sabine Köhler erklärte sich bereit, weiter als Schriftführerin aktiv zu sein. Dr. Greif Sander und Dr. Frank Bergmann erklärten ihre Bereitschaft, wieder als Beisitzer im BVDP-Vorstand mitzuarbeiten. Nach der Beantragung einer geheimen Wahl erfolgte diese in sechs Wahldurchgängen. Alle Kandidaten wurden mit großer Mehrheit erneut gewählt und nahmen die Wahl an. Dipl.-Med. Delia Peschel und Dr. Rüdiger Saßmannshausen erklärten sich für das Amt des Kassenprüfers bereit und wurden einstimmig gewählt. Somit startet der BVDP in eine neue Amtsperiode, die – wie sich bereits im Wahljahr andeutete – an Aufregung und Arbeit der vergangenen nicht nachstehen wird. □

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
E-Mail: sab.koehler@web.de

Fortbildungsakademie – Rückblick und Ausblick

Hochwertige Angebote – starke Nachfrage



Die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP kann auf ein erfolgreiches Jahr 2013 zurückblicken. Für 2014 stehen bereits drei Fortbildungen auf der Agenda.

Auch im Jahr 2013 konnte die Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP erfolgreich mehrere regionale und zentrale Fortbildungsveranstaltungen durchführen. Zentral bedeutet, dass für diese zweitägig (Samstag und Sonntag) angelegten Seminare, die in Frankfurt am Main abgehalten werden, dem verkehrstechnisch wohl am besten erreichbaren Ort Deutschlands, bundesweit eingeladen wird, weil wir aufgrund unserer Erfahrungen davon ausgehen, dass eine regionale Veranstaltung für die angebotene Thematik zu wenig potenzielle Teilnehmer ansprechen würde. Regional dagegen heißt, dass im Zentrum einer größeren Region (meist handelt es sich um die Städte München, Stuttgart, Köln-Aachen, Hamburg, Hannover, Berlin) Samstagsseminare stattfinden, für die im Umkreis von etwa 200 Kilometern geworben wird.

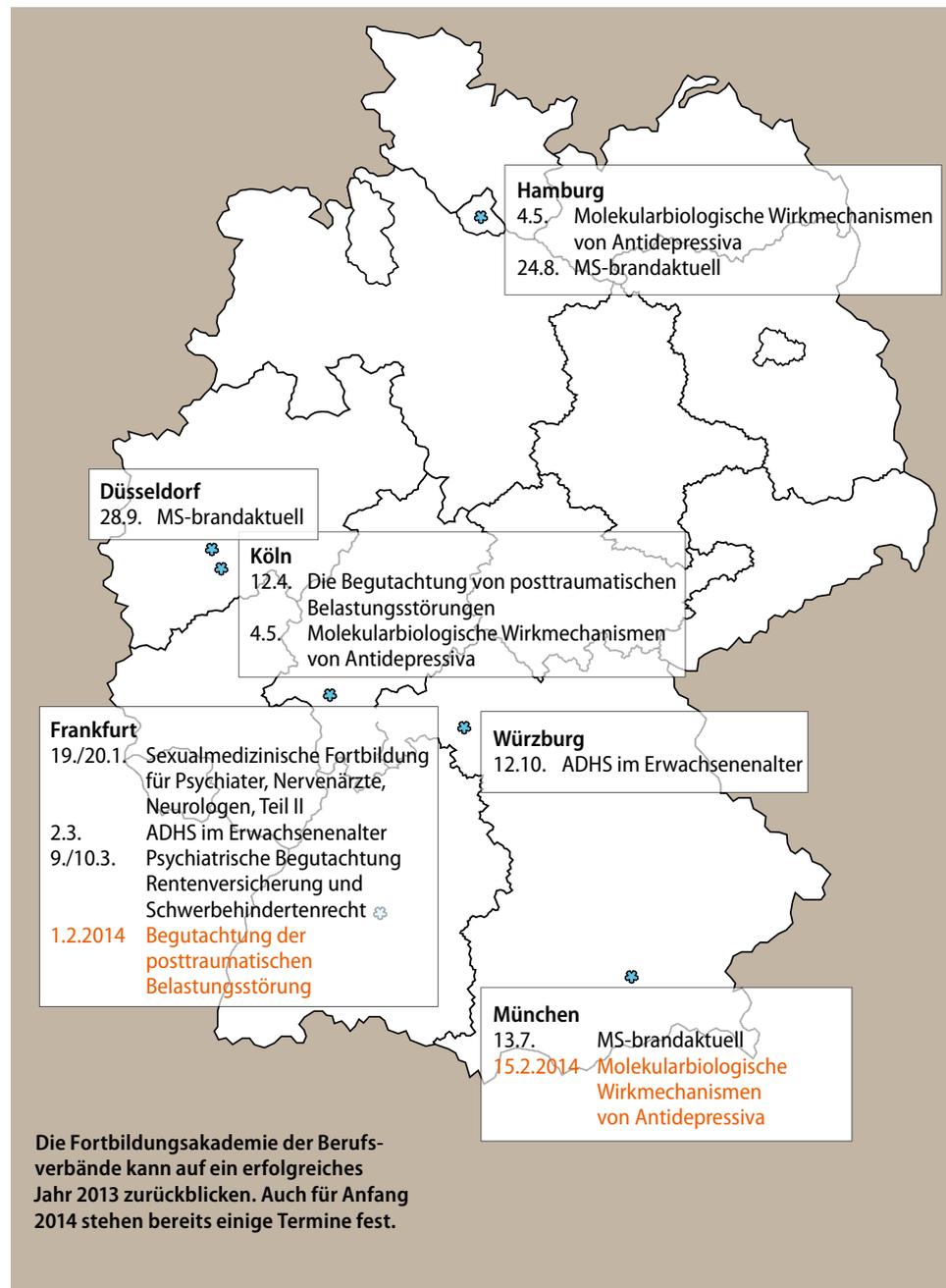
Bundesweite Angebote

So konnten 2013 in Frankfurt am Main die Wochenendseminare

- „Sexualmedizinische Fortbildung für Psychiater, Nervenärzte und Neurologen“, Teil II, 19.–20. Januar 2013 und
- „Psychiatrische Begutachtung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung und des Schwerbehindertenrechts“, 9.–10. März 2013, durchgeführt werden.

Regionale Angebote

- Zum Thema ADHS im Erwachsenenalter fanden regionale Seminare in Frankfurt (2. März 2013) und in Würzburg (12. Oktober 2013) statt (Sponsor: MEDICE GmbH und Co.KG).
- „Molekularbiologische Wirkmechanismen von Antidepressiva und labor-



chemische Untersuchungen in Psychiatrie und Neurologie“ lautete der Titel von zwei ganztägigen Fortbildungsveranstaltungen in Köln (4. Mai 2013) und Hamburg (1. Juni 2013) (Sponsor: Neuraxpharm Arzneimittel GmbH u. Co. KG).

- München (13. Juli 2013), Hamburg (24. August 2013) und Düsseldorf (28. September 2013) waren die Orte, an denen die Seminare „MS-brandaktuell: Diagnostische und therapeutische Strategien, psychologische Konzepte und ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ abgehalten wurden (Sponsor: Merck-Serono GmbH).
- Traditionell gibt es am Vortag des Deutschen Neurologen- und Psychiatertages in Köln eine ganztägige Fortbildung, die 2013 „Die Begutachtung von posttraumatischen Belastungsstörungen“ zum Inhalt hatte (12. April 2013).

Teilnehmerzahlen und Evaluationsergebnisse

Insgesamt können wir für 2013 auf zehn Veranstaltungen zurückblicken, an denen 296 Teilnehmer gezählt wurden, berechnet man die Wochenendseminare mit je einem Tag ein, ergeben sich 387 Personentage.

Besonders erfreulich fiel auch 2013 das Ergebnis der Evaluationen aus. Als Gesamtdurchschnittsnote über alle Seminare und Referenten hinweg wurde die Arbeit der Fortbildungsakademie

mit 1,45 (Rechnung wie bei Schulnoten) bewertet. Die Unterkategorien erhielten folgende Zensuren:

- Präsentation (Klarheit, Aufbau etc.): 1,49
- Präsentation (Qualität der Dias, Videos, Folien): 1,52
- Verwertbarkeit der Themen (Umsetzbarkeit, Praxisnähe): 1,55
- Aktualität der Inhalte: 1,37
- Inhaltlicher Umfang: 1,59
- In wie weit wurde auf Fragen eingegangen? 1,30
- In wie weit wurden Diskussionen zugelassen? 1,31

Daraus lässt sich ersehen, dass die Didaktik unserer Referenten durchgehend mit „sehr gut“ bewertet wurde und dass das Anliegen der Fortbildungsakademie, keine einseitige frontale Veranstaltung anzubieten, sondern das Gespräch von Experte zu Experte zu fördern, voll aufgeht. Auch die Referenten haben immer wieder erfreut hervorgehoben, dass sie kaum je so kompetente und diskussionsfreudige Seminarteilnehmer kennengelernt haben, dass auch für sie selbst die Fortbildungsveranstaltungen der Fortbildungsakademie gewinnbringend seien, würden sie doch immer wieder mit Erfahrungen in Berührung kommen, die für ihre eigene wissenschaftliche und klinische Tätigkeit befruchtend seien.

Auch das Niederlassungsalter der Teilnehmer wurde erhoben. Dabei ergab sich folgende Verteilung: 55 % der Teilnehmer waren zwischen 11 und 19 Jahre

niedergelassen, 38 % 20 Jahre und länger, 14 % 4 bis 10 Jahre, 6 % 1 bis 3 Jahre. Diese Verteilung beweist, dass sich Kollegen, die schon seit längerem der Universität und der Facharztweiterbildung „entwachsen“ sind, in hohem Maße für neue Wissensinhalte interessieren.

Service „Das muss man wissen“

Seit einigen Jahren gibt es den E-Mail-Service „Das muss man wissen“ für kurze und knapp formulierte wissenschaftliche Neuigkeiten. Über 1.000 Kollegen haben den kostenlosen wissenschaftlichen Kurznachrichtendienst der Fortbildungsakademie abonniert. Etwa alle drei bis vier Wochen erhalten diese per E-Mail eine aus wenigen Sätzen bestehende wichtige wissenschaftliche Information psychiatrischen oder neurologischen Inhaltes, gelegentlich auch eine für die Praxis wichtige juristische Nachricht. Angegeben ist natürlich immer die entsprechende Quelle, so dass sich jeder Abonnent bei Interesse im NEUROTRANSMITTER ausführlicher darüber belesen kann. Sollten Sie diese Reihe noch nicht abonniert haben, melden Sie sich bitte bei Nadja Daoud – Adresse siehe unten. Sie werden umgehend aufgenommen.

Themenwünsche

Zwei Umfragen wurden 2013 durchgeführt, um einerseits die Formate in Erfahrung zu bringen, die von den meisten Kollegen zum Wissenserwerb bevorzugt werden, und andererseits einen Überblick darüber zu bekommen, welche Themen von Interesse sind.

Umfrage 1 wurde von 639 Kollegen beantwortet. Es ging um das Thema Psychopharmakotherapie und speziell darum, welchem Fortbildungsformat hierfür von den Kollegen der Vorzug gegeben würde. An erster Stelle stand der NEUROTRANSMITTER mit seinen Fachartikeln, nur knapp dahinter konnte sich die Fortbildungsakademie mit ihrem Seminarangebot positionieren.

Die Umfrage 2 beantworteten 236 Kollegen. 172 davon bezeugten großes Interesse an einer Fortbildung zum Thema „Kurzpsychotherapie bei Depression, adaptiert an den Sprechstundenalltag“ (diese für die Praxis von Professor Dr. Dr. S. Sulz in München entwickelte Methode war in den NEUROTRANSMITTER-



Aufgrund der verkehrstechnisch guten Erreichbarkeit finden die überregionalen Fortbildungsseminare in der Regel in Frankfurt am Main statt.

Ausgaben 5/2010 und 3/2012 vorgestellt worden. Die PDF-Dateien beider Artikel sind unter www.akademie-psych-neuro.de einzusehen).

120 der antwortenden Kollegen plädierten für eine Wiederholung des Fortbildungsseminars „Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung“. Erfreulicherweise können wir dies Seminar bereits zum 1.2.14 anbieten! (Dieses Seminar war schon kurz nach dem Versenden der ersten Einladungen ausgebucht. Sollten Sie nicht zum Zuge gekommen sein und sich dafür interessieren, so teilen Sie dies bitte Nadja Daoud mit – Adresse siehe unten.)

118 Umfrageteilnehmer wählten das Thema „Sexualmedizin“, ein Seminar, das Anfang 2013 bereits einmal mit großem Erfolg und besten Evaluationen in Frankfurt am Main durchgeführt worden ist. Wir bemühen uns, auch dieses Seminar erneut anzubieten.

Bitte beachten Sie auch Vorschläge für neue Seminare, die wir aufgrund der of-

»Die Fortbildungsakademie bietet keine einseitigen, frontalen Veranstaltungen an, sondern Seminare, die das Gespräch von Experte zu Experte zu fördern.«

fenen Themensammlung bei dieser Umfrage unter www.akademie-psych-neuro.de aufgeführt haben. Sollten Sie sich für eines der angebotenen Seminare (z.B. „aktuelle internistische Medikamente und moderne Antibiotika sowie neuere Schmerzmedikamente und deren Wirkprinzipien“ oder „Autismusspektrum-Erkrankungen“ – interessieren, kontaktieren Sie uns!

Bei den Themenwünschen wurde auch „Coaching“ aufgeführt. Coaching-Seminare werden bereits vom Berufsverband über die Cortex-GmbH angeboten (Kontakt: E-Mail: bvbn.bund@t-online.de beziehungsweise BVDN-Cortex Geschäftsstelle, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax 02151 4546925).

An dieser Stelle danke ich als Leiter der berufsverbandseigenen Fortbildungsakademie ganz herzlich den Firmen der pharmazeutischen Industrie, die unsere Veranstaltungen gesponsert haben, obwohl die Grundforderung an unsere Referenten lautet, dass völlige

Freiheit von werblichen Inhalten gewährleistet sein muss. Es waren dies 2013: MEDICE GmbH & CoKG, Merck-Serono GmbH, Neuraxpharm Arzneimittel GmbH & Co. KG und SERVIER Deutschland GmbH.

Besonderer Dank gilt auch den Industriemitgliedern des Förderbeirates, deren jährlicher Spendenbeitrag es ermöglicht, Seminare zu veranstalten, für die sich kein einzelner Sponsor findet, oder die unterfinanziert sind. Es waren dies 2013: MEDICE GmbH & Co. KG, Merz Pharmaceuticals GmbH, Neuraxpharm Arzneimittel GmbH & Co. KG, Pfizer Pharma GmbH und SERVIER Deutschland GmbH.

Finanzierung der Fortbildungsakademie und ihrer Seminare

Veranstaltungen mit Seminarcharakter, die keine höhere Teilnehmerzahl als 30, maximal 50 vertragen, weil sonst die Möglichkeit zum interkollegialen Austausch nicht mehr gegeben ist, würden

ohne Sponsoring von Seiten der Industrie Teilnahmegebühren für Eintagsveranstaltungen im mittleren bis oberen dreistelligen Bereich erfordern. Dies gilt, obwohl die Teilnehmer an unseren Seminaren ihre Anfahrt, ihre eventuell erforderliche Hotelübernachtung und Essenskosten selbst tragen. Der Slogan „Mein Abendessen zahl' ich selbst“, galt für die Fortbildungsakademie von BVDN, BDN und BVDP von Anfang an, ist also seit über 15 Jahren verwirklicht, lang bevor diese Thematik in den USA und später auch in Europa aktuell wurde. Natürlich sind wir bemüht, möglichst wenig auf Industriegelder zurückgreifen zu müssen, was ohnehin immer schwieriger wird, wir finden jedoch, dass dann die stetig steigenden Kosten für hochqualitative, nur an wissenschaftlichen Inhalten orientierte Fortbildungen auch in der Höhe der ärztlichen Honorare abgebildet sein müssen. Diese Kosten müssen in Zukunft also sowohl im EBM als auch in der GOÄ berücks-

sichtigt werden, wenn von Politik und Ärztekammern die Industrie völlig aus der Fortbildung ausgeschlossen werden soll (was im Hinblick auf die ausschließliche Innovationsgenerierung durch die pharmazeutische Industrie nicht sinnvoll erscheint). Natürlich freut es uns, dass wir 2013 ein Seminar aufgrund der großen Teilnehmerzahl allein durch die eingenommenen Teilnehmergebühren ausrichten konnten. (Nachteil: Die hohe Teilnehmerzahl wirkte sich doch recht bremsend auf die Bereitschaft zur Diskussion und deren Qualität aus.)

Planungen für 2014

Für 2014 sind folgende Fortbildungsveranstaltungen geplant:

- „Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung“, 1. Februar 2014 in Frankfurt am Main. Referenten: W. J. Kainz, leitender Richter am Landessozialgericht in München, PD Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. M. Schützwohl, München
- „Molekularbiologische Wirkmechanismen von Antidepressiva und laborchemische Untersuchungen in Psychiatrie und Neurologie“, 15. Februar 2014, München. Referenten: Prof. Dr. H. Fueßl, München/Haar; Prof. Dr. H. P. Volz, Werneck
- Fest eingeplant, jedoch noch ohne Datum sind zwei Fortbildungsveranstaltungen (regional) zum Thema ADHS im Erwachsenenalter, die als Aufbaukurse konzipiert sind und sich vor allem an Kollegen richten sollen, die entweder die Grundkurse bereits besucht haben oder anderweitig schon Kenntnisse und Erfahrungen über die Thematik ADHS sammeln konnten. Wir informieren Sie, sobald Daten und Orte festgelegt sind.

Weitere Fortbildungsangebote finden Sie in der jeweils aktuellen NeuroTransmitter-Ausgabe oder auf der Homepage www.akademie-psych-neuro.de. Nähere Auskünfte können Sie telefonisch einholen bei Diplompsychologin Nadja Daoud, Würzburg, Telefon 0931 2055516, Fax 0931 2055525. □

AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

GKV-SPITZENVERBAND

Evidenzbasierte Zulassung für Medizinprodukte gefordert

➔ Mitte November 2013 forderte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) zusammen mit den Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene den noch im Amt befindlichen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zu einer Neuorientierung im Genehmigungsverfahren bei der Medizinprodukteverordnung auf. Noch vor den europäischen Parlamentswahlen im Frühjahr 2014 soll der rechtliche Rahmen für den Marktzugang von Medizinprodukten neu geregelt werden. Bei der Zulassung von Hochrisikoprodukten gebe es dringenden Handlungsbedarf, so der GKV-SV. Jüngster Anlass für diesen Vorstoß war der Skandal um Brustimplantate mit Billigsilikon. Folgende Verbesserungen müssten in der neuen Medizinprodukteverordnung umgesetzt werden:

1. Die Empfehlungen des wissenschaftlichen Bewertungsausschusses für Medizinprodukte (ACMD) sollen für das Gutachten der Koordinierungsgruppe für Medizinprodukte (MDCG) verbindlich sein.

2. Klinische Prüfungen für Hochrisikoprodukte müssen hohen wissenschaftlichen Standards genügen und obligatorisch sein.
3. Das Konformitätsbewertungsverfahren für Produkte der Risikoklasse III muss grundsätzlich auch für Implantate der Klasse IIb gelten; Schrauben, Platten und ähnliches können hier von explizit angenommen werden.
4. Die Rechte geschädigter Patienten sollen gestärkt werden.

Kommentar: Dies darf aber nicht alles sein. Selbstverständlich haben Sicherheitsaspekte höchste Priorität. Es muss aber auch die Wirksamkeit mit ähnlicher Methodik wie bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln in klinischen Studien nachgewiesen werden. Es reicht nicht aus zu wissen, dass ein neu entwickelter Gefäß-Stent, eine Gelenkprothese oder ein Bandscheibenimplantat nicht schadet. Die Hersteller der Medizinprodukte müssen mit den Metho-



Dr. med. Gunther Carl
Stellvertretender Vorsitzender des BVDN

»Die Hersteller von Medizinprodukten müssen evidenzbasiert belegen, dass ein statistisch signifikanter Nutzen besteht.«

den der evidenzbasierten Medizin belegen, dass im Vergleich zu best supportive care oder konservativer Standardtherapie ein statistisch signifikanter Nutzen besteht. Die Messung sollte im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte wie Morbidität, Mortalität und Lebensqualität erfolgen. **gc**

VERKÜRZUNG DER WARTEZEITEN IM KOALITIONSVERTRAG

Frech-provokanter Populismus

➔ Die rot-schwarze Koalition möchte die Wartezeiten auf Facharzttermine gesetzlich auf höchstens vier Wochen festlegen. Terminservicestellen der KVen sollen Patienten mit längeren Wartezeiten die ambulante Therapie in einem Krankenhaus anbieten. Diese Behandlung erfolgt dann zulasten des KV-Budgets.

Kommentar: Die beiden gesundheitspolitischen Verhandlungsführer Karl Lauterbach (SPD) und Jens Spahn (CDU) wissen es nachweislich besser, dafür sind sie lange genug gesundheitspolitisch tätig und bestens über die ambulanten Versorgungsdefizite in manchen Bereichen informiert. Sie wissen auch genau, dass Notfallpatienten sofort einen Termin bekommen und schwere Fälle nicht überlang warten müssen. Lange Wartezeiten gibt es nämlich besonders in fachärztlichen Fachgebieten mit

hoher Krankheitslast, also vor allem bei Nervenärzten, Neurologen, Psychiatern, Onkologen, Rheumatologen. Für die Morbidität von Patienten mit Hirnerkrankungen, Krebs, Autoimmunkrankheiten oder muskuloskelettalen Beschwerden kann man die an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit arbeitenden Fachkollegen wohl nicht verantwortlich machen. In vorsätzlichem, frech-provokantem Populismus schieben Lauterbach und Spahn die Schuld an langen Wartezeiten der Fachärzteschaft zu, wo die Politik einmal ehrlich zu den Wählern sein und regelnd eingreifen müsste. Das unbegrenzte kostenfreie Leistungsversprechen des deutschen GKV-Systems ist angesichts der Demografie- und Morbiditätsentwicklung bei gleichzeitiger Ausgabendeckelung nicht mehr zeitgemäß. Im Gegenteil, Politik und Presse wecken bei den Versicherten Wünsche nach teuren,

*überflüssigen Komfortleistungen, Gesundheitsoptimierung und Behandlung von Bagatellbeschwerden. Gleichzeitig fordert das GKV-System von den Ärzten Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Zweckmäßigkeit der Leistungen im Krankheitsfall und die Beschränkung auf das Notwendige. Die Flatrate-Mentalität vieler Versicherter muss durch intelligente Steuerungsinstrumente zur Verbesserung der Eigenverantwortung reguliert werden. Hierfür eignet sich besonders die Einführung einer sozialverträglichen Arztgebühr für jeden Praxisbesuch oder die Einführung des Kostenerstattungssystems mit sozialverträglichem Selbstbehalt. Lange Wartezeiten werden dann von selbst abschmelzen. **gc***

„ÜBERVERSORGTE“ GEBIETE

Aufkauf von Kassensitzen durch die KV soll zur Regel werden

➔ Zum Thema Praxissitzübergabe formuliert der Koalitionsvertrag: „Die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung durch den Aufkauf von Arztsitzen werden von einer „Kann“- in eine „Soll“-Regelung überführt.“

Kommentar: Im § 103 Abs. 3a SGB V würde es dann also heißen: „(...) der Zulassungsausschluss soll den Antrag [auf Nachbesetzung]

ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Abs. 4 Satz 5 Nr. 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört.“ Dieser Ausnahme-Personenkreis bezieht sich übrigens auf Ehe- oder Lebenspartner, Kinder des ausscheidenden Vertragsarztes oder bisherige Angestellte

beziehungsweise Jobsharing-Partner. Die Soll-Regelung würde in Zukunft also dazu führen, dass eine Praxis in einem überversorgten Gebiet grundsätzlich nicht nachbesetzt wird, es sei denn, es finden sich stichhaltige Gründe, die für eine Nachbesetzung sprechen, oder es liegt einer der oben genannten Ausnahmetatbestände vor. gc

SEKTIONIERUNG DES KV-SYSTEMS

Besser ärztliche Einigkeit statt Verteilungskampf

➔ Die Vertreterversammlungen der kassenärztlichen Vereinigungen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung sollen laut Koalitionsvertrag zukünftig paritätisch aus Haus- und Fachärzten besetzt werden. Über rein hausärztliche Belange entscheiden die hausärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung, über rein fachärztliche Belange die fachärztlichen Mitglieder. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung wird ein beratender Fachausschuss eingerichtet.

Kommentar: Hausärztlich und fachärztlich getrennte Abstimmungsmodi in der Vertreterversammlung können zwar möglicherweise nützlich sein, allerdings wird es in der Praxis nur sehr wenige rein hausärztliche oder rein fachärztliche Belange geben. Vor einer eventuellen Sektionierung innerhalb des KV-Systems ist zu warnen. Die medizinische Versorgung der Patienten erfolgt in fast allen Fällen gemeinsam hausärztlich und fachärztlich. Nach einer Sektionierung würde der Verteilungskampf um begrenzte

Honorarressourcen dann vermutlich fachärztlicherseits zwischen den einzelnen Facharztgruppen entbrennen und hausärztlicherseits zwischen „typischen“ und „atypischen“ Hausärzten. Wir sollten innerhalb der KV-Selbstverwaltung alles tun, um die laufenden Auseinandersetzungen zu beenden und ärztliche Einigkeit herzustellen. gc

GKV-ÜBERSCHUSS 2013 1,5 MILLIARDEN €

Ende des Geldüberflusses eingeläutet?

➔ Trotz steigender Ausgaben von 5,4% wird der GKV-Überschuss im Jahr 2013 voraussichtlich 1,5 Milliarden € betragen. Damit summiert sich der Gesamtüberschuss der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis Ende 2013 auf ungefähr 30 Milliarden €. Im Jahr 2012 betrug der Überschuss 5,4 Milliarden €. Die Überschüsse fallen bei den verschiedenen Kassenarten deutlich unterschiedlich aus. Sie liegen bei den Primärkassen wesentlich höher. Grund hierfür dürften die Ausschüttungen überschüssiger Prämien der Ersatzkassen an ihre Versicherten sein.

Kommentar: Bei weiterhin sehr guter Wirtschaftslage mit steigenden Prämieinnahmen, zunehmendem Beschäftigungsgrad und niedriger Arbeitslosenzahl sanken 2013

die Überschüsse der GKV-Kassen. Die Ausgaben stiegen stärker als die Einnahmen. Damit dürfte das Ende des Geldüberflusses der GKV eingeläutet sein. Dieser resultierte aus dem zufälligen Zusammentreffen des gesetzlich fixierten – recht hoch angesetzten – einheitlichen Prämiensatzes von 15,5% und dem deutschen Wirtschaftsboom nach der Finanzkrise. Die rot-schwarze Koalition vereinbarte nun wieder individuelle Prämiensätze, die von den Kassen selbst festgelegt werden können. Gleichzeitig neigt sich die überwiegend auf den Erfolgen der deutschen Exportindustrie beruhende Hochkonjunktur dem Ende zu. Die gebildeten Milliardenreserven dürften rasch aufgezehrt sein. In Kürze werden wir also wieder Berichte über drohende Krankenkassendefizite in der Zeitung lesen. gc



Die Milliardenreserven der GKV-Kassen dürften bald aufgebraucht sein ...

© Harald Tittel / dpa

BVDN-Landesverband Sachsen

Wir stehen zusammen!

Trotz interner Konvergenz divergieren die Vergütungen von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern in Sachsen weiter. Nur wenn alle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gemeinsam für eine Änderung eintreten, kann sich die Honorierung angleichen.

Die Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit der Psychiater sind in Sachsen in der gesamten Fachgruppe immer noch am schlechtesten, berichtet Babette Schmidt, 1. Vorsitzende des BVDN-Landesverbandes Sachsen. Sie liegen im Durchschnitt bei 40.000 € pro Quartal, bei den Neurologen bei 48.000 € und bei den Nervenärzten bei 55.000 €. Der Nervenarzt wird für ein zum Teil ähnliches Leistungsspektrum besser be-

zahlt als der Neurologe. Die Gesprächsleistungen des Psychiaters werden schlechter vergütet als die der Richtlinienpsychotherapie. Da die Fallzahlen weiter steigen, werden die Fallwerte tendenziell schlechter, was die Honorarsituation der gesamten Gruppe nicht verbessert. Hinzu kommt eine unterschiedliche Auszahlungsquote für die Restleistungen. Neurologen haben wie alle anderen Facharztgruppen eine Auszah-

lungsquote von etwa 80 % für die Restleistungen. Sie wurden 2009 bei der bundesweiten normativen Aufwertung der RLV der Psychiater und Nervenärzte nicht berücksichtigt. Auch aus diesem Grund haben Nervenärzte und Psychiater eine deutlich höhere Quote bei der Auszahlung der Restleistungen.

Interne Konvergenz festgeschrieben

Immerhin hat die 2012 gefundene Lösung Bestand, dass die Honorare der ausscheidenden Nervenärzte innerhalb der Fachgruppe verbleiben und dieses umverteilte Geld die Vergütung von Neurologen und Psychiatern verbessert. Die Regelung wurde im sächsischen Honorarverteilungsmaßstab vom 1. Oktober 2013 erneut festgeschrieben und ermöglicht den Verbleib des Geldes bei weniger werdenden Nervenärzten (-29 seit 2009) und einer wachsenden Zahl von Neurologen (+32 seit 2009) und Psychiatern (+31 seit 2009). Dennoch, die Ungleichheiten zwischen den Fachgruppen führten auch auf der letzten Mitgliederversammlung des BVDN Sachsen am 16. November 2013 zu lebhaften Diskussionen. An deren Ende stand aber ein klarer Konsens: „Wir alle erkennen an, dass das nicht in Ordnung ist“, berichtete Schmidt. „Aber wir wollen uns durch solche Honorarunwuchten nicht auseinanderdividieren lassen, sondern Einigkeit zeigen. Wir bringen die Probleme gemeinsam dort vor, wo sie hingehören: Es ist Aufgabe der KV Sachsen, uns Lösungen anzubieten.“

Offenes Ohr

Immerhin konnte der BVDN Sachsen in den letzten Jahren eine gute Arbeitsgrundlage mit der KV Sachsen schaffen, die sich beispielsweise in der Festschreibung der internen Umverteilung nieder-



Einheit schafft Vieles.
Nicht nur den Wiederaufbau der Dresdener Frauenkirche ...

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



schlug. Dass die KV Sachsen ein Ohr für die Belange der Fachgruppe hat, zeigt sich auch daran, dass die Regionalisierung der Budgets nicht für neue Verwerfungen gesorgt hat. Problematisch bleibt, dass sich der Schlüssel, nach dem in Sachsen zwischen allen Fachgruppen Honorar verteilt wird, unverändert auf das Jahr 2008 bezieht. Lösungen für die Probleme müssen immer innerhalb dieses bestehenden Rahmens gefunden werden.

Eine weitere Verbesserung der Honorierung könnten durch die im Bund abzeichnenden Regelungen wie neue GOÄ und neuer Facharzt EBM in Sicht kommen. „Die fachärztliche Grundpauschale (derzeit 3,50 €) wird circa 5 % mehr Honorar für alle bringen“, berichtet Schmidt. Es heißt aus der KBV für 2014, dass die Psychiater aufgrund der höheren Zeitgebundenheit ihrer Leistungen eine höhere Grundpauschale von 4,40 € erhalten sollen, während sie bei Nervenärzten und Neurologen 2014 bei 3,90 € liegen wird.

Verwerfungen in der Versorgung

Die steigenden Fallzahlen sprechen für sich: Die sich überall erhöhende Anzahl der Patienten mit neurologischer und psychiatrischer Morbidität sorgt für einen hohen Versorgungsbedarf auch in Sachsen. Derzeit bewältigen 299 Neurologen, Nervenärzte und Psychiater diesen Ansturm. Doch 66 Nervenärzte sind über 60 Jahre alt (21 im Bereich Chemnitz, 30 im Bereich Dresden und 15 im Bereich Leipzig) und die Nachbesetzung von Praxen insbesondere im ländlichen Raum ist in Sachsen – wie in anderen Regionen auch – schwierig. So werden Sitze oft von MVZ aufgekauft, die in ihrem Versorgungsleistungsspektrum meist nicht dem einer niedergelassenen Praxis entsprechen, meint Schmidt. Dazu haben sich allein seit 2009 nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Honorarsituation 19 psychiatrische Kollegen entschieden, nur noch psychotherapeutisch tätig zu sein. Insgesamt sind es in Sachsen bereits 49 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die nur psychotherapeutisch tätig sind und damit gerade für die Versorgung psychisch schwer Kranker nicht mehr vollumfänglich zur Verfügung stehen.

Rein in die Versorgung, raus aus der Versorgung

Fast schilfbürgerhaft mutet es an, dass sich psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) unabhängig von ihren Krankenhäusern in die Fläche begaben und Patienten – nicht immer nur „nicht Wartezimmerfähige“, wie Schmidt betont – von Fachärzten abgezogen haben, nun aber wieder zum 31. Dezember 2013 schließen müssen, weil sie nicht unabhängig vom Mutter-Krankenhaus agieren dürfen. Von drei solchen PIA weiß sie sicher: Großschweidnitz, Eilenburg und Markranstedt, die zu zwei großen Kliniken gehörten. „Erst reißen sie Patienten an sich und nun sind diese Patienten unversorgt, das hätte so nicht sein müssen“, sagt Schmidt.

Vormerken: 22. März 2014

Die Verbesserung der Versorgungssituation verbunden mit einer der Leistung entsprechenden und gerechten Vergütung zu erreichen, wird weiterhin die gemeinsame Aktivität der gesamten Fachgruppe in Sachsen erfordern. Am 22. März 2014 wird der Vorstand des BVDN Sachsen neu gewählt – ein Zeitpunkt für alle, sich einzubringen. „Wir wünschen uns sehr, dass sich viele Kollegen aktiv beteiligen“, lädt Schmidt ausdrücklich Mitglieder und solche, die es werden wollen, ein. □

AUTORIN

Friederike Klein, München

Hier steht eine Anzeige.



Nervenärztliche Sprechstunde

An das Asperger-Syndrom denken

Menschen mit Asperger-Syndrom sehen sich mit einer Vielzahl von Vorurteilen konfrontiert, von denen sich oft auch Mediziner nicht vollends frei machen können. Die Ausprägungen der Erkrankung sind vielfältig und nicht immer auf den ersten Blick zu erkennen. Testpsychologische Verfahren für die Diagnose im Erwachsenenalter sind momentan noch nicht verfügbar, sodass es sich um eine klinische Diagnose handelt.

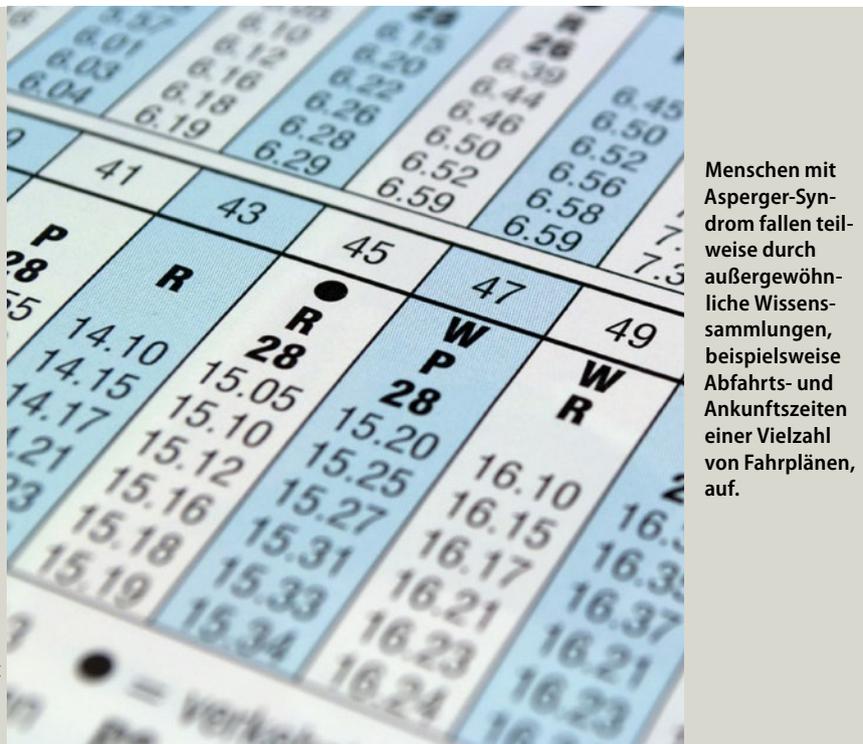
Sie denken jetzt „Asperger-Syndrom (...), das ist doch wieder eine von den medial aufgewerteten Erkrankungen, die jetzt alle haben wollen, die im Leben nicht klar kommen“, oder „das würde ich doch in meiner Praxis sofort erkennen, denn die können doch nicht ordentlich reden, können nicht ihren Lebensunterhalt verdienen und verheiratet sind sie allemal nicht, denn fühlen können sie ja nicht (...). So dachte ich auch bis ich mich 2005 mit dieser Erkrankung ernsthaft auseinandersetzte. Seitdem haben sich in meiner nervenärztlichen Sprechstunde 120 Patienten vorgestellt, von denen zwei Drittel ein Asperger-Syndrom hatten. Es handelt sich hier um eine angeborene,

hirnorganische Störung, bei der es zu einer fehlerhaften Vernetzung von Hirnstrukturen kommt, die unter anderem für die spontane, nicht planbare, nicht kognitiv gesteuerte Kommunikation verantwortlich sind. Ab dem dritten Lebensjahr kommt es zu klinischen Auffälligkeiten, damit fällt die Erkrankung primär in den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Krisenzeiten sind die Abschnitte sozialer Veränderungen wie Kindergarten- oder Schuleintritt, Start in das Berufsleben sowie die Folgen jahrelanger Stressbelastungen ab dem 40. Lebensjahr. Es gibt seltene syndromale Formen. Der Erbgang der Erkrankung ist noch nicht eindeutig

geklärt, psychodynamische Erklärungsmodelle wurden verworfen.

Erstaunlicherweise werden nicht alle Patienten im Kindesalter diagnostiziert, sondern erreichen unsere Sprechstunden im Erwachsenenalter wegen Erschöpfungszuständen, Depressionen oder fehlender Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt. Wegen der hohen Dunkelziffer und uneinheitlicher diagnostischer Einschlusskriterien können nur Anhaltswerte für die Häufigkeit angegeben werden, sie liegen zwischen < 0,1 % und 1 %, Männer sollen häufiger betroffen sein als Frauen. Gegenwärtig gibt es kein Testverfahren, das die Diagnose Asperger-Syndrom im Erwachsenenalter untermauern könnte, es ist also im Wesentlichen eine klinische Diagnose. Mit steigendem Lebensalter wird die Diagnosestellung schwieriger: Durch Lebenserfahrung lernen viele Betroffene sich angepasster zu verhalten. Sie beschreiben, dass sie bewusst in ihrem Erfahrungsschatz nach ähnlichen Situationen suchen und diese abgleichen; ein spontanes, intuitives Verhalten bleibt ihnen aber lebenslanglich verschlossen. Des Weiteren entfallen die Möglichkeiten zur Fremdanamnese: Auffälligkeiten müssen seit früher Kindheit (etwa ab dem Kindergartenalter) kontinuierlich nachweisbar sein.

Zu den spezifischen Schwierigkeiten, die das Asperger-Syndrom mit sich bringt, kommt die hohe Wahrscheinlichkeit, an einer komorbiden psychiatrischen Störung zu erkranken. Es handelt sich um depressive Episoden, Angststörungen, Schlafstörungen, ADHS und mit zunehmendem Lebensalter um intensive, schwer fassbare Erschöpfungszustände. Ein Teil der Patienten ist von Traumatisierungen geprägt, die ihre



Menschen mit Asperger-Syndrom fallen teilweise durch außergewöhnliche Wissenssammlungen, beispielsweise Abfahrts- und Ankunftszeiten einer Vielzahl von Fahrplänen, auf.

Wurzeln schon in der Beziehung zu den überforderten Eltern haben. Komplex kann die Biografie auch werden, wenn ein Elternteil ebenfalls an der Erkrankung litt und der andere Elternteil nicht kompensatorisch wirken konnte. Frauen mit Asperger-Syndrom sind gehäuft Opfer sexueller Übergriffe.

Diagnostik

In meiner Praxis habe ich im Laufe der Jahre eine Vorgehensweise entwickelt, die auf modifizierte Testverfahren der Kinder- und Jugendpsychiatrie, ICD 10, DSM-IV, Workshops und eigene Erfahrungen im Umgang mit Asperger-Patienten zurückgreift. Die Auffälligkeiten lassen sich den folgenden Bereichen zuordnen.

Störung der „theory of mind“

Der Patient kann Gemütszustände und Überlegungen anderer nicht wahrnehmen oder vorwegnehmen, er weiß nicht, wann sein Gesprächspartner mit seinem Gedankengang zu Ende ist, fällt ins Wort oder knüpft falsch an. Es entsteht kein wechselseitiges Hin-und-herpendeln im Dialog. Das Gespräch verläuft entweder einseitig oder der Patient monologisiert ohne zu merken, dass der Gesprächspartner sich langweilt, nicht mehr zuhört oder ungeduldig wird. Soziale Lügen sind nicht möglich, die Patienten sind direkt und undiplomatisch.

Mimik, Gestik, Sprache, sozio-emotionales Miteinander

Der Patient weist eine deutlich reduzierte Mimik und Gestik auf oder setzt sie inadäquat ein, er hält keinen Blickkontakt, der als ablenkend erlebt wird. Gegebenenfalls ist die Gesichtserkennung gestört, die Sprache wird ganz auf der analytischen Ebene benutzt, Botschaften zwischen den Zeilen können nicht wahrgenommen werden. Teils beharrt der Patient pedantisch auf Wortdefinitionen oder Begriffe sind semantisch falsch besetzt. Der Patient hat kein Verständnis für Ironie, Witz oder bildliche Ausdrücke. Soziale Kontakte werden als anstrengend erlebt. Sinn des Kontaktes ist der intellektuelle Austausch ohne soziales Miteinander. Die ungeschriebenen Spielregeln des sozialen Miteinanders sind nicht vertraut.

Red Flags

Wann sollte man als Nicht-Spezialist an ein Asperger-Syndrom denken?

- An der Anmeldung: Räumliche Entfernung zum Tresen, der Patient lässt sich zu viel Zeit mit dem Herausuchen seiner Chipkarte, lässt anderen Patienten den Vortritt, obwohl er an der Reihe ist.
- Einleitender Small-Talk führt zur Irritation. Ungewöhnliches Verhalten bei der Begrüßung, der Patient steht beim Händedruck nicht im 180°-Winkel zum Arzt und folgt dem Arzt zu langsam. Der Patient betritt nicht das Arztzimmer, sondern muss dazu verbal aufgefordert werden. Der Patient stellt seinen Stuhl an einen anderen Platz, beklagt zu grelles Licht oder räumt den Schreibtisch des Arztes auf.
- Falsche Anknüpfung im Gespräch, da implizite Botschaften nicht verstanden werden, Bilder in der Sprache werden wörtlich genommen. Der Patient redet am Thema vorbei. Er erfasst nicht den Kern der Frage.
- Monotone, ungewöhnliche Stimmlage und stereotype, ungewöhnliche Mimik, fehlender Blickkontakt, ungewöhnliches Gangbild.
- Außergewöhnliche Hobbys und Beschäftigungen, enzyklopädisches Wissen.
- Der Patient bemerkt nicht, dass das Ende des Termins erreicht ist.
- Lange Pausen im Gespräch. Das Gespräch kommt nicht in Gang, der Arzt muss permanent den Gesprächsfluss am Laufen halten. Als anderes Extrem monologisiert der Patient. Der Patient bleibt nach dem Kontakt ganz blass in Erinnerung.
- Der Patient kann mit der Frage, wie seine Stimmung ist, nichts anfangen.
- Klagen über massive Erschöpfung, Erholungspausen von mehreren Tagen nach sozialen Kontakten. Arztbesuch wird mit Exeltabelle vorbereitet.
- Kein Arbeitsverhältnis, das länger als zwölf Monate anhielt, obwohl seitens der Qualifikation keine Schwierigkeiten bestanden.
- Hoher primärer Bildungsabschluss mit anschließendem Scheitern in Ausbildung, Studium oder Beruf (Abitur und Hartz IV).
- Der Patient hatte noch nie eine Partnerschaft.
- Der Patient sieht wesentlich jünger aus, als es dem biologischen Alter entspricht.
- Mehrfache stationäre Aufenthalte mit unterschiedlichsten Diagnosen.

Häufige Irrtümer im Zusammenhang mit Asperger-Patienten sind:

- Patienten mit Asperger-Syndrom können nicht verheiratet sein.
- Menschen mit Asperger-Syndrom sind nicht in regulären Arbeitsverhältnissen zu finden und haben keine höheren Bildungsabschlüsse.
- Mit Menschen mit einem Asperger-Syndrom kann man nicht reden.
- Menschen mit Asperger-Syndrom haben keine Gefühle (ein Teil hat sie durchaus, kann aber damit in der Interaktion nicht umgehen).

Festhalten an Routinen und Ritualen

Damit einher geht eine fehlende Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Als Kehrseite sind die Patienten sehr belastbar für monotone Tätigkeiten. Oftmals tritt eine Faszination für Muster auf. Bei der Notwendigkeit, Routinen aufzugeben, wird erheblicher Stress ausgelöst.

Sonderinteressen

Außergewöhnliche Wissenssammlungen (beispielsweise sämtliche Aufzughersteller in Europa, Fahrpläne, Winkelangaben von Parabolantennen, ICD-Schlüssel, Erscheinungsdaten von DVD), welche nicht in einen sozialen Kontext eingebunden sind, sind typisch für As-

perger-Patienten. Werden diese Inhalte thematisiert, können die Patienten geradezu aufblühen.

Sensorische Überempfindlichkeiten

Besonders gegenüber Geräuschen, Gerüchen, Licht oder Berührungen mit Phänomenen der Reizüberflutung ist eine Überempfindlichkeit häufig.

Neben einer sorgfältigen Verhaltensbeobachtung (siehe „Red Flags“) sowie einer somatischen, psychiatrischen und vegetativen Anamnese beinhaltet das Gespräch die explizite Erörterung autismspezifischer Themenbereiche. Der zeitliche Aufwand für die ambulante Diagnostik liegt bei zwei Terminen mit insgesamt 1,5 bis 2 Stunden.

Behandlungsmöglichkeiten

Für die meisten Patienten stellt es eine große Erleichterung dar, wenn die Ursache ihrer Schwierigkeiten benannt wer-

den kann. Die Einbindung der Angehörigen ist der nächste Schritt: Oft beginnt eine neue Ära für ganze Familien, wenn die Fragen nach Schuld und Versagen oder Erziehungsfehlern ersetzt werden können durch verständnisvolles, geduldiges Übersetzen und Anleiten.

Es gibt keinen spezifischen medikamentösen Ansatz. Eine medikamentöse Behandlung kommt nur im Sinne der syndromorientierten Behandlung infrage bei massiver Reizüberflutung oder ausgeprägter Rigidität mittels atypischer Neuroleptika oder selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). In der Regel muss man mit kleineren Dosen therapieren, da Nebenwirkungen schlecht toleriert werden. Formal ist die Behandlung off-label. Die Komorbiditäten werden leitlinienkonform behandelt. Sinnvoll ist zusätzlich ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen bei einem mit dem Asperger-Syndrom vertrauten Thera-

peuten, damit die Patienten die Gelegenheit haben, gezielt dazuzulernen. Ein tiefenpsychologisches oder analytisches Vorgehen führt nicht zum Ziel. Sozialmedizinisch müssen der Grad der Behinderung sowie die Wohn- und Arbeitsplatzsituation geklärt werden.

Auch wenn sich in letzter Zeit einiges getan hat, sind die Versorgungsstrukturen für Asperger-Patienten außerordentlich schlecht. Dies betrifft nicht nur das Wissen um die Erkrankung bei Medizinern, sondern auch Möglichkeiten der Diagnostik und Psychotherapie sowie Wohnsituation, begleitende Dienste und geeignete Arbeitsplätze. □

AUTORIN

Dr. med. Sybille Ochs, Taufkirchen
 Fachärztin für Neurologie und Psychatrie

Leserbrief an die Redaktion

Kafkaeske Gesundheitsbürokratie

Zum Artikel „Bürokratieexzess stoppen“ über die Verordnung von Medikamentenstückzahlen, die über die größte vom Hersteller vorgesehene Packung hinausgehen, NEUROTRANSMITTER 2013; 24(10), berichtet Kollege Dr. Schönbrunn von eigenen Erfahrungen.

Herzlichen Dank, dass sie sich eines Problems annehmen, das in unserer Gemeinschaftspraxis in letzter Zeit zu einigem Stress bei Inhabern und Mitarbeitern geführt hat. Viele Apotheken in unserer Region akzeptieren Rezepte über größere Mengen als 1 x N3 nicht mehr und schicken die Patienten mit dem Rezept in die Praxis zurück. Dies führt natürlich zu erheblichen Mehrbelastungen unserer Mitarbeiter auch durch unvermeidliche Beschwerden und Diskussionen an der Anmeldung. Verwirrung wird auch dadurch gesät, dass die Apotheken sich in dieser Hinsicht sehr unterschiedlich verhalten. Dass die neue Regelung unsinnig ist, da im Rezeptausdruck die Menge unmissverständlich und kaum fälschbar enthalten ist, bedarf keiner

Diskussion. Ich meine jedoch nicht, dass wir regelhaft dazu übergehen sollten, nur noch maximal N3-Packungen zu verschreiben. In diesem Fall tragen wir den Irrsinn einer aufgeblähten Kontrollbürokratie im Gesundheitswesen auf dem Rücken unserer Patienten aus. Wir haben sicherlich alle viele Patienten, die langfristig größere Mengen eines Präparates einnehmen müssen (z. B. Parkinson- und Epilepsiepatienten) und aufgrund der ebenso unsinnigen Arzneimittelbudgets ihr Rezept nicht vom Hausarzt vor Ort erhalten. Diese zum Teil gehbehinderten Patienten müssten erhebliche zusätzliche Wege auf sich nehmen, um ihr Rezept zu bekommen. Nimmt man den bürokratischen Aufwand durch andere Regelungen der Kassenbürokratie hinzu – beispielhaft seien die ständigen Probleme mit KG- und Logopädierezepten genannt, bei denen irgendeine Markierung fehlt oder sachlich völlig unbegründet bei chronisch Kranken die Weiterführung einer Langzeitgenehmigung verweigert wird – muss man feststellen, dass der Bürokratieaufwand in unseren Praxen inzwischen jedes vernünftige Maß überschritten hat. Die of-

fensichtliche Sinnlosigkeit und die ständige, fast exponentielle Zunahme dieses Teils unserer Alltagsarbeit wirkt sich demotivierend auf Ärzte und Fachpersonal aus. Dass es sich hierbei um ein generelles Problem handelt, verdeutlicht eine Untersuchung der Universität Heidelberg, in der niedergelassene Ärzte am häufigsten über Bürokratie als Belastung ihres beruflichen Alltags klagten noch vor dem Mangel an Freizeit und „Fließbandmedizin“.

Ich würde es begrüßen, wenn der BVDN den Bürokratieabbau als vordringliches Ziel seiner Aktivitäten sehen würde. Die Arbeitsbedingungen in unseren Praxen, die durch eine kafkaeske Gesundheitsbürokratie und eine immer stärkere Einschränkung der Therapiefreiheit gekennzeichnet sind, hindern junge Kollegen weit mehr als die finanzielle Situation an einer Niederlassung. Honorarverteilung ist natürlich wichtig, die Arbeitszufriedenheit wird aber immer bedeutsamer und nicht allein durch das Honorar bestimmt.

Dr. med. Ekkehard Schönbrunn, Giesen
 E-Mail: E.Schönbrunn@web.de

Kommentar

Wertschöpfungskette oder krankmachendes System?

Unser Gesundheitssystem ist aus primär ehrenwerten Gründen beziehungsweise aus Sachzwängen heraus darauf aus, immer häufiger, schneller und effizienter Diagnosen zu stellen und dann die passende Therapie einzuleiten. Bei Betrachtung der Interessenslagen der Beteiligten wird rasch klar, dass wir ein Gesundheitssystem brauchen, in dem nicht alle Akteure an der Maximierung der Krankheit interessiert sind.

In letzter Zeit ist die Öffentlichkeit auf scheinbar überflüssige Behandlungen aufmerksam geworden. Das Thema ist vermutlich so alt wie die Medizin selbst, jedenfalls gibt es ein lesenswertes Theaterstück von 1923, das die Tendenz des Gesundheitswesens zur Ausbreitung anprangert [1]: „Knock, oder der Triumph der Medizin“. Meist werden aktuell nur Details betrachtet, so, wenn etwa Günther Jauch sich im TV mit prominenten Gästen Gedanken macht, ob zu viel operiert wird in Deutschland [2]. Gerne werden Ärzte angeschuldigt oder die Profitgier Einzelner. Dabei greift diese Betrachtungsweise zu kurz, denn es besteht im deutschen Gesundheitswesen eine Tendenz zur Krankheit, die aus vielen Einzelkomponenten heraus wirkt. Im Folgenden werden die einzelnen Akteure beziehungsweise Aspekte der Reihe nach vom Patienten über den Arzt, das Krankenhaus, die Krankenkasse bis hin zur Gesundheitspolitik einzeln betrachtet. Und am Ende wird der Versuch unternommen, das System als Ganzes zu verstehen.

Patient

Ein Patient wendet sich an den Arzt, wenn er Symptome verspürt und daran leidet. Er möchte ernst genommen und gründlich untersucht werden. Wenn nichts gefunden wird, kommt manchmal der Vorwurf: „Aber ich bilde mir das doch nicht ein!“ Er möchte die optimale Behandlung und befürchtet, dass eventuell an ihm gespart werden soll. Er möchte sein Leiden verstehen und dazu gehört eine Diagnose, mit der er auch Verständnis von der Umwelt bekommen kann.

Arzt

Er fühlt sich dem Patienten verpflichtet und sucht detektivisch nach der Ursache der Beschwerden. Fürs Nichtstun ist er nicht ausgebildet und er wird auch nur für Aktionen bezahlt. Er ist auf steten Patientenfluss angewiesen und möchte Patienten nicht verprellen. In letzter Zeit bekommt er Besuch von der Krankenkasse, wenn die den Verdacht hat, dass Diagnosen nicht richtig kodiert sind. Neue Vertragssysteme belohnen explizit nur gestellte, nicht ausgeschlossene Diagnosen.

Krankenhaus mit Abteilungen

Ähnlich wie der niedergelassene Arzt muss auch das Krankenhaus versuchen, den Beschwerden auf den Grund zu gehen. Dabei ist diejenige Abteilung erfolgreich, die die Ursache findet. In dieser Konkurrenzsituation werden also eher Diagnosen gestellt als abgewartet.

Ein Radiologe der nie etwas findet, ist überflüssig. In der Konsequenz werden also eher Krankheiten nachgewiesen als Patienten „abgewiesen“. Schlussendlich läuft die Bezahlung des Krankenhauses ja nach Diagnosegruppen. Für die gleiche Behandlung gibt es bei einer schwerwiegenden Diagnose mehr Geld als bei einer „leichteren“ Diagnose. Das führt dazu, dass teilweise Ärzte statt Patienten zu versorgen damit beschäftigt sind, die Akten nachzubearbeiten, damit keine Diagnosen verloren gehen, die Verschlüsselung optimiert ist und die Bezahlung stimmt.

Krankenkasse

Die Krankenkassen können das Geld der Versicherten nicht behalten, sondern sie wollen es für Behandlungen ausgeben. Damit kann man sogar neue Mitglieder werben. Nachdem die Finanzierung der



Krankenkassen teilweise aus dem Risikostrukturausgleich erfolgt, haben die Krankenkassen jetzt ein starkes Interesse daran, dass die Kranken auch korrekte Diagnosen kodiert bekommen. Ein Kranker mit einem teuren Leiden ist eine Belastung, aber die wird teilweise ausgeglichen, wenn wenigstens die Diagnose richtig kodiert ist und dafür Mittel aus dem Gesundheitsfonds fließen. Daher werden Ärzte kontrolliert und gebeten, die Patienten möglichst gut zu kodieren.

Gesundheitspolitik

Qualitätsmanagement Richtzahlen

Es ist erwiesen, dass die Komplikationsrate umso geringer ist, je häufiger ein Eingriff durchgeführt wird. Daher erfolgt die Zertifizierung von manchen Einrichtungen nur bei genügend hoher Eingriffs- oder Diagnosefrequenz. Zum einen ist es gut, wenn so die Qualität gesteigert und ausreichende Routine erreicht wird. Zum anderen wird natürlich die Nebenwirkungsrate geringer, wenn mehr, also auch gesündere Patienten operiert werden. Der Erfolg einer Hüftprothese ist natürlich besser, wenn man nicht wartet, bis nichts mehr geht und sich Muskulatur und Geschicklichkeit zurückgebildet haben. Im Qualitätsvergleich wird also eine Klinik mit großzügiger Indikationsstellung besser abschneiden, als eine mit restriktiver Politik.

Prävention mit verpflichtender Teilnahme

Präventionsmaßnahmen wie Screeninguntersuchungen können zu früherer Diagnose von Krankheiten und damit besserer Therapiemöglichkeit führen. Kontroverses Diskussionsthema ist aktuell der Umgang mit erhöhtem Brustkrebsrisiko beim Fall Angelina Jolie. Beim Thema Prävention setzt sich erst zögernd die Erkenntnis durch, dass es auch Nebenwirkungen von Präventionsmaßnahmen wie Mammografie oder PSA-Screening gibt – durch Überdiagnostik und vermeidbare Übertherapie. Teilweise wird daher sogar die verpflichtende Teilnahme von Kindern an Screening kritisch gesehen [3].

Politiker

Gesundheitspolitiker schreiben auf ihre Fahnen die Steigerung der Gesundheit. Maßnahmen, die zu früherer oder häufiger Diagnose von Erkrankungen führen, werden gelobt und die höheren Diagnoseraten oft unkritisch als Beleg für die Effizienz des Systems gewertet. Ein Zirkelschluss ist möglich, bei dem der Einschluss von Gesünderen in eine Diagnose automatisch zu besseren Ergebnissen und damit scheinbar zur besseren Wirksamkeit jeder Maßnahme führt. Für den Einzelnen kann dieser Aktionismus aber nachteilig sein, weil eine Nebenwirkungsträchtige Maßnahme eingeleitet wird, die andernfalls hätte unterbleiben können.

Wertschöpfungskette oder Teufelskreis?

Insgesamt wurde in den vorangegangenen Abschnitten dargelegt, dass aus primär ehrenwerten Gründen oder aus Sachzwängen heraus die Bestrebung unseres Gesundheitssystems deutlich wird, immer häufiger, schneller und effizienter Diagnosen zu stellen und dann die passende Therapie einzuleiten.

Lerntheoretisch ist klar, dass Steuerungsinstrumente und Anreize auf Dauer erzieherische Effekte haben und das Verhalten der Akteure beeinflussen. Von daher ist zu befürchten, dass unser System, das das schnelle und gründliche Stellen von Diagnosen fördert, Krankheit dort erkennt, wo mit anderer Ausrichtung eventuell noch Gesundheit (oder ein altersentsprechender Zustand) diagnostiziert worden wäre.

Die einseitige Ausrichtung auf das Stellen möglichst „hochwertiger“ Diagnosen stellt die Patienten also kränker dar. Und das bewirkt vermehrte therapeutische Bemühungen mit hohen Kosten und Risiken.

Volkswirtschaft gegen Betriebswirtschaft

Unter dem kurzfristigen Blickwinkel der Betriebswirtschaft können sich im Hamsterrad der Diagnosenoptimierung alle Akteure als Gewinner fühlen: Der Patient fühlt sich endlich verstanden und optimal versorgt. Der Arzt oder das Krankenhaus dürfen das tun, wofür sie ausgebildet sind und verdienen dabei

Die Krankenkasse bekommt einen höheren Beitrag aus dem Gesundheitsfonds. Die Qualitätssicherung kann begeistert vermelden, dass die Komplikationsraten sinken und endlich die Mindestzahlen erfüllt werden und die Gesundheitspolitik darf sich das als ihren Verdienst anrechnen lassen. Einzig unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten (und natürlich unter dem Gesichtspunkt des Patientenwohls) wird deutlich, dass am Ende alle verlieren.

Was könnte man ändern?

Wir brauchen ein Gesundheitssystem, in dem nicht alle Akteure an der Maximierung der Krankheit interessiert sind.

Es muss klar sein, dass nicht der der bessere Arzt (bzw. die bessere Krankenkasse) ist, der mehr „hochwertige“ Diagnosen dokumentiert, sondern wer seine Patienten gesund hält. Die Maßzahlen dafür könnten Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit sein und diese hängen natürlich vom Alter und der Grundgesundheit der Patienten ab.

Eine finanzielle Steuerung des Gesundheitssystems über Honorierung von Diagnosen führt in die Irre. Auch derzeit diskutierte Vorschläge, wie etwa die Förderung der Selektivverträge [4], können die Probleme der Krankheits- und Diagnosenzentriertheit nicht überwinden. □

AUTOR

PD Dr. med. Wolfgang Freund
BVDN-Landessprecher Neurologie
in Baden-Württemberg

Literatur

1. Romains J: Knock, oder der Triumph der Medizin. 1923, Stuttgart, Reclam
2. Jauch G: Patientenfalle Krankenhaus – unnötige OPs für satte Gewinne? Am Sonntag bei Günther Jauch. A. Zaik. Berlin, ARD: 12. Mai 2013, 21.45 Uhr
3. Nolte SH: Dr. Knock und der „Knockismus“ oder warum das Gesundheitswesen ein Selbstläufer ist. Kinder- und Jugendarzt 2010; 42 (9): 603–5
4. Richter-Kuhlmann E: Reformer wollen anpacken. Deutsches Ärzteblatt 2013; 110 (20): 969



Null-Euro-Kleinanzeigen im NEUROTRANSMITTER

Veröffentlichen Sie als Verbandsmitglied von BVDN, BDN und BVDP Ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im NEUROTRANSMITTER!

Das Magazin wird monatlich an alle niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie auch an Oberärzte in Kliniken verschickt. Das schafft Reichweite und Aufmerksamkeit für Ihr Anliegen.

So geht es!

Ihre Anzeige sollte nicht länger als maximal 300 Zeichen (mit Leerzeichen) sein. Diese senden Sie bitte ausschließlich per E-Mail (Fax oder die telefonische Aufgabe von Anzeigen sind nicht möglich) an unsere Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de. Bei aktueller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsten erreichbaren Ausgabe abgedruckt.

Chiffreanzeigen sind nicht möglich!

Einsendeschluss nächster NEUROTRANSMITTER ist der 27.1.2014!

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

FA (m/w) für Neurologie im www.neurozentrum-prien.de gesucht! Wir bieten eine langfristige, vertrauensvolle Zusammenarbeit in einem sehr gut strukturierten, kollegialen Umfeld im schönen Chiemgau. Alle Kooperationsformen möglich. Beginn nach Vereinbarung. Wir suchen eine(n) fachlich und menschlich qualifizierte(n) Kollegin/Kollegen, vorzugsweise mit Qualifikation Schmerztherapie, die/der mit Kompetenz, Engagement und Authentizität überzeugt.

Kontakt: braune@neurozentrum-prien.de
(Prof. Dr. Stefan Braune, Tel.: 08051 1811)

Abgabe Psychiatriepraxis (überwiegend PT/VT-Leistungen) zum Januar 2015; auch an psychologische (K+J-) Psychotherapeuten möglich. 3 Minuten zum Kö und Hbf/Augsburg, Stellplätze vorhanden, ruhige Lage in Rückgebäude, EG 60 m² zu mieten, für Gruppentherapie umbaubar.

Kontakt: Dr.Fink@fink-consultant.de
(Dr. R. Fink, Te.: 0821 511543)

FA für Neurologie oder Psychiatrie oder Nervenarzt (m/w) gesucht. Vertretung, Teilzeit oder VZ-Mitarbeit möglich (Weiterbildungsermächtigung vorhanden). Wir sind eine GP im Herzen des Ruhrgebiets mit allen ambulanten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten Siehe auch: www.zns-bottrop.de

Kontakt: ilker.kavuk@t-online.de
(Dr. Gebauer & Dr. Kavuk)

Biete Teilzeitstelle für Neurologe oder Neurologe und Psychiater (m/w) mit Übernahmeoption im Ortenaukreis/Südbaden.

Kontakt: gabriele.minoletti@googlemail.com
(Gabriele Minoletti, Tel.: 0173 6536134)

Neurologisch/psychiatrische Praxis Ortenaukreis/Südbaden, umsatz- und renditestark abzugeben. Großes Einzugsgebiet, günstige Konkurrenzsituation, auch für zwei Kollegen möglich.

Kontakt: gabriele.minoletti@googlemail.com
(Gabriele Minoletti, Tel.: 0173 6536134)

Psychiater (m/w) für Niederlassung in Bayern gesucht. Eigene KV-Zulassung ist nun möglich. Auch Anstellung in flexibler Voll- oder Teilzeit. Ich suche zur Assoziation eine(n) engagierten Kollegin/Kollegen für meine sozialpsychiatrisch ausgerichtete Praxis in Dillingen/Donau im reizvollen Donautal zwischen den Ballungsräumen Augsburg und Ulm.

Kontakt: albert@proeller.de (Albert Pröller, Tel.: 09071 71883 und 09072 920105)

Neurologische Praxisgemeinschaft in der Mitte von Berlin sucht Verstärkung durch FA für Neurologie (m/w) mit eigenem Kassenarztsitz

Kontakt: raffauf@neuropraxis-mitte.de
(Walter Raffauf)

Nervenärztliche Gemeinschaftspraxis (4 Kollegen) am Untermain sucht Nachfolger (m/w) für einen ausscheidenden Kollegen ab 2014, eventuell auch für reinen Neurologen oder Psychiater.

Kontakt: GabiundUweSchiller@t-online.de

MVZ Neurologie und Psychiatrie Region Kiel sucht ab April 2014 FA für Neurologie (m/w, Voll- oder Teilzeit). Umfangreiches Spektrum, gute Konditionen.

Kontakt: kps.schmitt@gmail.com
(Dipl.-Psych. Klaus Schmitt, Tel.: 0174-9470831)

Nachfolger für gut eingeführte psychiatrische/psychotherapeutische Praxis in Bruchsal gesucht. Großer Patientenstamm.

Kontakt: R.Uebe@web.de

Angebot eines KV-Sitzes für Psychiater oder Nervenarzt (m/w) im Sinne einer Assoziation mit Gemeinschaftspraxis (Boekhoff/Werkmeister/Liesenhoff).

Kontakt: neuroleer@gmx.de

Kaufen & Verkaufen etc.

Verkaufe Ultraschall Doppler, Multidop P 2/4/8MHz, Anschaffungsjahr 2005, selten genutzt, VB 4.000 €

Kontakt: praxisklinikdrconzen@arcor.de
(Dr. Dr. PH M. Conzen, Tel.: 0521 137482)

Suche gebrauchten EEG-Stuhl!

Kontakt: praxis-halm@t-online.de
(Volker Halm)

Suche gebrauchtes Neurografiegerät für Forschungszwecke.

Kontakt: schroeder@tcm-am-uke.de
(Dr. S. Schröder, Tel.: 0177 3843628)

Verkaufe EMG/NLG/EP-Diagnosesystem topas von Schwarzer, aus 1. Hand, Baujahr 2006, Neupreis 13.600 € und 2-Kanal mit PC, 20.1 Zoll TFT Monitor, Funktionstastatur, Gerätewagen. Preis 2.900 €.

Kontakt: dr.o.schuster@npz-fuerth.de
(Dr. O. Schuster, Tel.: 0911-95098680)



Sie fragen – wir antworten!

Haben Sie in Ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes oder gar ungelöstes Problem, das auch in anderen Praxen relevant sein könnte? Wir versuchen, uns kundig zu machen, und publizieren einen entsprechenden – nicht rechtsverbindlichen – Lösungsvorschlag. Eine Haftung ist ausgeschlossen. Auf Wunsch sichern wir jedem Ratsuchenden auch Anonymität zu. Schreiben Sie mit dem Betreff „Praxisprobleme“ an: bvdn.bund@t-online.de

Das Problem

Immer wieder tauchen Fragen zur Berechnung der Plausibilitätszeiten auf, insbesondere zur Berechnung der Tages-Plausibilitätszeiten (TZ) im Zusammenhang mit den 10-Minuten-Gesprächsleistungen 16220 und 21220. Die Besonderheit tritt auf, wenn beim persönlichen Erstkontakt des Patienten mit dem Arzt neben einer der neuro-psychiatrischen Grundpauschalen 16210-12 (neurologische Grundpauschale), 21210-12 (psychiatrische Grundpauschale) oder 21213-15 (nervenärztliche Grundpauschale) am gleichen Tag eine Gesprächsleistung 16220 oder 21220 abgerechnet wird. In diesem Fall muss das Gespräch mindestens 20 Minuten dauern. Die TZ der 21220 steigt also im Kombinationsfall mit der Ordinationsgebühr von 11 auf 20 Minuten. Dies geht aus der Leistungslegende der GOP 21220 hervor. Bei kürzerer Gesprächsdauer kann nur die Grundpauschale abgerechnet werden, weil in der Kalkulation der Grundpauschale bereits ein zehninütiges Gespräch enthalten ist. Die Zeitplausibilität der Grundpauschale zählt in jedem Fall nur in das Quartalszeitprofil (QZ). Dauert das Erstgespräch mit dem Patienten im Quartal also weniger als 20 Minuten, kann nur die Ordinationsgebühr abgerechnet werden, die TZ beträgt 0 Minuten, die Quartals-Plausibilitätszeit (QZ) entspricht der Ordinationsgebühr. Dauert das Erstgespräch länger als 20 Minuten, wird neben der Ordinationsgebühr die Gesprächsleistung 16220 oder 21220 abgerechnet und die TZ beträgt 20 Minuten. Die QZ beträgt im Falle der Kom-

Praxisproblem

Tages-Plausibilitätszeiten richtig berechnen

Die Kalkulation von Tages-Plausibilitätszeiten ist oftmals nicht ganz einfach. Und plausibel ist sie auch nicht immer – nicht zuletzt weil bei der „korrekten“ Berechnung das erste 10-Minuten-Gespräch mit dem Patienten gar nicht bezahlt wird.

bination der psychiatrischen Grundpauschale 21211 mit dem psychiatrischen Gespräch 21220 34 Minuten (14 Minuten + 20 Minuten). Bei der Kombination der 21220 mit irgend einer anderen GOP bleibt es bei der TZ von 11 Minuten.

Beispiele für Arzt-Patienten-Kontakte:
— 21211 (0 Minuten TZ, 14 Minuten QZ)
— 21211 + 21220 (11 Minuten TZ und QZ) = 20 Minuten TZ, 25 Minuten QZ
— 21230 (0 Minuten TZ, 37 Minuten QZ) + 21220 = 11 Minuten TZ, 48 Minuten QZ

Analog muss bei Kombination einer Grundpauschale mit der GOP 35110 (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) das Gespräch mindestens 25 Minuten dauern (10 Minuten aus der Grundpauschale plus 15 Minuten aus der 35110). Damit ist die TZ 25 Minuten. Die entsprechende EBM-Vorschrift in der Leistungslegende lautet: „Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer beziehungsweise therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35110 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit (...) Voraussetzung (...)“

Die Kombination der GOP 21216 (Fremdanamnese und/oder Anleitung) mit der Ordinationsgebühr setzt übrigens nicht eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten voraus, sondern mindestens 10 Minuten wie üblich.

Versuch einer Lösung

Bitte achten Sie darauf, dass Ihr EDV-Praxisverwaltungssystem (PVS) die Besonderheit der 20-minütigen TZ bei der

Kombination der Ordinationsgebühr mit der 16220 oder 21220 korrekt berücksichtigt. Dies sollten Sie nach jedem Aufspielen eines PVS-Updates überprüfen. Mehrere verbreitete PVS-Firmen berücksichtigten in der Vergangenheit offenbar wiederholt nicht diese Besonderheit bei der Berechnung der TZ. Denn diese Vorschrift findet sich nur in der Leistungslegende und nicht in der Plausibilitätszeiten-Tabelle im Anhang des EBM.

Ökonomisch ist diese Rechenvorschrift natürlich kontraproduktiv, denn damit wird systematisch das erste 10-Minuten-Gespräch mit dem Patienten nicht bezahlt. Angeblich ist ein bis zu 10 Minuten dauerndes Gespräch in der Kalkulation der Ordinationsgebühr berücksichtigt. Dass dies nicht stimmen kann, sieht man auf den ersten Blick: Nach Subtraktion des Europreises von 13,49 € für die 21220 vom Preis der Ordinationsgebühr (19,45 €) bleibt für die allgemeinen Praxisbetriebskosten, die mit der Ordinationsgebühr beglichen werden, nur noch ein marginaler Betrag von 5,96 € übrig. Ungezählte Male haben die Berufsverbände von der KBV eine entsprechende Änderung gefordert. Den Hausärzten ist es nun gelungen, diese Vorschrift bei Einführung ihres neuen EBM zu kippen. Wir nehmen dies zum Anlass, die Forderung erneut zu stellen, diese Vorschrift auch aus unseren EBM-Kapiteln zu entfernen. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Praxisporträt

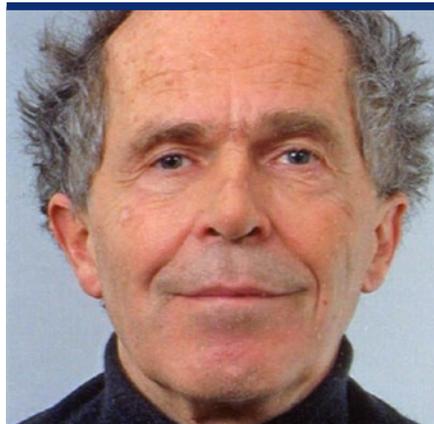
Durchgehend geöffnete Praxis

Erst Klinikarzt, dann Einzelpraxis, doch schließlich hat Dr. Berndt Lohmüller die Praxisgemeinschaft zu schätzen gelernt. Zusammen mit drei weiteren Ärzten sorgt er dafür, dass sich stets ein Neurologe und ein Psychiater Zeit für die Patienten nehmen – den ganzen Tag und das ganze Jahr über.

Nach zehn Jahren mit einer Einzelpraxis hat Dr. Berndt Lohmüller noch einmal etwas Neues gewagt: Als in Ebersberg 40 Kilometer südöstlich von München ein Ärztehaus gebaut wurde, nahm er sogleich mit einigen Kollegen das Erdgeschoss in Beschlag. Die Ärzte konnten dabei die Räume nach ihren Wünschen planen. Entstanden ist eine behindertengerechte Praxis, in der nun zwei Psychiater, zwei Neurologen und eine Psychologin Platz finden. Für Lohmüller änderte sich mit dem Einzug in die Praxisgemeinschaft aber noch weit mehr: Arbeitete er zuvor hauptsächlich als analytischer Psychotherapeut, so setzte er nun den Schwerpunkt auf die psychiatrische Therapie. „Ich habe gemerkt, dass Psychotherapie allein zu einseitig für mich ist. Zudem ist der Bedarf an psychiatrischer Behandlung immer größer geworden.“

Expertise gemeinsam nutzen

Seither sind gut elf Jahre vergangen und der Psychiater hat die Praxisgemeinschaft zu schätzen gelernt. Als großen Vorteil für die Patienten sieht er die Öffnungszeiten: Von Montag bis Donnerstag ist die Bestellpraxis von 8.00 bis 18.00 Uhr durchgehend offen – ohne Mittagspause, das ganze Jahr über. Mindestens ein Neurologe und ein Psychiater sind stets anwesend. Die Ärzte wiederum können sich im Urlaub gegenseitig vertreten, nutzen zusammen die Dienste der fünf Helferinnen und profitieren gegenseitig von ihrer Expertise. Wenn der Neurologe den Rat des Psychiaters braucht und umgekehrt, sind die Wege sehr kurz. Lohmüller schätzt auch die Zusammenarbeit mit Kollegen außerhalb der Praxis. Am Kreisklinikum in Ebersberg werden seine Dienste als Konsiliararzt gerne genutzt. Der Psychi-



Dr. med. Berndt Lohmüller

Praxis-Steckbrief

Inhaber: Dr. Berndt Lohmüller und Dr. Katharina Taffertshofer (Psychiatrie, Psychotherapie), Dr. Hans Gnahn und Dr. Werner Klein (Neurologie), Uta Harant-Dauer (Psychotherapie)

Praxistyp: Praxisgemeinschaft

Ort: 85560 Ebersberg, Bayern

Regionale Struktur: Kreisstadt

Anteil Privatpatienten: etwa 8%

Nächste Klinik: 25 km (Neurologie) und 25 km (Psychiatrie)

Mitarbeiterinnen: 5 Arzthelferinnen

Besonderheiten: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

© Archiv

ater wiederum findet für seine Patienten dort oft kurzfristig Plätze in der psychosomatischen Abteilung. Gute Kontakte bestehen ebenfalls zur Inn-Salzach-Klinik in Wasserburg: Als Klinikarzt hat er einst die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung aufgebaut, heute ist er als Supervisor gefragt.

Wichtig ist für den Psychiater zudem die Kooperation mit der Fachambulanz für Suchterkrankungen im benachbarten Grafing. So kann er seinen Patienten mit Suchtproblemen das breit gefächerte Betreuungsangebot der Ambulanz nahelegen. Die Einrichtung wiederum schickt Suchtkranke zur Untersuchung und zur medikamentösen Therapie zu ihm oder bittet den Arzt um Konsile.

Am Herzen liegt Lohmüller nicht zuletzt die Balintgruppe, die er für angehende Psychiater und Hausärzte leitet. „Gerade viele Hausärzte sind da zunächst sehr skeptisch. Später sind sie dann aber meist ganz angetan, weil die Gespräche doch sehr patientenbezogen sind. Das wird durchaus als hilfreich empfunden.“

Selbst wenn der Arzt seinen Fokus nun auf die Psychiatrie legt – die Psychotherapie mag er nicht missen. „Ich mische das gerne: Wenn ich ein paar Stunden psychiatrische Patienten mit kurzen Kontakten hatte, dann nehme ich zwischen- durch gern jemand mit Psychotherapie.“

EMDR für traumatisierte Patienten

Bei der Traumatherapie setzt Lohmüller auf das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Hierbei erfolgt die Verarbeitung von Erinnerungen über eine bilaterale Stimulation, etwa über Augenbewegungen oder Töne, während die Patienten sich auf die Belastung konzentrieren.

Der Psychiater findet es immer noch spannend, die Konflikte im Gespräch mit den Patienten heraus zu kristallisieren, das zunächst oft diffuse Bild einzunengen und zu strukturieren. Er bedauert jedoch, dass er kaum noch neue Patienten aufnehmen kann: Der Bedarf an Psychiatern ist auch im Landkreis Ebersberg weitaus größer als das Angebot. **mut**

Hirn- und Nervenfunktion

Spektrum der Stimulationsverfahren bei neurologischen Erkrankungen

Obwohl elektrische Energie in Form von fortgeleiteten Membranpotenzialänderungen ein zentrales Funktionsprinzip des Nervensystems darstellt, fokussieren sich viele aktuelle Therapien auf die Modifikation von Transmittern in der synaptischen Übertragung. Eine Ausnahme stellen einige Antikonvulsiva dar, die über eine direkte Interaktion mit Ionenkanälen wirken und somit elektrische Aktivität beeinflussen. Pharmakotherapien wirken auch systemisch und können dadurch entsprechende Nebenwirkungen zu Folge haben. Es ist also naheliegend, elektrische Aktivität als direktes Stimulationsverfahren zur Modifikation von Hirn- und Nervenfunktion einzusetzen.

RÜDIGER LANGE, MICHAEL SCHREY, HANS-HERBERT STEINER, FRANK ERBGUTH, NÜRNBERG

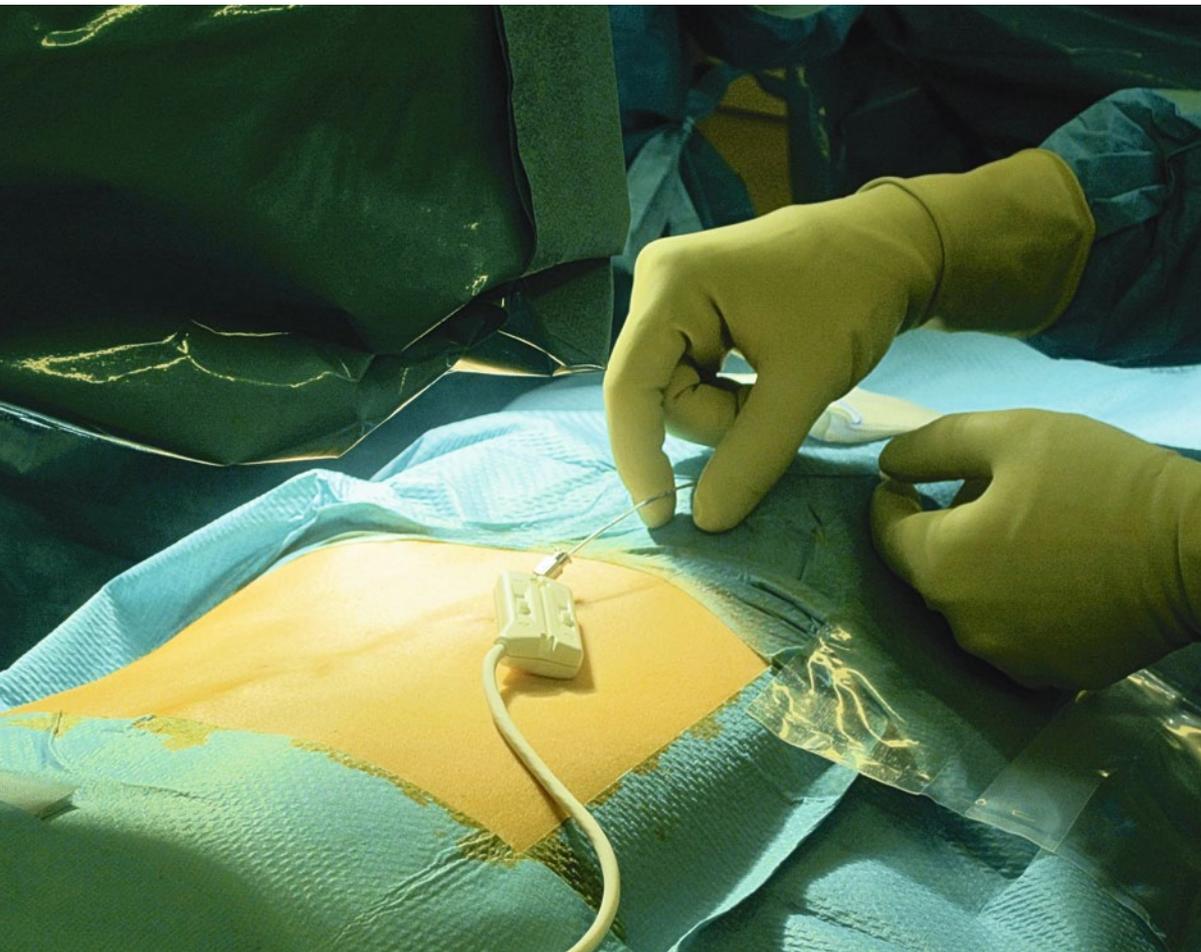


Abbildung 1: Perkutane Implantation einer Elektrode zur Rückenmarkstimulation (SCS) mit intraoperativer Testung in Lokalanästhesie.

32 Hirn- und Nervenfunktion
Spektrum der Stimulationsverfahren bei neurologischen Erkrankungen

38 Neuroonkologie
Hirnmetastasen – Alles zu spät?

44 Was ist wichtig in der Neuro-Urologie?

48 Psychiatrische Kasuistik
Depression: Multimorbider Patient mit Komplikationen

54 Bipolare Störung
Psychotherapie und Psychoedukation

60 CME Alkoholabusus
Riskanter Konsum älterer Menschen in Privathaushalt und Pflegeheim

65 CME Fragebogen

Erste Versuche der therapeutischen Anwendung von elektrischer Reizung gehen auf Scribonius largus zurück, der bereits 47 vor Christus Stromschläge von Zitterrochen zur Behandlung von Schmerzen vorschlug. Mit der Möglichkeit der künstlichen Erzeugung und Speicherung elektrischer Energie verbreitete sich in der Mitte des 18. Jahrhunderts deren Anwendung zunehmend auch für medizinische Zwecke, vor allem für die Schmerzbehandlung. Heute stehen verschiedene Verfahren in unterschiedlichen Indikationsgebieten zur Verfügung. Dabei sind in erster Linie invasive von nicht invasiven Verfahren und zentrale von peripherer Stimulation zu unterscheiden (Tabelle 1). Während nicht invasive Stimulationen aufgrund der nicht kontinuierlichen Anwendbarkeit passagere Effekte bewirken, werden invasive Verfahren häufig mit dem Ziel der Dauertherapie eingesetzt. Neben der Invasivität und dem Ort der Stimulation können direkte elektrische Stimulationsmethoden über Elektroden unterschieden werden von indirekten Verfahren wie der transkraniellen Magnetstimulation, bei der ein sich änderndes magnetisches Feld im Zielgewebe eine Depolarisation induziert.

Die einfachste Form der Neurostimulation ist die weitverbreitete transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS). Wie auch bei anderen Stimulationsverfahren zur Behandlung von Schmerzen basiert der therapeutische Effekt auf der Verarbeitung der konkurrierenden Transmission von Schmerzinformationen und sensibler Afferenzen über Aß-Fasern durch die Stimulation. Dieser in der „Gate-control“-Theorie von Melzack und Wall 1965 [1] erstbeschriebene Effekt führt zu einer verminderten Transmission nozizeptiver Stimuli auf spina-

ler Ebene und wird zum Beispiel auch bei der epiduralen Rückenmarksstimulation bei chronischen Schmerzsyndromen genutzt.

Die Anwendungsgebiete der unterschiedlichen Stimulationsverfahren sind mannigfaltig und reichen von der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome (TENS, SCS, MCS, THS, ONS) über Epilepsie (VNS) bis hin zu verschiedenen Bewegungsstörungen (THS). Auch im psychiatrischen Fachgebiet werden zunehmend Stimulationsverfahren zur Behandlung von Depression (rTMS, THS, EKT) und Impulskontrollstörungen (THS) eingesetzt. Im Folgenden werden einige etablierte beziehungsweise noch in der Erprobung befindliche Verfahren und deren Indikationsgebiete vorgestellt (Abkürzungen siehe Kasten).

Rückenmarkstimulation bei chronischen Schmerzen

Bei therapierefraktären radikulären Schmerzen nach Wirbelsäulenoperationen, aber auch bei neuropathischen Beinschmerzen oder Ischämieschmerzen der Beinmuskulatur stellt die epidurale Rückenmarkstimulation eine effektive Behandlungsmethode dar. Über eine meist perkutan beim wachen Patienten implantierte Elektrode wird eine elektrische Modulation der Neurone im Hinterhorn des Rückenmarks bewirkt. Durch die Reizung epikritischer afferenter Bahnen des Tractus spinothalamicus wird der Gate-control-Theorie folgend wiederum die Transmission nozizeptiver Stimuli gehemmt. Dass es jedoch zusätzliche andere, komplexe Wirkmechanismen der Rückenmarkstimulation gibt, lässt sich zum einen aus der Modulation autonomer Funktionen ableiten, die bei der Behandlung von komplexen regionalen Schmerzsyndromen oder pe-

ripherer und kardialer Ischämieschmerzen genutzt werden, zum anderen aus dem Fehlen einer Schmerzlinderung bei akuten nozizeptiven Stimuli. Untersuchungen mit funktioneller Kernspintomografie konnten darüber hinaus auch supraspinale Veränderungen in schmerzverarbeitenden Zentren unter SCS nachweisen [2].

Die Maskierung des schmerzhaften Areals durch die stimulationsinduzierten Kribbelparästhesien ist die Voraussetzung für eine schmerzlindernde Wirkung der Stimulation. Die Mitwirkung des Patienten bei der Elektrodenimplantation ist nötig, um eine wirksame Lage der Elektrode zu verifizieren (Abbildung 1). Daran anschließend ist eine mehrtägige ambulante Testphase sinnvoll, um die Wirkung unter Alltagsbedingungen beurteilen zu können. Die Implantation des eigentlichen Impulsgebers erfolgt dann im Allgemeinen in Vollnarkose.

Am häufigsten wird die Rückenmarkstimulation zur Behandlung des thera-

Abkürzungen

TENS	Transkutane elektrische Nervenstimulation
SCS	„Spinal cord stimulation“ (Rückenmarkstimulation)
MCS	„Motor cortex stimulation“ (Motorkortexstimulation)
THS	Tiefe Hirnstimulation
ONS	Okzipitalnervstimulation
rTMS	Repetitive transkranielle Magnetstimulation
tDCS	„Transcranial direct current stimulation“ (transkranielle Gleichstromstimulation)
EKT	Elektrokrampftherapie
VNS	Vagusnervstimulation

pierefraktären lumbalen Postnukleotomie-Syndroms angewendet. Es ließ sich eine etwa 50%ige Reduktion der radikulären Beinschmerzen nachweisen, die über einen Beobachtungszeitraum von 24 Monaten konstant war [3]. Die Rückenschmerzen sprachen mit einer Schmerzreduktion um etwa 20% deutlich schlechter an.

Stimulation des Nervus occipitalis bei Clusterkopfschmerz und Migräne

Die Behandlung chronischer primärer Kopfschmerzen stellt eine große Herausforderung dar, vor allem wenn etablierte medikamentöse Therapien und Verhaltensmaßnahmen keine ausreichende Wirkung zeigen. Mit der Weiterentwicklung von Neurostimulationsverfahren wie der Occipitalsnervstimulation konnten hier bedeutende Fortschritte erzielt werden. Neben der Therapierefraktarität, für welche Kriterien erarbeitet wurden [4, 5], ist eine sichere Klassifizierung des Kopfschmerztyps von Bedeutung, da die Wirksamkeit vom Kopfschmerztyp abhängt. In Anlehnung an die Selektion zur hypothalamischen THS [6] wird zudem eine Dauer des chronischen Kopfschmerzes von mindestens zwei Jahren gefordert. Während die Okzipitalsnervstimulation (**Abbildung 2**) zunächst vor allem zur Behandlung der Okzipitalisneuralgie untersucht wurde [7, 8], rückte der Fokus später zunehmend auf die Indikationen chronischer Clusterkopfschmerz und chronische Migräne. Zwei Studien zum chronischen Clusterkopfschmerz [9, 10] zeigten eine Reduktion der Attackenfrequenz in 71–87% der Patienten, wobei in 29–63% eine Schmerzreduktion von mehr als 50% erreicht wurde. Im Langzeitverlauf bis 64 Monate konnte eine anhaltende Wirkung beobachtet werden, allerdings tra-

ten bei einem Teil der Patienten Clusterattacken auf der bislang unbehandelten Gegenseite auf [11]. In Anbetracht der geringeren Invasivität bei mindestens vergleichbarer Wirksamkeit wird mittlerweile der ONS der Vorzug gegenüber der ebenfalls bei chronischem Clusterkopfschmerz einsetzbaren THS des posterioren Hypothalamus gegeben [12, 13].

Für die Behandlung der chronischen Migräne kommt die ONS ebenfalls zum Einsatz. In der ONSTIM-Studie konnte ein Ansprechen auf die Stimulation, definiert als eine Reduktion der Schmerzintensität um drei Punkte auf einer „Numerischen Ratingskala“ (NRS) oder eine um 50% reduzierte Anzahl an Kopfschmerztagen pro Monat, gezeigt werden [14]. Eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Studie an insgesamt 157 Patienten zeigte ebenfalls eine vergleichbare Schmerzlinderung sowie signifikante Verbesserungen in weiteren Endpunkten [15]. Die positiven Effekte nahmen über den Beobachtungszeitraum hin zu. Als häufigste Komplikation der ONS traten Elektrodenverlagerungen auf.

rTMS und tDCS zur Rehabilitationsaugmentation

Mit der technischen Entwicklung nicht invasiver Hirnstimulationsverfahren wie der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) und der transkraniellen Gleichstromstimulation (tDCS) stehen Methoden zur Verfügung, die potenziell zur therapeutischen Modulation von Hirnaktivität nutzbar sind. Im Fokus steht hier die Augmentation neuronaler Regeneration nach Schlaganfall, zu der zwar einige kleinere Studien mit vielversprechenden Ergebnissen vorliegen, allerdings der Wirknachweis auf der Basis großer randomisierter Stu-

dien auf dem Weg in die klinische Praxis noch aussteht.

Prinzipiell lässt sich mit der rTMS als auch mit der tDCS je nach Stimulationsparametern sowohl eine Erregbarkeitssteigerung (Fazilitierung) als auch eine Hemmung (Inhibition) erreichen. Konzeptionell eingängig erscheint dabei die fazilitierende Hirnstimulation, welche in der chronischen Phase nach ischämischen Schlaganfall über der geschädigten Hemisphäre etwa zur Verbesserung einer Armparese appliziert wird. In mehreren Pilotstudien wurde dabei ein positiver Effekt auf die Funktion der paretischen Hand gefunden [16–18]. Allerdings war dieser Effekt moderat ausgeprägt und zudem passager. Daher wird zunehmend das Konzept der Kombination mit intensiver Physiotherapie untersucht, wodurch längeranhaltende Verbesserungen erreicht werden können [19–21]. Zudem scheinen Patienten mit subkortikalen Infarkten besser auf eine fazilitierende Hirnstimulation anzusprechen, als solche mit kortikalen Infarkten [22].

Aber nicht nur die läionierte Hemisphäre, sondern auch die kontralaterale gesunde Hemisphäre spielt eine wichtige Rolle in der Funktionsrestitution nach zerebraler Ischämie. So zeigten Untersuchungen mit funktioneller Bildgebung, dass inhibitorische Einflüsse der intakten Hemisphäre einen negativen Einfluss auf die funktionelle Erholung haben können [16, 23]. Daraus ergibt sich die Strategie, mit einer inhibitorischen Stimulation der intakten Hemisphäre dem Ungleichgewicht gegenzusteuern, was in mehreren Pilotstudien [24, 25] mit ermutigenden Ergebnissen untersucht wurde.

Neben motorischen Funktionen konnte auch eine zumindest passagere Verbesserung von Aphasie [24, 26] oder Neglect [25] in kleineren Pilotstudien erreicht werden. Eine besondere Herausforderung stellt hier allerdings die Lokalisation der geeigneten Stimulationziele dar, für die funktionelle Bildgebung und Neuronavigationsmethoden eingesetzt werden.

Zusammenfassend ergeben sich aus der aktuellen Studienlage vielversprechende Anhaltspunkte für rehabilitationsunterstützende Effekte nicht invasi-

Stimulationsverfahren neurologischer Erkrankungen		Tabelle 1
	Nichtinvasiv	Invasiv
Peripher	— Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)	— Okzipitalisstimulation (ONS) — Vagusnervstimulation (VNS)
Zentral	— Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) — Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS)	— Rückenmarksstimulation (SCS) — Motorkortexstimulation (MCS) — Tiefe Hirnstimulation (THS)

ver Stimulationsmethoden. Vor einer breiteren Anwendung sind jedoch noch größere randomisierte (Vergleichs-) Studien mit alltagsrelevanten Endpunkten notwendig [27].

Tiefe Hirnstimulation bei Bewegungstörungen

Seit der ersten chronischen tiefen Hirnstimulation (THS) von Benabid 1987 [28] zur Tremorbehandlung hat diese Methode einen rasante Entwicklung genommen. Gesicherte Indikationen sind heute der pharmakoresistente essenzielle Tremor, therapieresistente Dystonien und das fortgeschrittene Parkinson-Syndrom mit motorischen Fluktuationen. Aber auch bei Epilepsie, anderen Tremorformen sowie verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen wie Zwangsstörungen, Depression und sogar Demenz wird die THS eingesetzt beziehungsweise erprobt. Dabei werden je nach Indikation unterschiedliche Kerngebiete stimuliert. Die Elektrodenimplantation erfolgt mittels eines stereotaktischen Zielgeräts (**Abbildung 3**). Zur Überprüfung der korrekten Lage durch intraoperative Stimulation und Dokumentation von Wirkungen und Nebenwirkungen erfolgt der Eingriff meist beim wachen Patienten. Neben der klinischen Untersuchung kommen Mikroelektrodenableitungen zur Bestimmung der definitiven Elektrodenposition zum Einsatz.

Idiopathisches Parkinson-Syndrom

Die häufigste Indikation für THS ist derzeit das fortgeschrittene idiopathische Parkinson-Syndrom. Für diese Patientengruppe ist die überlegene Wirksamkeit der THS im Vergleich zu einer optimierten medikamentösen Therapie durch drei prospektive, randomisierte Studien belegt [29–31]. Neben der Wirkung auf einen eventuell vorhandenen Tremor stellt die Reduktion der Phasen schlechter Beweglichkeit den wesentlichen Therapieerfolg dar. So konnte in der Studie von Deuschl et al. [29] eine Reduktion der immobilen Phasen von 6,2 auf zwei Stunden am Tag in der THS-Gruppe verzeichnet werden, während die mobilen Phasen ohne relevante Dyskinesien von 3,2 auf 7,6 Stunden zunahmen. Dies übersetzte sich unter anderem

auch in eine Verbesserung der Alltagsaktivitäten um 38%, der Reduktion der durch Krankheit erlebten Stigmatisierung um 30% und letztlich in einer Verbesserung der Lebensqualität gemessen am „Parkinsons Disease Questionnaire“ PDQ-39 um 26%.

Von überragender Bedeutung für den erfolgreichen Einsatz der THS ist die Patientenselektion. So stellt die grundsätzliche Levodopa-Responsivität der Akinese den entscheidenden Prädiktor für eine effektive Stimulation dar [32], aber auch ein nicht Levodopa-responsiver Tremor kann durch eine THS effektiv behandelt werden. Dagegen stellen deutliche axiale Symptome, welche nicht Levodopa-responsiv sind, eine ungünstige Bedingung dar.

Zur Behandlung des idiopathischen Parkinson-Syndroms eignen sich prinzipiell zwei Kerngebiete, nämlich der Nucleus subthalamicus (STN) und der Globus pallidus internus (GPI). Im Vergleich der Stimulation der genannten Kerngebiete zeigte sich kein Unterschied in der Wirksamkeit, jedoch waren Unterschiede im Nebenwirkungsprofil feststellbar [33]. Zudem ließ sich die begleitende Medikation unter STN-Stimulation um etwa 32% reduzieren, während unter GPI-Stimulation die Medikation mit nur 18% deutlich weniger reduzierbar war. Damit scheint die STN-Stimulation durch die Möglichkeit der Medikamentenreduktion bei Patienten mit medikamentös induzierten Dyskinesien und solchen, die insbesondere unter einer Therapie mit Dopaminagonisten neuropsychiatrische Nebenwirkungen verspüren, Vorteile zu bieten.

Operationsbedingte unerwünschte Ereignisse sind bei THS insgesamt selten, mit einem Risiko für eine asymptomatische intrakranielle Blutung von etwa 3% [34] und für eine intrakranielle Blutung mit bleibendem neurologischen Defizit von etwa 1% [34]. Die Gesamtmortalität beträgt 1,3% bei Parkinson-Patienten [29]. An implantat-assoziierten Problemen können Infektionen oder ein technischer Ausfall etwa durch Kabelbruch mit einer Häufigkeit von etwa 4–6% beziehungsweise etwa 1–15% auftreten [34]. Stimulationsbedingte Nebenwirkung wie Dysarthrie, Augenbewegungsstörungen, sensorische Wahrnehmungs-

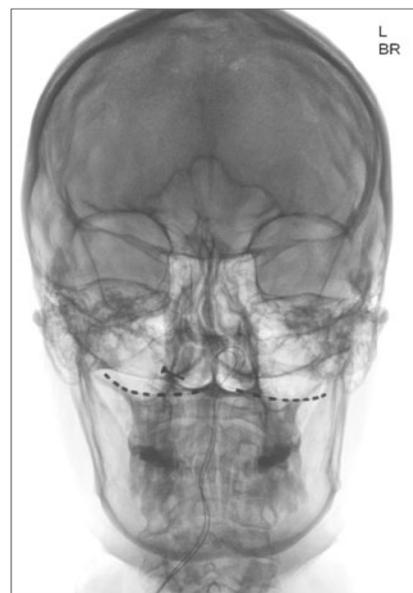


Abbildung 2: Kontrolle der Elektrodenlage bei Okzipitalsnervstimulation im nativen Röntgen.

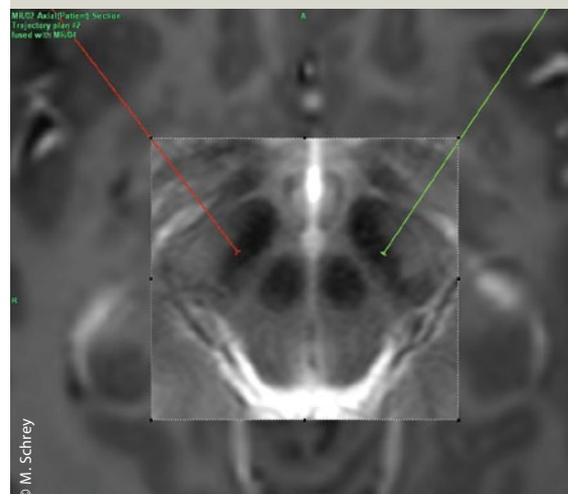


Abbildung 3: Stereotaktische Zielpunktplanung am Beispiel des Nucleus subthalamicus.

gen oder Muskelkontraktionen entstehen durch Wirkung auf umliegende Strukturen und lassen sich durch Anpassung der Stimulationparameter vermeiden. Eine leichte Verschlechterung exekutiver Funktionen, insbesondere der Wortflüssigkeit bei STN-Stimulation [35] und andere neuropsychiatrische Symptome wie Impulskontrollstörungen [36] können auftreten und erfordern

eine sorgfältige Patientenselektion. Auch in der Laienpresse wird immer wieder über eine erhöhte Suizidrate bei Patienten mit THS berichtet. Tatsächlich ist das Risiko bei STN-Stimulation insbesondere im ersten Jahr nach der Implantation um das bis zu 16-fache erhöht [37], weshalb eine sorgfältig Patientenselektion und Nachbetreuung erforderlich ist.

Während bislang vor allem Patienten mit fortgeschrittenem idiopathischem Parkinson-Syndrom und ausgeprägten Wirkfluktuationen als mögliche Kandidaten für eine THS gesehen wurden, konnte die kürzlich publizierte EARLY-STIM-Studie auch bei einem Kollektiv relativ junger Patienten mit erst beginnenden Wirkfluktuationen eine überlegene Wirksamkeit der THS im Vergleich zu optimaler medikamentöser Therapie zeigen [38]. Die Patienten waren durchschnittlich etwa 53 Jahre alt und seit etwa 7,5 Jahren an Morbus Parkinson erkrankt mit einer mittleren Dauer von motorischen Wirkfluktuationen seit 1,7 Jahren. Gemessen am PDQ-39, dem primären Endpunkt der Studie, konnte bei implantierten Patienten ein Gewinn an Lebensqualität um 26% nach zwei Jahren verbucht werden, während die Patientengruppe mit optimierter medikamentöser Therapie alleine weitgehend unverändert blieb. Auch die sekundären Endpunkte konnten fast durchweg eine Überlegenheit der Stimulation zeigen, so verlängerte sich etwa die Zeit guter Mobilität ohne relevante Dyskinesien um 20% von 10,3 h auf 12,4 h täglich, während gleichzeitig die tägliche Einnahme der Levodopa-äquivalenten Medikation um 39% von 936 mg auf 572 mg reduziert werden konnte. In der medikamentösen Vergleichsgruppe blieb entsprechend die Zeit guter Mobilität praktisch unverändert, allerdings stieg die Äquivalenzdosis um 21% an. Die Kognition war in beiden Gruppen unverändert, affektive Symptome waren in der Stimulationsgruppe nach zwei Jahren geringer ausgeprägt. Die auch in dieser Studie erhöhte Suizidrate (drei vollzogene und vier versuchte Suizide bei 251 Patienten) könnte aufgrund der Tatsache, dass Patienten in der medikamentösen Gruppe gleichmaßen betroffen waren, auf eine

Selektion von Patienten mit einer höheren Risikobereitschaft hindeuten [38].

Zur Langzeitwirkung der THS bei Morbus Parkinson liegen mittlerweile Beobachtungen über zehn Jahre vor [39], die eine anhaltende Wirkung belegten. Allerdings wird der Langzeitverlauf zunehmend durch L-Dopa-resistente Symptome wie axialer Symptome, Dysphagie und Demenz geprägt, welche auch durch die THS kaum beeinflussbar sind.

Essenzieller Tremor

Der behindernde und pharmakologisch nicht ausreichend behandelbare Tremor ist eine weitere Indikation für eine THS. Bei den meisten Tremorindikationen wird als Zielgebiet der Nukleus ventralis intermedius des Thalamus gewählt. Beim tremordominanten Parkinson-Syndrom dagegen kann, auch wenn zum Zeitpunkt der Implantation keine relevante Akinese vorliegt, eine Stimulation des STN sinnvoll sein, um eine im Verlauf der Erkrankung auftretende Akinese mitbehandeln zu können. Das Ansprechen des Tremors auf VIM-Stimulation hängt vom Tremortyp ab und ist bei essenziellem Tremor und Parkinson-tremor am stärksten ausgeprägt [40].

Beim essentiellen Tremor ist mit einer Verbesserung der spezifischen, hauptsächlich durch den Aktionstremor beeinflussten „activities of daily living“ um etwa 80% nach einem Jahr zu rechnen [41]. Das stimulationsbedingte Nebenwirkungsspektrum umfasst vor allem durch die Nähe zur Pyramidenbahn zu erklärende senso-motorische Störungen wie Parästhesien (6–36%), Dysarthrie (3–18%), aber auch Dystonien (2–9%), Gleichgewichtstörungen (3–8%) und Ataxie (6%) [42].

Dystonien

Eine gute Wirksamkeit der THS im Globus pallidus internus wurde für primäre generalisierte und segmentale Dystonien durch zwei prospektive und randomisierte Studien [43, 44] gezeigt. Die Reduktion dystoner Symptome betrug etwa 50% nach sechs bis zwölf Monaten in beiden Studien. Im Langzeitverlauf konnten sich die Patienten mit generalisierter Dystonie nach drei Jahren sogar noch weiter verbessern, die Stimulationswir-

kung blieb darüber hinaus über fünf Jahre weitgehend stabil [45]. Neben generalisierten und schweren segmentalen Dystonien ist die THS auch bei fokalen Dystonien mit unzureichendem Ansprechen auf eine Therapie mit Botulinumtoxin – entweder primär oder sekundär nach Antikörperentwicklung – einsetzbar. So belegt eine prospektive Studie zur chronischen GPi-Stimulation bei zervikaler Dystonie eine gute Symptomreduktion und Verbesserung der Lebensqualität [46]. Im Unterschied zu der praktisch unmittelbar zu beobachtenden Beeinflussung der Zielsymptome bei der STN- und VIM-Stimulation für die jeweiligen Erkrankungen tritt der therapeutische Effekt der GPi-Stimulation regelmäßig nach einer mehrtägigen Latenz ein.

Fazit für die Praxis

Stimulationverfahren zur Neuromodulation stellen bei einer Reihe von neurologischen Erkrankungen mit unzureichendem Ansprechen oder intolerablen Nebenwirkungen auf medikamentöse Therapien eine wertvolle Therapieoption dar. Mit der technischen Weiterentwicklung der Stimulations-einheiten und dem wachsenden Verständnis über die Funktionsweise neuronaler Netzwerke und deren Beeinflussbarkeit werden neuromodulierende Verfahren in der Zukunft an Bedeutung gewinnen. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Rüdiger Lange

Oberarzt der Klinik für Neurologie
Klinikum Nürnberg Süd
Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg
E-Mail: ruediger.lange@klinikum-nuernberg.de

Dr. med. Michael Schrey

Oberarzt
Klinik für Neurochirurgie, Klinikum Nürnberg

Prof. Dr. med. Hans-Herbert Steiner

Chefarzt
Klinik für Neurochirurgie
Klinikum Nürnberg

Prof. Dr. med. Frank Erbguth

Chefarzt
Klinik für Neurologie
Klinikum Nürnberg

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

- Melzack R, Wall PD: Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965; 150(3699): 971–9
- Rasche D et al.: Epidurale Rückenmarkstimulation bei Postnukleotomiesyndrom. Pilotstudie zur Therapieevaluation mit der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT). *Schmerz*. 2005; 19(6): 497–500, 502–5
- Kumar K et al.: The effects of spinal cord stimulation in neuropathic pain are sustained: a 24-month follow-up of the prospective randomized controlled multicenter trial of the effectiveness of spinal cord stimulation. *Neurosurgery*. 2008; 63(4): 762–70; discussion 770
- Goadsby PJ et al.: Towards a definition of intractable headache for use in clinical practice and trials. *Cephalalgia*. 2006; 26(9): 1168–70
- Schulman EA et al.: Defining refractory migraine: results of the RHSIS Survey of American Headache Society members. *Headache*. 2009; 49(4): 509–18
- Leone M et al.: Deep brain stimulation for intractable chronic cluster headache: proposals for patient selection. *Cephalalgia*. 2004; 24(11): 934–7
- Oh MY et al.: Peripheral nerve stimulation for the treatment of occipital neuralgia and transformed migraine using a c1-2-3 subcutaneous paddle style electrode: a technical report. *Neuromodulation*. 2004; 7(2):103–12
- Slavin KV, Nersesyan H and Wess C: Peripheral neurostimulation for treatment of intractable occipital neuralgia. *Neurosurgery*. 2006; 58(1): 112–9; discussion 112–9
- Burns B, Watkins L and Goadsby PJ: Treatment of intractable chronic cluster headache by occipital nerve stimulation in 14 patients. *Neurology*. 2009; 72(4): 341–5
- Magis D et al.: Occipital nerve stimulation for drug-resistant chronic cluster headache: a prospective pilot study. *Lancet Neurol*. 2007; 6(4): 314–21
- Magis D et al.: Sustained effectiveness of occipital nerve stimulation in drug-resistant chronic cluster headache. *Headache*. 2011; 51(8): 1191–201
- Diener HC et al.: Neurostimulation zur Behandlung von Kopfschmerzen. *Nervenarzt*. 2012; 83(8): 994–1000
- Wolter T, Kaube H: Neurostimulation for chronic cluster headache. *Ther Adv Neurol Disord*. 2012; 5(3): 175–80
- Saper JR et al.: Occipital nerve stimulation for the treatment of intractable chronic migraine headache: ONSTIM feasibility study. *Cephalalgia*. 2010; 31(3): 271–85
- Silberstein SD et al.: Safety and efficacy of peripheral nerve stimulation of the occipital nerves for the management of chronic migraine: results from a randomized, multicenter, double-blinded, controlled study. *Cephalalgia*. 2012; 32(16): 1165–79
- Hummel F et al.: Effects of non-invasive cortical stimulation on skilled motor function in chronic stroke. *Brain*. 2005; 128(Pt 3): 490–9
- Khedr EM et al.: Therapeutic trial of repetitive transcranial magnetic stimulation after acute ischemic stroke. *Neurology*. 2005; 65(3): 466–8
- Schulz R, Gerloff C and Hummel FC: Non-invasive brain stimulation in neurological diseases. *Neuropharmacology*. 2013; 64: 579–87
- Takeuchi N et al.: Inhibition of the unaffected motor cortex by 1 Hz repetitive transcranial magnetic stimulation enhances motor performance and training effect of the paretic hand in patients with chronic stroke. *J Rehabil Med*. 2008; 40(4): 298–303
- Khedr EM et al.: Long-term effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on motor function recovery after acute ischemic stroke. *Acta Neurol Scand*. 2010; 121(1): 30–7
- Zimerman M et al.: Modulation of training by single-session transcranial direct current stimulation to the intact motor cortex enhances motor skill acquisition of the paretic hand. *Stroke*. 2012; 43(8): 2185–91
- Ameli M et al.: Differential effects of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation over ipsilesional primary motor cortex in cortical and subcortical middle cerebral artery stroke. *Ann Neurol*. 2009; 66(3): 298–309
- Ward NS et al.: Neural correlates of outcome after stroke: a cross-sectional fMRI study. *Brain*. 2003; 126(Pt 6): 1430–48
- Naeser MA et al.: Transcranial magnetic stimulation and aphasia rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012; 93(1 Suppl): S26–34
- Koch G et al.: Theta-burst stimulation of the left hemisphere accelerates recovery of hemispatial neglect. *Neurology*. 2012; 78(1): 24–30
- Fridriksson J et al.: Transcranial direct current stimulation improves naming reaction time in fluent aphasia: a double-blind, sham-controlled study. *Stroke*. 2011; 42(3): 819–21
- Liepert J: Evidenzbasierte Verfahren in der motorischen Rehabilitation nach Schlaganfall. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2012; 80(7): 388–93
- Benabid AL et al.: Combined (thalamotomy and stimulation) stereotactic surgery of the VIM thalamic nucleus for bilateral Parkinson disease. *Appl Neurophysiol*. 1987; 50(1-6): 344–6
- Deuschl G et al.: A randomized trial of deep-brain stimulation for Parkinson's disease. *N Engl J Med*. 2006; 355(9): 896–908
- Weaver FM et al.: Bilateral deep brain stimulation vs best medical therapy for patients with advanced Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Jama*. 2009; 301(1): 63–73
- Williams A et al.: Deep brain stimulation plus best medical therapy versus best medical therapy alone for advanced Parkinson's disease (PD SURG trial): a randomised, open-label trial. *Lancet Neurol*. 2010; 9(6): 581–91
- Kleiner-Fisman G et al.: Subthalamic nucleus deep brain stimulation: summary and meta-analysis of outcomes. *Mov Disord*. 2006; 21 Suppl 14: S290–304
- Follett KA et al.: Pallidal versus subthalamic deep-brain stimulation for Parkinson's disease. *N Engl J Med*. 2010; 362(22): 2077–91
- Voges J, Pinski MO: Neue Daten zur Sicherheit der Operation bei der tiefen Hirnstimulation. *Akt Neurol*. 2009; 36(Suppl 1): 27–31
- Witt K et al.: Neuropsychological and psychiatric changes after deep brain stimulation for Parkinson's disease: a randomised, multicentre study. *Lancet Neurol*. 2008; 7(7): 605–14
- Broen M et al.: Impulse control and related disorders in Parkinson's disease patients treated with bilateral subthalamic nucleus stimulation: a review. *Parkinsonism Relat Disord*. 2011; 17(6): 413–7
- Voon V et al.: A multicentre study on suicide outcomes following subthalamic stimulation for Parkinson's disease. *Brain*. 2008; 131(Pt 10): 2720–8
- Schuepbach WM et al.: Neurostimulation for Parkinson's disease with early motor complications. *N Engl J Med*. 2013; 368(7): 610–22
- Castrioto A et al.: Ten-year outcome of subthalamic stimulation in Parkinson disease: a blinded evaluation. *Arch Neurol*. 2011; 68(12): 1550–6
- Elble R, Deuschl G: Milestones in tremor research. *Mov Disord*. 2011; 26(6): 1096–105
- Sydow O et al.: Multicentre European study of thalamic stimulation in essential tremor: a six year follow up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003; 74(10): 1387–91
- Deuschl G et al.: Treatment of patients with essential tremor. *Lancet Neurol*. 2011; 10(2): 148–61
- Kupsch A et al.: Pallidal deep-brain stimulation in primary generalized or segmental dystonia. *N Engl J Med*. 2006; 355(19): 1978–90
- Vidailhet M et al.: Bilateral deep-brain stimulation of the globus pallidus in primary generalized dystonia. *N Engl J Med*. 2005; 352(5): 459–67
- Volkman J et al.: Pallidal deep brain stimulation in patients with primary generalised or segmental dystonia: 5-year follow-up of a randomised trial. *Lancet Neurol*. 2012; 11(12): 1029–38
- Kiss ZH et al.: The Canadian multicentre study of deep brain stimulation for cervical dystonia. *Brain*. 2007; 130(Pt 11): 2879–86

Neuroonkologie

Hirnmetastasen – Alles zu spät?

Eine zerebrale Metastasierung ist bis auf wenige Ausnahmen gleichbedeutend mit einer palliativen Behandlungssituation. Mit einem multimodalen und interdisziplinären Therapiekonzept lässt sich jedoch häufig eine auch längerfristig gute Tumorkontrolle im ZNS erreichen und damit eine gute Lebensqualität bewahren. Durch Weiterentwicklung zielgerichteter Therapien werden wir den Patienten in der Zukunft sicherlich effektivere individualisierte molekulare Therapiekonzepte anbieten können.

JULIA TICHY, JOACHIM P. STEINBACH, FRANKFURT

Hirnmetastasen stellen die behandelnden Teams regelmäßig vor Herausforderungen. Bei 20–40% der Patienten mit häufigen Tumorentitäten kommt es im Laufe der Erkrankung zu zerebralen Metastasen (Malignes Melanom und kleinzelliges Bronchialkarzinom, SCLC, etwa 40%; nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom, NSCLC, 30%; Mamma- und Nierenzellkarzinom 20%).

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Diagnostische Verfahren

Im Rahmen der Diagnostik systemischer Tumorleiden erfolgt, mit Ausnah-

me des SCLC, im Zuge des Stagings in der Regel keine primäre Diagnostik des zentralen Nervensystemes (ZNS). Somit liegt zum Zeitpunkt der Diagnosestellung einer zerebralen Raumforderung entweder bereits eine neurologische Symptomatik vor oder es handelt sich um einen Zufallsbefund. Bei maligner Grunderkrankung und einer unklaren zerebralen Raumforderung muss selbst bei hoher Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs die Möglichkeit unabhängiger Zweiterkrankung vorliegt.

Die Basisdiagnostik erfordert in aller Regel die Anfertigung eines zerebralen

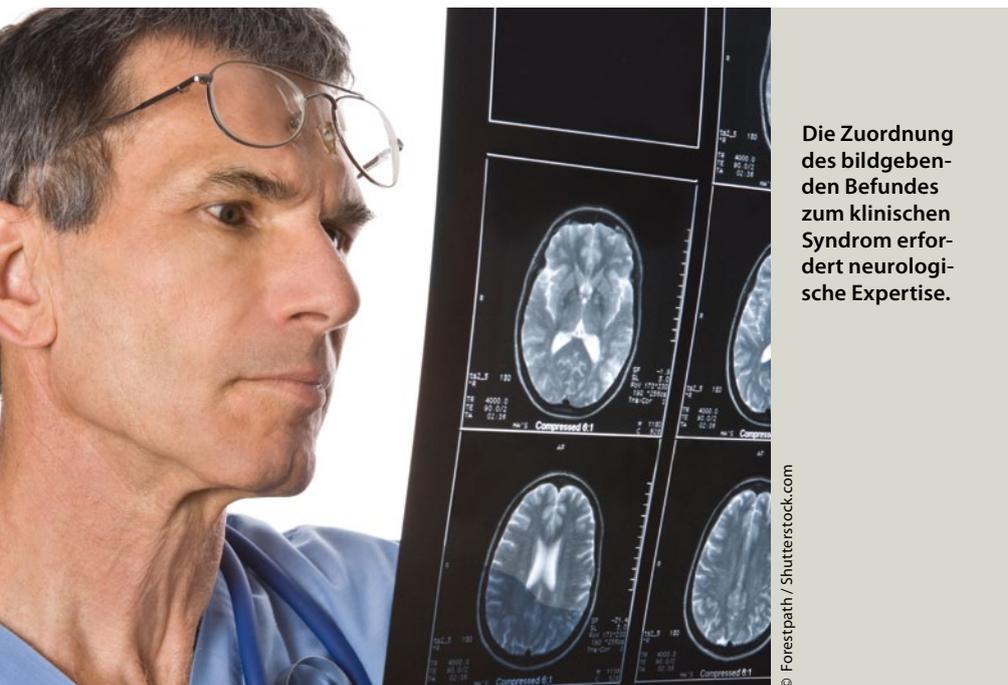
MRT mit Kontrastmittel. Fakultativ und je nach Fragestellung kann bildgebend eine MR-Perfusion/-Spektroskopie oder die Abbildung der Neuroachse ergänzt werden. Im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung bedarf es mitunter der Durchführung eines PET, eines Ganzkörper-CT, einer Liquorentnahme, einer Augenuntersuchung mit der Spaltlampe (Lymphomdiagnostik), einer Knochenmarkstanzbiopsie, einer broncholaveolaren Lavage (Abklärung Sarkoidose) und anderen weiterführenden Untersuchungen.

Wenn sich klinische Indizien für eine Meningeosis carcinomatosa ergeben, sollte die Liquorpunktion erst nach durchgeführtem MRT erfolgen, um falsch positive Befunde in der Bildgebung zu vermeiden (leptomeningeale Kontrastmittelanreicherungen im MRT).

Für die differenzialdiagnostischen Erwägungen und die Zuordnung des bildgebenden Befundes zum klinischen Syndrom ist neurologische Expertise von großer Bedeutung (Tabelle 1).

Differenzialdiagnosen zerebraler Raumforderungen

Auch Prozesse anderer Genese (z. B. infektiöser, autoimmuner oder vaskulärem Ursprung) können in der zerebralen Bildgebung tumorähnliche Bilder hervorrufen. In der differenzialdiagnostischen Abwägung spielen hierbei vor allem autoimmun entzündliche Erkrankungen wie die akute demyelinisierende Enzephalomyelitis (ADEM) und atypische MS-Herde, jedoch auch seltenerer Erkrankungen wie die zerebrale Sarkoidose oder die Langerhans-Zell-Histiozy-



Die Zuordnung des bildgebenden Befundes zum klinischen Syndrom erfordert neurologische Expertise.

© Forestpath / Shutterstock.com

tose eine Rolle. Im Zweifel sollte eine histologische Sicherung mittels stereotaktischer Biopsie erwogen werden. Vor dem Einsatz einer Steroidtherapie ex juvantibus muss vor allem die Möglichkeit eines zerebralen Lymphomes in Erwägung gezogen werden, dessen Diagnose hierdurch verschleiert werden kann.

Beim Tuberkulom oder einer latenten Tuberkulose kann es unter Steroidtherapie ohne tuberkulostatische Therapie zu einer Miliartuberkulose kommen. Den Autoren sind derartige Fälle mit foudroyantem Verlauf und letalem Ausgang bekannt. Je nach Herkunftsland des Patienten sollten auch andere infektiöse Erkrankungen (z. B. Zystizerkose) in Betracht gezogen werden. In der Betreuung von immunsupprimierten Patienten gilt es neben atypischen Mykobakterien, Erreger wie Aspergillen, Kryptokokken, Listerien und Toxoplasmen zu bedenken.

Staging und Typisierung

Zur Therapieplanung oder -entscheidung muss initial eine Typisierung der zerebralen Metastasierung vorgenommen werden. Die Einteilung erfolgt zwischen einer parenchymatösen, einer nicht adhärennten leptomenigealen, einer soliden leptomeningealen Metastasierung und Mischformen. Als weitere Faktoren sind das Alter des Patienten, der Karnofsky-Index (KPS), die Anzahl der Hirnmetastasen, extrazerebrale Metastasen sowie den histologische Subtyp des Primarius zu beachten.

- „Singulär“: einzelne zerebrale Metastase bei gleichzeitigen anderen Organmetastasen.
- „Solitär“: alleinige, einzelne Metastase im ZNS.
- Oligometastasierung: drei bis maximal fünf zerebrale Metastasen.
- Multiple Metastasierung: mehr als fünf Metastasen.

Zur genaueren Einordnung sollte zusätzlich zwischen einer asymptomatischen, einer symptomatischen und/oder raumfordernden Metastasierung unterschieden werden.

Therapie der ZNS-Metastasierung

Die Therapie setzt sich im Wesentlichen aus drei Säulen zusammen. Diese umfassen chirurgische Interventionen, strahlentherapeutische Techniken und

Neurologische Fragestellungen bei Hirnmetastasen (Differenzialdiagnostik, klinische Evaluation, Therapie)

Tabelle 1

Wertung der bildgebenden Diagnostik	Untersuchung und klinische Diagnostik	Therapie
<ul style="list-style-type: none"> – Bildmorphologische Einordnung – Zuordnung des neurologischen Syndroms – Differenzialdiagnostik – Erkennen von Komplikationen (z. B. Liquorzirkulationsstörung) 	<ul style="list-style-type: none"> – Hemianopsie – Schluckstörungen – Okulomotorikstörung – Symptomatische Epilepsie – Aphasie – Neuropsychologische Defizite – Blasenfunktionsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> – Beteiligung am onkologischen Gesamtkonzept – Supportive Therapie – Anfälle – Hirndruck – Schmerztherapie – Versorgung/Hilfsmittel – Diagnostik/Management von Nebenwirkungen neuroonkologischer Therapie

medikamentöse Tumorthérapien (Chemotherapie und molekulare Therapien).

Chirurgie

Prinzipiell stellt das chirurgische Vorgehen in der Behandlung von Hirnmetastasen bei bestimmten Konstellationen eine wichtige Behandlungsoption dar. Die Resektion kommt bei singulären oder solitären Metastasen (in Einzelfällen bis zu drei Läsionen) und gutem Allgemeinzustand des Patienten infrage. Des Weiteren sollte eine stabile extrakranielle Tumorsituation vorliegen und die Raumforderung mit nur einem geringen Risiko einer Zunahme des neurologischen Defizites resezierbar sein. Bei großen (> 3 cm) oder symptomatischen Raumforderungen kann die Volumenverringerung und Dekompression ein wichtiges Argument für ein operatives Vorgehen darstellen. Bei unklaren Raumforderungen ist eine Histologie über die stereotaktische Biopsie oder im Einzelfall auch die offene Resektion einer Raumforderung Ziel des Eingriffs. Eine Resektion ist meist nicht indiziert bei strahlensensiblen Tumoren (SCLC, Lymphom und Germinom). Im klinischen Alltag spielt die chirurgische Intervention auch in Akutsituationen eine wichtige Rolle, wie die Kasuistik in **Abbildung 1** zeigt.

Radiochirurgische Verfahren

Mit radiochirurgischen Techniken sind im Gegensatz zum operativen Vorgehen

auch therapeutische Interventionen an operativ nicht zugänglichen Stellen wie zum Beispiel dem Hirnstamm und Behandlungen unter lokalen Narkoseverfahren möglich. Die verschiedenen Verfahren (stereotaktische Radiochirurgie mit Linearbeschleuniger, Gammaknife und Cyber-Knife) sind dabei prinzipiell als gleichwertige Verfahren anzusehen. Konsens besteht dabei, dass eine Radiochirurgie bei ein bis drei (maximal 5) Metastasen mit einem Durchmesser < 3 cm sinnvoll ist. Im Rahmen von Kohortenstudien ließ sich bei singulären Metastasen eine Gleichwertigkeit zwischen der stereotaktischen Radiotherapie und einem operativen Vorgehen zeigen. Postinterventionell kann es durch Ödembildung zu einer Zunahme neurologischer Defizite und Krampfanfälle kommen. Die schwerwiegendste Komplikation ist die Radionekrose, deren Risiko nach zwei Jahren etwa 10% beträgt. Es besteht auch die Option einer Rezidivbehandlung nach bereits erfolgter Ganzhirnbestrahlung oder Operation. Die primäre radiochirurgische Nachbehandlung des Tumorbetts nach Resektion ist interessant und plausibel, aber bislang durch Daten noch nicht ausreichend abgesichert.

Ganzhirnbestrahlung

Bei mehr als vier bis fünf oder großen (> 3 cm) und nicht operablen Metastasen ist im Allgemeinen die Ganzhirnbestrahlung indiziert. Im Rahmen der Be-

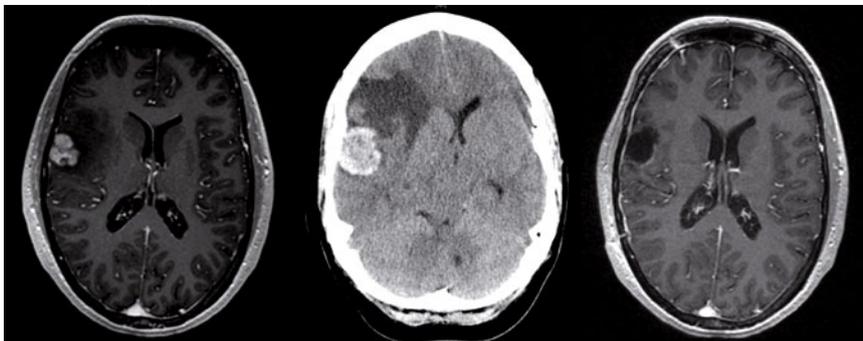


Abbildung 1: Die Patientin stellte sich mit progredienten Hirndrucksymptomatik (komatöse Bewusstseinslage, Anisokorie, Strecksynergismen der linken Körperseite) bei bekanntem systemisch metastasiertem malignem Melanom vor. Bereits im Oktober 2011 erfolgte die Bestrahlung einer singulären rechts-temporalen Hirnmetastase mittels Gamma-Knife. In der notfalligen zerebralen Bildgebung zeigte sich eine eingeblutete Metastase mit zunehmendem Ödem und deutlich raumfordernder Wirkung (Mittellinienshift). Des Weiteren ließen sich eine transtentorielle Herniation und ein beginnender Liquoraufstau erkennen. Nach interdisziplinären Konsens mit den Kollegen der Neurochirurgie und den behandelnden Dermatologen und nach Abwägung anderer Optionen erfolgte bei junger, systemisch stabiler und in gutem Allgemeinzustand befindlicher Patientin der Entschluss zur Resektion der Metastase. Im November 2012 ließ sich kein neurologisches Defizit mehr nachweisen und die erneute zerebrale Bildgebung zeigte rechtsseitig vorrangig posttherapeutische Veränderungen. Im Anschluss an die Verlaufskontrolle erfolgte die Behandlung mit dem CTLA-4-Antagonist Ipilimumab.

© F. Zanella, Institut für Neuroradiologie, Uni-Klinikum Frankfurt

handlung eines kleinzelligen Bronchialkarzinoms wird diese auch prophylaktisch eingesetzt.

In 70% der Fälle kann durch eine primäre Ganzhirnbestrahlung der neurologische Zustand gebessert sowie die mediane Überlebenszeit im Vergleich zur supportiven Therapie von zwei (supportiv) auf drei bis sechs Monate verlängert werden. Als bewährte Therapieform hat sich hier die Behandlung mit 30–36 Gy in 3-Gy-Einzelfraktionen bei fünf Fraktionen pro Woche durchgesetzt. Höhere Gesamtdosen sind bei mehreren günstigen Prognosefaktoren im Einzelfall vertretbar. Limitierend ist die Neurotoxizität, die schon im Verlauf weniger Monate zu schweren kognitiven und mnestischen Defiziten führen kann. In einer randomisierten Studie wurde bei 52% der Patienten bereits vier Monate nach Ganzhirnbestrahlung ein signifikantes Defizit im Bereich von Lernen und Gedächtnis bei der neuropsychologischen Testung gezeigt [1]. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen einer randomisierten Studie der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) die Bedeutung der konsolidierenden Ganzhirnbestrahlung

nach erfolgter Operation oder Radiochirurgie bei Patienten mit ein bis drei Hirnmetastasen untersucht. Nach adjuvanter Ganzhirnbestrahlung konnte zwar eine deutliche Reduktion der lokalen Rezidivrate, jedoch keine Verlängerung der Zeitspanne bis zum Verlust der Selbstständigkeit oder des Gesamtüberlebens erreicht werden [2]. Deshalb besteht inzwischen Konsens, dass in dieser Situation die Ganzhirnbestrahlung zurückgestellt werden kann.

Auch bei sehr chemosensiblen Tumoren (Lymphome, Germinome) wird die Strahlentherapie im Allgemeinen zurückgestellt. Möglicherweise steht eine ähnliche Entwicklung bei der zunehmenden Zahl molekular definierter Tumorsubtypen mit Onkogenabhängigkeit und verfügbaren effektiven molekularen Therapien bevor.

Chemo- und molekulare Therapie

Bei der Auswahl der medikamentösen Therapie sind die Histologie des Primarius sowie die daraus resultierende Chemosensibilität von essenzieller Bedeutung. Bei nicht chemosensiblen Tumoren (Mehrzahl der zerebral metastasierenden Tumoren – Ausnahme SCLC,

Keimzelltumore und malignes Lymphom) spielt die Chemotherapie erst in der Rezidivbehandlung eine Rolle. Prinzipiell werden die gleichen Therapieprotokolle wie bei anderen Organmetastasen des gleichen Primarius verwendet. Die medikamentöse Therapie kann hierbei allein oder in Kombination mit einer Strahlentherapie eingesetzt werden, dies ist jedoch im Allgemeinen nur bei extrakranieller Aktivität der Erkrankung empfehlenswert. Die Wirksamkeit einer systemischen medikamentösen Therapie auf Hirnmetastasen kann bei guter Liquorgängigkeit durchaus vergleichbar der Wirkung auf extrakranielle Metastasen des gleichen Ursprungstumors sein. Insbesondere beim Mammakarzinom wird auch in der Praxis häufiger ein gutes Ansprechen beobachtet.

Molekulare Therapie

In den letzten Jahren konnten bemerkenswerte Fortschritte bei der molekularen Diagnostik und Therapie maligner Tumoren erzielt werden. Im Folgenden soll nur exemplarisch auf die drei bezüglich des Auftretens von Hirnmetastasen wichtigsten Entitäten NSCLC, malignes Melanom und Mammakarzinom eingegangen werden. Bei diesen konnten in der systemischen Therapie bereits molekulare Therapien etabliert werden (**Tabelle 2**). Im Fokus stehen dabei Inhibitoren deregulierter Signalwege. Der Therapieansatz beruht auf dem Konzept der „Onkogen-Abhängigkeit“. Eine „Driver“-Mutation im Onkogen ist dabei notwendig für Überleben und/oder neoplastischen Phänotyp der Tumorzelle. Typischerweise sind diese Tumoren hypersensibel gegenüber Inhibitoren dieser mutierten Onkogene, es kommt jedoch aufgrund des hohen Selektionsdrucks regelmäßig zur Resistenzentwicklung.

Nicht kleinzelliges Bronchialkarzinom

Bei 10–20% der Patienten mit NSCLC kann eine Mutation in der Tyrosinkinasedomäne des epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors (EGFR) nachgewiesen werden. Clarke et al. konnten zeigen, dass diese EGFR-Mutationen bei Patienten mit zerebral metastasierten NSCLC überproportional häufig vorliegen [3]. Primarius und zerebrale Metastasen sind dabei meist hypersensibel auf die

Tabelle 2

Hirnmetastasen: Relevante Onkogene als Ziel molekularer Therapien (Auswahl)

Tumorentität	Onkogen	Driver-Mutation	Wirkstoff	Target-Mutation	2 nd Generation Wirkstoff
NSCLC	EGFR (ca. 10–20%)	Mutationen der Kinasedomäne	Gefitinib/Erlotinib	Ja	Afatinib (BIBW2992)
	ALK (ca. 4%)	Fusionsmutation von EML4 mit ALK	Crizotinib	Ja	Nein
Melanome	BRAF (ca. 50%)	Mutationen der Kinasedomäne (V600E-Punktmutation)	Vemurafenib/Dabrafenib	Ja, indirekt	MEK-Inhibitor
Mammakarzinom	HER2/neu (ca. 15–20%)	Überexpression	Herceptin/Lapatinib	Nein	Nein

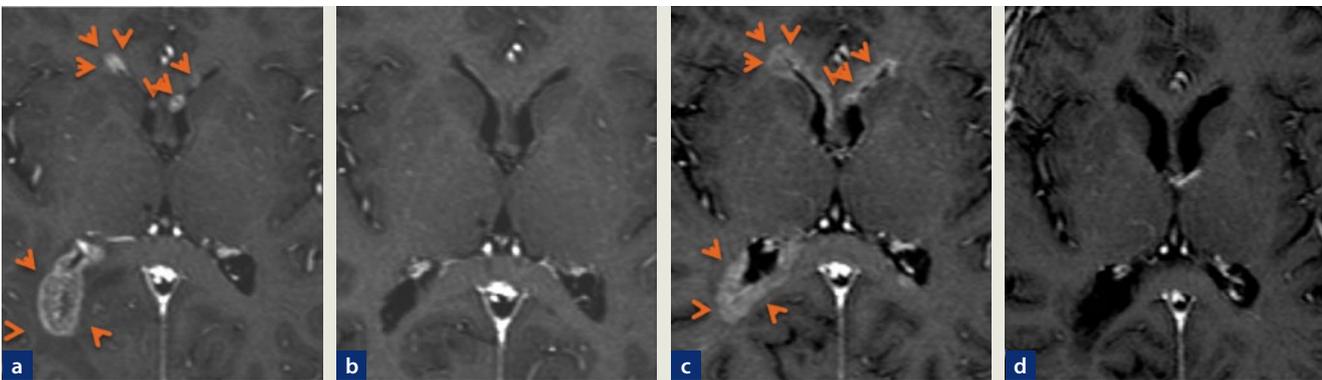


Abbildung 2: Patientin mit nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom und EGFR-Mutation (Deletionsmutation in Exon 19 des EGF-Rezeptors mit 15bp-Deletion und Verlust Glu 746-Ala750) sowie Ausbildung einer Meningeosis carcinomatosa. a: Vor Therapie. b: Die Therapie erfolgte initial mit einer systemischen Therapie mit Gefitinib (500 mg/d) und bei Tumorprozess (c) mit einer Kombination aus Erlotinib (150 mg/d) und einer Ganzhirnbestrahlung. d: Vollständige Response (CR) nach acht Wochen.

© F. Zanella, Institut für Neuroradiologie, Uni-Klinikum Frankfurt

EGFR-Inhibitoren Gefitinib und Erlotinib. Kommt es wie oben beschrieben im Verlauf der Behandlung zu einer Resistenzentwicklung („Escape-Mechanismus“) im Sinne einer Target-Mutation der Tumorzelle, kann die Therapie mit irreversiblen Inhibitoren der zweiten Generation wie Afatinib erfolgreich sein (**Abbildung 2**).

Bei 4 % der Patienten mit einem NSCLC lässt sich die Aktivierung des Onkogens anaplastic lymphoma kinase (ALK) nachweisen. Mit Crizotinib, einem Inhibitor der Tyrosinkinase ALK, HGFR, c-Met und RON, ist eine wirksame Therapie seit November 2012 in Deutschland verfügbar. Die Daten für Hirnmetastasen sind jedoch noch unzureichend.

Malignes Melanom

Bei einem großen Teil (ca. 50%) der Patienten mit einem malignen Melanom

liegt eine Mutation der BRAF-Tyrosinkinasedomäne vor. In 85 % der nachgewiesenen Mutationen lässt sich als Ursache eine BRAF V600E-Punktmutation darstellen. Für Patienten mit BRAF V600E-positiven Melanomen steht mit dem BRAF-Inhibitor Vemurafenib eine innovative neue Therapie zur Verfügung. Vemurafenib führt bei diesen Patienten zu einer deutlichen Verlängerung des Gesamtüberlebens. In Einzelfallberichten wurde auch eine Wirksamkeit auf die ZNS-Manifestationen beschrieben. Falchook et al. konnten aktuell in einer Phase-I-Studie einen eindrucklichen positiven Effekt des verwandten BRAF-Inhibitors Dabrafenib auf die zerebrale Metastasierung von Patienten mit BRAF-mutantem malignem Melanom zeigen [4]. Auch mit dem immunstimulierenden CTLA-4-Antikörper Ipilimumab konnten mehrere Arbeitsgrup-

pen eine deutliche Überlebensverlängerung zeigen. Margolin gelang dabei auch der Nachweis einer Stabilisierungsrate zerebraler Metastasen bei 5–18 % der Patienten [5].

Mammakarzinom

15–20 % der Mammakarzinom-Fälle zeigen eine Überexpression oder Amplifikation des HER2/neu-Rezeptors. Hierbei besteht bei der Konstellation aus HER2/neu-positivem Karzinom mit gleichzeitig negativem Östrogen/Progesteronrezeptorstatus ein besonders hohes Risiko einer zerebralen Metastasierung. Die Einführung des HER2/Neu-Antikörpers Trastuzumab (Herceptin) hat zu einer bedeutenden Verbesserung der Therapie für diese Patientinnen geführt. Wegen der mangelnden ZNS-Penetration des Antikörpers ist jedoch die Kontrolle von Hirnmetastasen unbefriedigend.

Eine Verbesserung der Wirksamkeit im ZNS ließ sich durch den ZNS-permeablen Her2/neu-Inhibitor Lapatinib erreichen. Insbesondere in Kombination mit Capecitabine wurden ermutigende Response-Raten beobachtet (6–19%).

Besonderheiten einer Meningeosis carcinomatosa

Kommt es zum Auftreten einer Meningeosis carcinomatosa ist die Situation bis auf einzelne Ausnahmen (Lymphome, Germinome) palliativ. Mit rein supportiver Therapie beträgt das mediane Überleben nur ein bis zwei Monate. Therapieziel ist nicht nur die Lebenszeitverlängerung, sondern auch die Behandlung und Prävention neurologischer Symptome und Ausfälle sowie der häufig ausgeprägten Schmerzen durch meningealen Reiz und Irritation von Hirn- wie Spinalnerven. Dies muss gegen die vielfach erhebliche therapieinduzierte Toxizität abgewogen werden.

Therapie

Die effektivste Maßnahme ist die Helmfeldbestrahlung. Auch die fokale Bestrahlung einzelner spinaler Läsionen, etwa der Konus/Cauda-Region ist palliativ gut wirksam. Die Bestrahlung der gesamten Neuroachse wird in der Regel nur bei einer leptomenigealen Aussaat hirneigener Tumoren (Medulloblastom, Ependymom) durchgeführt. Liegt eine Liquorzirkulationsstörung vor, kann durch die Radiotherapie in 50% der Fälle der Liquorabfluß wieder hergestellt werden. Als Therapiemodalität kommt im Gegensatz zu einer parenchymatösen Metastasierung eine chirurgische Intervention in der Regel lediglich zur Anlage eines intraventrikulären Shuntsystems oder eines Ommaya-Reservoirs infrage.

Als medikamentöse Optionen sind neben der systemischen Applikation die intrathekale Gabe über ein Ommaya-Reservoir zu nennen, die lumbale Verabreichung ist nur bei Lymphomen und Leukämien etabliert. Das beim einzelnen Patienten vorherrschende Ausbreitungsmuster der Metastasierung entscheidet über die Verabreichungsform. Da bei einer soliden leptomenigealen Aussaat mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Liquorzirkulationsstörung vorliegt und das intrathekale Chemotherapeuti-

kum nur wenige Zellschichten penetriert, wird die systemische Applikation in diesem Fall empfohlen. Hierbei kommt der gleiche Behandlungspfad wie bei extrazerebralen Metastasen des gleichen Primarius zum Tragen, jedoch mit Beachtung der Liquorgängigkeit des verwendeten Präparates.

Auch bei der Meningeosis carcinomatosa ergeben sich erste Hinweise auf die Wirksamkeit molekularer Therapien. So kann ein pulsatile Erlotinib-Schema bei Patienten mit NSCLC und EGFR-Mutationen zytotoxische Liquorspiegel erreichen. Zum Teil werden innovative Therapien auch intrathekal eingesetzt, etwa Herceptin bei Meningeosis durch ein HER2/neu-positives Mammakarzinom.

Liegt ein nonadhärenter Metastisierungstypus vor, sollte eine intrathekale Applikation erwogen werden. In Deutschland sind folgende Medikamente für diese Therapie zugelassen: Methotrexat (MTX), Thiotriethylenephosphoramid (Thiotepa) und liposomales Ara-C (DepoCyte®), letzteres nur für die Meningeosis lymphomatosa.

Die Gabe von MTX und Thiotepa sollte wegen der nachweislichen längeren Remission über ein intraventrikuläres Reservoir erfolgen, während die Applikation der liposomalen Depotform von Ara-C über eine lumbale Gabe alle 14 Tage möglich ist. Zur Vermeidung von Nebenwirkungen empfiehlt sich bei Gabe von MTX eine Begleitbehandlung mit Folsäure (Leukovorin rescue) und bei liposomalem Ara-C, zur Vermeidung einer chemischen Arachnoiditis, eine drei- bis fünftägige Dexamethasontherapie.

Als Behandlungsziel der primären intrathekalen Gabe gilt eine Liquorsanierung innerhalb von 14 Tagen. Da sich der Nachweis von atypischen Zellen teilweise als schwierig erweist, kann der Erfolg der Therapie auch am klinischen Verlauf und damit am Rückgang der neurologischen Symptomatik festgemacht werden. Eine Erhaltungstherapie sollte in Anbetracht der Kumulativtoxizität nicht erfolgen. Als Abbruch- oder Umstellungskriterium gelten in erster Linie der Liquorbefund (Zellzahl, Laktat und Eiweiß) sowie die klinischen Symptomatik bezüglich der Meningeosis. Im Rezidivfall (Liquordiagnostik und/oder

klinische Symptomatik) empfiehlt es sich, auf das Zytostatikum zurückzugreifen, mit welchem im Vorfeld eine Liquorsanierung erreicht werden konnte.

Für spezifischere Informationen bitten wir um die Beachtung der aktuellen Leitlinie „Metastasen und Meningeosis neoplastica“ 2011 und der dort abgebildeten Behandlungspfade [6].

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend kann die Frage „Hirnmastasen – alles zu spät?“ mit einem klaren „Nein“ beantwortet werden. Zwar handelt es sich bei Nachweis einer zerebralen Metastasierung bis auf wenige Ausnahmen, wie das Lymphom oder den Keimzelltumor, um eine nach wie vor palliative Behandlungssituation; mit einem multimodalen und interdisziplinären Therapiekonzept lässt sich jedoch häufig eine auch längerfristig gute Tumorkontrolle im ZNS erreichen und damit eine gute Lebensqualität bewahren.

Durch Weiterentwicklung zielgerichteter Therapien werden wir den Patienten in der Zukunft sicherlich effektivere individualisierte molekulare Therapiekonzepte anbieten können. Die molekulare Diagnostik sollte schon heute bei Entitäten mit verfügbaren prädiktiven Markern genutzt werden.

Erklärungen und Danksagung

Das Dr. Senckenbergische Institute für Neuroonkologie wird von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung und der Dr. Senckenbergischen Stiftung unterstützt. Professor Steinbach ist Inhaber der „Hertie Professur für Neuroonkologie“.

Wir danken den Partnern im Schwerpunkt Neuroonkologie und dermatologischen Onkologie des Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) für die Überlassung von Daten und Bildmaterial der Kasuistiken. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Julia Tichy

Prof. Dr. med. Joachim P. Steinbach

Dr. Senckenbergisches Institut für Neuroonkologie

Zentrum der Neurologie und Neurochirurgie
Klinikum der Goethe Universität

Schleusenweg 2–16, 60528 Frankfurt

E-Mail: julia.tichy@kgu.de

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Chang EL, Wefel JS, Hess KR, et al. Neurocognition in patients with brain metastases treated with radiosurgery or radiosurgery plus whole-brain irradiation: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2009;10:1037-1044
2. Kocher M, Soffiotti R, Abacioglu U et al., for the EORTC Radiation Oncology and Brain Tumor Groups. Adjuvant whole brain radiotherapy versus observation after radiosurgery or surgical resection of 1-3 cerebral metastases. results of the EORTC 22952-26001 study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 134–141
3. Clarke JL, Pao W, Wu N, Miller VA, Lassman AB. High dose weekly erlotinib achieves therapeutic concentrations in CSF and is effective in leptomeningeal metastases from epidermal growth factor receptor mutant lung cancer. *J Neurooncol* 2010; 99: 283-6
4. Falchook GS, Lewis KD, Infante JR, Gordon MS, Vogelzang NJ, DeMarini DJ, Sun P, Moy C, Szabo SA, Roadcap LT, Peddareddigari VG, Lebowitz PF, Le NT, Burris HA 3rd, Messersmith WA, O'Dwyer PJ, Kim KB, Flaherty K, Bendell JC, Gonzalez R, Kurzrock R, Fecher LA. Activity of the oral MEK inhibitor trametinib in patients with advanced melanoma: a phase 1 dose-escalation trial. *Lancet Oncol* 2012; 13: 782-9
5. Margolin K. Ipilimumab in a Phase II trial of melanoma patients with brain metastases. *Oncoimmunology* 2012;1: 1197-1199
6. Leitlinie Hirnmetastasen und Meningeosis neoplastica: S2-Leitlinie Hirnmetastasen und Meningeosis neoplastica der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). In: AWMF online (Stand 2012)

Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz

Was ist wichtig in der Neuro-Urologie?

Die Neuro-Urologie ist ein junges Fach, welches sich vor allem mit der Diagnostik und Therapie jedweder Blasen- und Beckenbodenfunktionsstörung, insbesondere neurologischer Genese, beschäftigt. Das Spektrum der Erkrankungen reicht hierbei von traumatischen Verletzungen der Neuroachse wie Querschnittverletzungen, über infektiöse und degenerative Systemerkrankungen wie Morbus Parkinson, Multiple Sklerose bis hin zu Diabetes mellitus als Erkrankung des peripheren Nervensystems.

ARNDT VAN OPHOVEN, HERNE

Die Anfänge der modernen Neuro-Urologie gehen auf die Arbeit von Sir Ludwig Guttmann (1899 bis 1980) zurück. Der deutsche Neurochirurg entwickelte während der 1950er-Jahre in Großbritannien moderne Methoden zur Komplex-Behandlung Querschnittgelähmter, welche bis heute Gültigkeit haben. In Deutschland hat die interdisziplinär ausgerichtete Neuro-Urologie in den letzten Jahren deutlich an Beachtung gewonnen, Lehrstühle und Schwerpunkteinrichtungen gibt es bis-

lang aber nur singular beziehungsweise vereinzelt.

Die Bedeutung der Neurologie und des Neuro-Urologen im Besonderen für die Kontrolle der Blasen- und Beckenbodenfunktion wird auch dem Laien verständlich, wenn man ihm vermittelt, dass Kinder zwar bereits im ersten Lebensjahr das selbstständige Laufen erlernen, es ihnen aber nicht gelingt, im Alltag den Urin zu halten. Hierin spiegelt sich die hohe neurologische Reife wider, der es bedarf, eine geregelte Blasen- und

Beckenbodenaktivität zu erlangen. Vor diesem Hintergrund fasst der folgende Beitrag für Neurolog(inn)en Informationen zu den wesentlichen Formen der Harninkontinenz sowie deren Diagnostik und Therapie zusammen.

Harninkontinenz

Die Definition der Harninkontinenz ist ebenso einfach wie klar: Jeder unfreiwillige Harnverlust bedeutet Harninkontinenz. Harninkontinenz ist somit keine Erkrankung per se, sondern ein Symp-



Für den neurologischen Alltag ist vor allem die Harndranginkontinenz bedeutsam, da sie oft neurologische Ursachen hat.

tom, welchem unterschiedliche Ätiologien zugrunde liegen können. Folgende Formen der Harninkontinenz werden unterschieden:

- Belastungsinkontinenz
- Dranginkontinenz
- Harnmischinkontinenz
- Inkontinenz bei chronischer Retention (Überlaufblase)
- Extraurethrale Inkontinenz

Die beiden häufigsten Formen sind zugleich die für den Neurologen bedeutsamsten, sodass sich dieser Beitrag im Folgenden auf diese beschränkt, nämlich die Belastungsharninkontinenz und Drangharninkontinenz.

Belastungsinkontinenz

Als Belastungsinkontinenz ist ein Urinverlust während körperlicher Belastung ohne jegliche Harndrangkomponente definiert. Die Ursache ist schlussendlich ein insuffizienter urethraler Verschlussmechanismus. Bei körperlicher Anstrengung wie etwa durch Husten, Niesen und Lachen sowie Heben schwerer Gegenstände oder beim plötzlichem Stolpern kommt es zu einer Druckzunahme im Abdomen, die auf die Blase übertragen wird. Übersteigt im Folgenden der intravesikale Druck den Harnblasenverschlussdruck, der durch muskuläre Strukturen des Beckenbodens und der periurethralen Muskulatur erzielt wird, resultiert eine Belastungsinkontinenz. Klassische Ursachen für einen insuffizienten Blasenverschlussdruck infolge einer Beckenbodeninsuffizienz sind Übergewicht oder Östrogenmangel im Alter, letzterer resultiert in Atrophie unter anderem des urethralen Urothels mit Rückgang des urethralen Verschlussdruckes. Eine weitere klassische Ätiologie ist die vaginale Entbindung mit entsprechenden mechanischen und gegebenenfalls traumatischen Belastungen der Beckenbodenstrukturen. Klassischerweise berichten junge Frauen nach einer Entbindung und insuffizienten oder fehlendem Beckenbodentraining über tropfenweise Urinverlust, etwa beim Trampolinspringen.

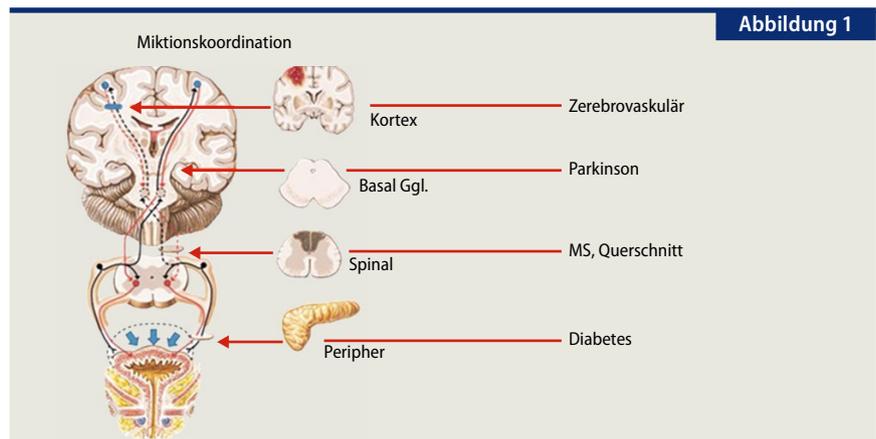
Harndranginkontinenz

Hiervon abzugrenzen ist die Harndranginkontinenz, der ungewollte Urinverlust, dem ein imperativer Harndrang voraus-

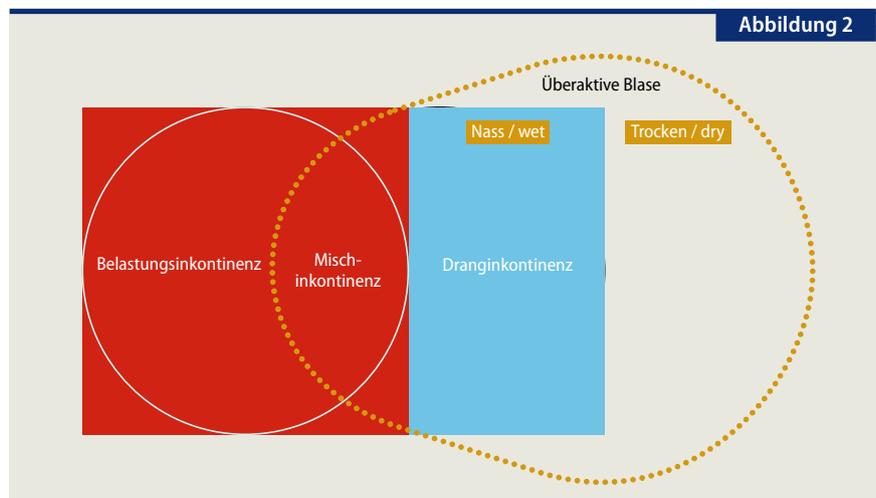
geht oder der hiervon begleitet ist. Zugrunde liegende Ätiologie ist eine überschießende Aktivität des Blasenentleerungsmuskels, des Detrusor vesicae. Die „Hyperreflexie des Detrusors“ ist in vielen Fällen ursächlich unbekannt (idiopathische Dranginkontinenz) oder hat klar definierte neurologische Ursachen (z. B. Multiple Sklerose oder Querschnittlähmung). Die Harndranginkontinenz ist ein wesentliches Symptom der „überaktiven Harnblase“ (Over Active Bladder, OAB). Dieses Krankheitsbild ist eben von diesem imperativen Harndrang gekennzeichnet, der jedoch nicht zwangsläufig mit Harndranginkontinenz assoziiert ist und von Pollakisurie sowie Nykturie begleitet wird. Hierbei versteht

man unter Pollakisurie mindestens acht Toilettengänge pro 24 Stunden, mindestens zwei Toilettengänge pro Schlafphase definieren die Nykturie. Bei mindestens 10% der Patienten mit dem Krankheitsbild der OAB liegt eine identifizierbare neurogene Ursache vor, sodass vorsichtige Schätzungen von mindestens 1,3 Millionen Patienten mit neurogener überaktiver Blase in Europa ausgehen. Die Prävalenz der Harninkontinenz wird in Deutschland im Mittel über alle Altersstufen ab 18 Jahren mit 12,6% errechnet.

Abbildung 1 verdeutlicht, welche klassischen neurologischen Erkrankungsbilder des zentralen und peripheren Nervensystems auf verschiedenen Ebenen



Neurologische Erkrankungsbilder des zentralen und peripheren Nervensystems die zu einer neurogenen, überaktiven Harnblase führen können



Definitionen der Inkontinenz

der Miktionskoordination zu oft fulminanten Störungen und schlussendlich Entwicklung einer neurogenen, überaktiven Harnblase führen können. **Abbildung 2** fasst die verschiedenen zuvor aufgeführten Erkrankungsbilder zusammen.

Diagnostik

Um dem Patienten die korrekte Therapie anzubieten, muss im Vorfeld eine präzise Unterscheidung zwischen den Harninkontinenzformen erfolgen. Hierbei können initial recht einfache anamnnestische Fragen sehr hilfreich und zielführend sein. Beantwortet der Patient die Frage nach Urinverlust unter oder während körperlicher Belastung wie Husten, Niesen oder Lachen positiv, so weist er eine Belastungsharninkontinenz auf. Diese kann folgendermaßen unterteilt werden:

- Grad I (Husten, Niesen, Lachen)
- Grad II (Lageveränderung wie Gehen oder Aufstehen)
- Grad III (bereits unwillkürlich oft unbemerkter schwallartiger Verlust im Liegen)

Verneint der Patient diese Frage, bejaht jedoch einen drangassoziierten Urinverlust, liegt eine Dranginkontinenz vor. Hier kann etwa eine Unterscheidung der Intensität je nach der Menge des verlorenen Urins erfolgen (tropfenweise, Spritzer oder schwallartiger Verlust des Urins). Auch die Menge der benutzten Vorlagen zum Schutz gibt einen Hinweis auf den Schweregrad des Erkrankungsbildes (wenige Vorlagen bis hin zur Windelversorgung). An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass das Ausmaß des Urinverlustes nicht den individuellen Leidensdruck und die Einschränkung der Lebensqualität widerspiegeln muss. Ist ein Patient bereits infolge des tropfenweisen Urinverlustes während sportlicher Aktivitäten unglücklich, ist ein anderer relativ gleichgültig gegenüber der Notwendigkeit mehrerer Windelpräparate pro Tag zum Schutz anwenden zu müssen.

Um das Krankheitsbild der überaktiven Blase weiter aufzuschlüsseln, haben sich Miktionsprotokolle bewährt. Hier wird der Patient gebeten über zwei bis drei Tage, tags als auch nachts, die Uhrzeit sowie das jeweilige Urinvolumen der Miktion zu protokollieren. Der Patient übernimmt wesentliche diagnostische Schritte, erlaubt Einblick in seinen individuellen Blasenalltag und gestattet die elegante Erfolgskontrolle therapeutischer Ansätze im weiteren Verlauf. Weiterführende neuro-urologische und uro-gynäkologische Untersuchungen können dann diffizilere Fragestellungen abklären. Eine vaginale Einstellung bei voller Blase, Provokationstest wie zum Beispiel Husten, kann ebenso wie das gleiche Manöver im Stehen die Belastungsharninkontinenz nachweisen. Urinalysen und gegebenenfalls Blasenspiegelung komplettieren die klassische Ausschlussdiagnostik.

Die Aufschlüsselung komplexer Blasenfunktionsstörungen mit Harninkontinenz, vor allem neurogener Ursache, erfolgt im weiteren dann in neuro-urologischen Zentren mittels der Blasendruckmessung (Urodynamik). Hierbei

wird zu verschiedenen Zeitpunkten der Blasenfüllung über intravesikal als auch transrektal eingelegte Füll- und Messkatheter das fehlerhafte Zusammenspiel zwischen Nerven und Muskelgruppen aufgeschlüsselt und kann somit pathologische intravesikale Drücke infolge Detrusorhyperreflexie als auch eine fehlerhafte Koordination zwischen Blasenentleerungsmuskel und Beckenbodenapparat (Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie) erkennen helfen.

Therapie

Da der Neurologe im Arbeitsalltag die Belastungsharninkontinenz deutlich seltener zu Gesicht bekommen wird, sind die Therapieoptionen hierzu in **Tabelle 1** zusammengefasst. Für den neurologischen Alltag wesentlich bedeutsamer ist die Harndranginkontinenz, da diese oftmals neurologische Ursachen hat. Hierbei bestehen folgende Therapieziele:

1. Suffiziente Detrusordruckdämpfung
 2. Schutz des oberen Harntraktes
 3. Erzielen oder Sichern einer Harnkontinenz
 4. Reduktion und Vermeidung chronisch rezidivierender Harnweginfekte
- Zwischen den Miktionen liegt die „Speicherphase“ der Blase. Für diese ist bedeutsam, dass die intravesikalen Drücke hierunter einen Wert von 40 cm Wassersäule nicht übersteigen. Dieser entspricht physikalischen Drucksäulen zwischen dem Nierenbecken, in welchem der Primärharn anflutet und dem eigentlichen Speicherorgan Blase. Intravesikale Speicherdrücke, welche dauerhaft oberhalb von 40 cm Wassersäule liegen, führen zu einer schmerzlosen und somit unbemerkten Belastung der renalen Funktion und können über Jahre und Jahrzehnte zu einer irreparablen Schädigung der Nieren mit Nierenfunktionsverlust führen. Vor diesem Hintergrund fand sich vor Zeiten der modernen Neuro-Urologie oftmals neben der Querschnitt- die Dialyseabteilung, da die hochspastischen Harnblasen der Tetra- und Paraplegiker infolge der Hochdrucksituation zu einer Niereninsuffizienz führten. Wird eine suffiziente Detrusordruckdämpfung erzielt, ist der Schutz des oberen Harntraktes gewährleistet. Oftmals resultiert schon durch Stabilisierung des Detrusors die ge-

Tabelle 1
<p>Therapieoptionen Belastungsharninkontinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Gewichtsreduktion — Beckenbodentraining — Biofeedback-/Elektrostimulationsverfahren — Pessar-Therapie — Pharmakotherapie mit Duloxetin — Spannungsfreie suburethrale Schlingen (z. B. TOT-Bändchen) — Offen operative Eingriffe einschließlich künstlicher Schließmuskel — Stammzelltherapie

Tabelle 2
<p>Therapieoptionen Harndranginkontinenz</p> <ul style="list-style-type: none"> — Verhaltenstherapie — Blasentraining — Externe Elektrostimulation/Biofeedback — Pharmakotherapie mit Anticholinergika — Topische Blaseninstillationstherapie — Botulinumtoxin-A-Injektion — Sakrale Neuromodulation (Blasenschrittmacher) — Offen operative Eingriffe (Blasen[teil]entfernung, Ersatzblasen-Anlage)

wünschte Harnkontinenz. Ein weiterer wünschenswerter Effekt ist die Reduktion chronisch rezidivierender Harnwegsinfekte. Aus noch nicht sicher geklärten Gründen bieten detrusorinstabile Harnblasen intravesikalen Bakterien eine deutlich bessere Angriffsfläche für rezidivierende Infekte. **Tabelle 2** fasst die Therapieoptionen zur Detrusordruckdämpfung und Behandlung der Harndranginkontinenz zusammen.

Offen chirurgische Maßnahmen, wie Blasen(teil)entfernung und Anlage von Ersatzblasen oder Harnumleitungsverfahren (Ileum-Conduit) haben heutzutage in der modernen Neuro-Urologie erfreulicherweise deutlich an Bedeutung verloren. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die oftmals gewünschte komplette Ruhigstellung der Blase mit einer therapeutisch angestrebten Detrusorhypo- bis -atonie und folgender Restharnbildung einen therapeutischen Eckpfeiler des neuro-urologischen Konzept darstellt. Die hieraus resultierende Pflicht zum intermittierenden Selbst- oder Fremdkatheterismus wird dabei häufig nicht nur riskiert, sondern von vornherein in das Therapieregime mit integriert. Die transurethrale Katheterableitung oder die Anlage eines Bauchdeckenkatheters stellen lediglich Alternativen zum intermittierenden Selbst- oder Fremdkatheterismus dar, falls das soziale Umfeld oder schwergradige Spastiken bei hochgelähmten Tetraplegikern die Etablierung diesen nicht zulassen.

Anticholinergika

Im klinischen Alltag besitzt die Pharmakotherapie mit Anticholinergika zur Detrusordämpfung große Bedeutung. Das Anticholinergikum hemmt kompetitiv das Ankoppeln des Neurotransmitters Acetylcholin an den entsprechenden Acetylcholin- oder Muskarinrezeptoren der Harnblase. Der Detrusor erhält deutlich weniger nervale Signale vom Nervus pelvici (Parasympathikus), die Hyperexzitabilität wird kupiert, die Hyperreflexie sistiert und die intravesikalen Drücke fallen. Da dieses therapeutische Konzept genauso wenig singular auf die Blase wirkt, wie die Blase nicht alleinig mit Acetylcholinrezeptoren versorgt ist, kommt es vor allem unter den alten, hochwirksamen Präparaten zu

Nebenwirkungen. Diese liegen in einer unerwünschten Lähmung auch der Darmmuskulatur mit resultierender Obstipation. Mundtrockenheit, Schwindel oder Sturzgefahr sind ebenso typische Nebenwirkungen wie Akkomodationsstörungen infolge einer Trägheit der Augenmuskulatur. In jüngerer Zeit haben daher (vermeindlich) blasenselektivere „M3-selektive“ Anticholinergika an Bedeutung gewonnen. Diese können oftmals bei deutlich reduziertem Nebenwirkungsprofil ebenfalls zu einer suffizienten Blasendämpfung führen, dies jedoch eher bei idiopathischen Formen, für die sie die Zulassung haben. Schwergradig neurogen gestörte Blasen mit entsprechender Hyperreflexivität profitieren oftmals von diesem therapeutischen Konzept nicht ausreichend.

Botulinumtoxin

In Fällen, in denen die anticholinerge Therapie insuffizient ist und/oder mit inakzeptablen Nebenwirkungen assoziiert ist, ist eine Eskalation der Behandlung durch Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae möglich. Für Patienten mit Multiple Sklerose und Querschnitt besteht eine Zulassung dieses Therapiekonzeptes seit September 2011, für die idiopathische OAB seit Januar 2013. Botulinumtoxin-A ist ein Eiweißmolekül, das von dem anaeroben Bacterium clostridium botulinum produziert wird. Bei dem Neurotoxin handelt es sich um ein hochpotentes Muskelrelaxanz, das die Ausschüttung des Nervbotenstoffes Acetylcholin in den synaptischen Spalt durch Zerstörung von Fusionsmolekülen im Bereich der präsynaptischen Membran verhindert. Die Potenz des Präparates spiegelt sich in dem Umstand wider, dass die Jahresweltproduktion des Neurotoxins auf einem Esslöffel Platz findet. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, das Präparat in extrem starker Verdünnung hochsicher anzuwenden; eine Ampulle 100E Botulinumtoxin-A (Onabotulinumtoxin A) entspricht für einen 75 kg schweren Mann nur 0,008 % der letalen Dosis (1,0 µg/kg Körpergewicht).

Auf dem deutschen Markt sind insgesamt drei Botulinumtoxin-A-Präparate und ein Botulinumtoxin-B-Präparat erhältlich, jedoch nur Onabotulinumto-

xin A hat die Zulassung zur Injektion in den Detrusor vesicae bei anticholinergikarefraktärer, idiopathischer oder neurogener Blasenfunktionsstörung (letzte bei Multiple Sklerose und Querschnittpatienten). Im Gegensatz zur Anwendung an quergestreifter Muskulatur, wie etwa in der ästhetischen Dermatologie oder in der Spastiktherapie der Neurologie, beträgt die mittlere Wirkdauer des Neurotoxins in der glattmuskulären Blase neun Monate. Vor allem die patientenstarken, placebokontrollierten doppelblinden Zulassungsstudien konnten statistisch signifikant die Wirksamkeit des Neurotoxins belegen. Infolge der Lähmung des Detrusor vesicae kommt es zur Reduktion der Dranginkontinenzhäufigkeit, zum Abfall des intravesikalen Speicherdruckes, zur Zunahme der Blasen volumina und schließlich der Lebensqualität. Die, wie oben aufgeführt, oftmals durchaus riskierte Restharnbildung infolge einer fulminanten Detrusoratonie/-dekompensation ist hierbei dosisabhängig. Wie zuvor aufgeführt bedarf es hiernach des (ggf. passageren) intermittierenden Selbst- oder Fremdkatheterismus der Patienten.

Fazit für die Praxis

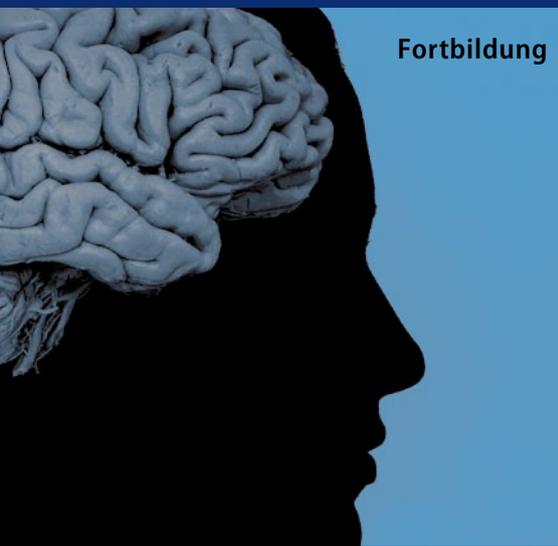
- Harninkontinenz hat eine hohe Prävalenz und ist auch für den Neurologen eine klinisch relevante Diagnose.
- Inkontinenzdiagnostik ist initial simpel, später eventuell diffizil und bedarf der Kooperation mit dem Neuro-Urologen.
- Eckpfeiler der neuro-urologischen Therapie sind
 - Anticholinergika,
 - Botulinum Toxin A,
 - Intermittierender Katheterismus. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Arndt van Ophoven

Leitender Arzt
Schwerpunkt für Neuro-Urologie
Marienhospital Herne
Ruhr-Universität Bochum
Widumerstr. 8, 44627 Herne
E-Mail: arndt.vanophoven@marienhospital-herne.de



Psychiatrische Kasuistik

Depression: Multimorbider Patient mit Komplikationen

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 6/2013

P: Depression: Alternative bei Therapieresistenz

NT 7–8/2013

N: Kopfschmerzen bei Epilepsie und Hemispastik

NT 9/2013

P: Clozapin-induzierte Kardiomyopathie

NT 10/2013

N: Rasches Rezidiv eines Schädelbasistumors

NT 11/2013

P: Schnell wirksame Antidepressiva

NT 12/2013

N: Zunehmende Gangstörung mit Monospastik

NT 1/2014

P: Depression: Multimorbider Patient mit Komplikationen

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

Ein 72-jähriger, multimorbider Patient wurde im Juni 2013 als Verlegung aus einer externen Klinik zur Indikationsprüfung und gegebenenfalls Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bei therapieresistenter depressiver Symptomatik bei uns aufgenommen. Er habe sich zum Zeitpunkt der Verlegung bereits seit sechs Monaten in stationärer Therapie befunden (**Diagnosen s. S. 49**).

Anamnese

Der Patient gab im Aufnahmegespräch nur wenige, einsilbige Antworten mit langen Antwortlatenzen, die Anamneseerhebung erfolgte weitgehend als Fremdanamnese über die Ehefrau.

Bereits im Januar 2011 habe er eine erneute depressive Episode bei vorbekannter rezidivierender depressiver Störung erlebt, nachdem er zuvor über Jahre euthym gewesen sei. Der Beginn sei „wie aus dem Nichts gekommen“. Er sei antriebslos, lustlos, empfinde keine Freude mehr, die Stimmung sei niedergedrückt und er grübele viel. Seit Beginn der Symptomatik habe es trotz mehrfacher stationärer Therapieversuche keine dauerhafte Besserung der Symptomatik gegeben. Im Januar 2013 sei eine EKT-Behandlung in einer anderen Klinik begonnen worden, wobei es jedoch bereits nach der ersten Anwendung zu einem Sturzereignis mit einer Lendenwirbelfraktur und einem Delir gekommen sei, weshalb die Behandlung habe unterbrochen werden müssen. Bei der daraufhin veranlassten bildgebenden Diagnostik war außerdem der Zufallsbefund einer rechtsseitigen kongrementbedingten Hydronephrose gemacht worden. Ferner bestand ein Harnwegsinfekt mit *Proteus mirabilis*, der antibiotisch

behandelt wurde. Kurz darauf wurde im Rahmen einer Koloskopie, die nach wiederholtem perianalem Blutabgang durchgeführt worden sei, ein Kolonkarzinom festgestellt und im Februar 2013 kurativ reseziert. Nach der Resektion des Kolonkarzinoms sei eine Chemotherapie zwar medizinisch indiziert, aufgrund eines protrahierten Delirs und der persistierenden wahnhaft depressiven Symptomatik zum damaligen Zeitpunkt aber nicht durchführbar gewesen. Ferner wurde die Empfehlung zur Nephrektomie vor Durchführung einer Chemotherapie gegeben, die aus denselben Gründen zum damaligen Zeitpunkt nicht durchführbar war.

Es erfolgte dementsprechend zunächst eine Rückverlegung aus der Chirurgie in eine stationäre gerontopsychiatrische Therapie. Etwa zwei Wochen vor Verlegung in unsere Klinik sei es schließlich zu zwei Suizidversuchen gekommen. Der Patient habe die Absicht gehabt, sich vom Dach des Klinikgebäudes zu stürzen.

Psychiatrische Vorgeschichte

1991 sei es zur Erstmanifestation der rezidivierenden depressiven Störung gekommen. Damals sei eine stationäre Therapie von Juni 1991 bis März 1992 mit anschließender ambulanter psychiatrischer Behandlung über zwei Jahre erfolgt. Es sei zur Vollremission der depressiven Symptomatik gekommen. Die damalige Medikation ließ sich nicht mehr eruieren. Es sei zur Erwerbsunfähigkeitsberentung gekommen. Bis 2011 sei es dann zu keiner weiteren Episode gekommen.

Nach erneutem Beginn der depressiven Symptomatik im Januar 2011 seien von Januar bis März 2011, von April bis



Juni 2012 und kurz darauf von Juni bis August 2012 stationäre psychiatrische Aufenthalte notwendig gewesen. Die Entlassungen seien jeweils in Teilremission erfolgt, zuletzt sei er im Dezember 2012 erneut stationär psychiatrisch aufgenommen worden und er habe sich seitdem in stationärer Therapie befunden.

Medikamentös erfolgten Therapien mit Citalopram (Umstellung bei deutlicher Verschlechterung der Symptomatik), einer Kombination von Mirtazapin und Venlafaxin (ohne ausreichende Wirkung trotz ausreichender Dosierung und Therapiedauer) und Clomipramin (Dosierung entsprechend Serumspiegel mit initialer Teilremission, aber erneuter Verschlechterung im weiteren Verlauf). Ferner erfolgte eine Augmentationstherapie mit Lithium, die aufgrund der deliranten Symptomatik abgebrochen wurde, und ein weiterer Augmentationsversuch mit Lamotrigin, worunter es zu einer leichten Besserung des Antriebes gekommen sei.

Außerdem besteht seit Januar 2011 kontinuierlich eine Medikation mit Benzodiazepinen (Oxazepam oder Lorazepam), wobei mehrfach eine Dosisreduktion versucht worden sei, eine Verschlechterung der Symptomatik mit Suizidgedanken aber jeweils eine erneute Dosissteigerung notwendig gemacht habe. Aufgrund immer wieder auftretender wahnhafter Symptomatik (nihilistischer Wahn, Schuldwahn und Verarmungswahn) sei parallel seit Beginn der Symptomatik 2011 durchgehend eine Therapie mit Antipsychotika durchgeführt worden. Über die meiste Zeit bestand die antipsychotische Medikation – wohl aufgrund vergleichsweise bester Wirksamkeit in niedriger Dosierung – aus Haloperidol. Bei Stand- und Gangunsicherheit unter Haloperidol erfolgten aber auch Behandlungsversuche mit Risperidon, Quetiapin, Olanzapin und Sulpirid.

Seit 2011 bestehe zudem klinisch ein langsam progredientes akinetisch-rigides Parkinson-Syndrom mit Gangstörung und Dranginkontinenz. Dieses war zuletzt am ehesten einem idiopathischen Parkinson-Syndrom zugeordnet worden, worauf eine Behandlung mit L-Dopa initialisiert wurde. Unter der Medikation mit L-Dopa kam es jedoch

bis zum Zeitpunkt der Übernahme zu keiner eindeutigen Besserung der Symptomatik.

Bei Übernahme bestand die psychotrope Medikation aus Levodopa/Benserazid (Madopar® Depot; 100/25 mg), Levodopa/Carbidopa/Entacapone (Stalevo®; 4 x 150/37,5/200 mg), Lorazepam (3 x 0,5 mg), Haldoperidol (2 x 0,5 mg), Lamotrigin (50 mg), Mirtazapin (30 mg), Venlafaxin retard (225 mg). Ferner bestand eine internistische Medikation bestehend aus Acetylsalicylsäure, Pantoprazol, Simvastatin, Cyanocobalamin, Nadroparin-Kalzium und Folsäure.

Somatische Vorgeschichte

Neben den im stationären Verlauf diagnostizierten somatischen Erkrankungen sind eine Hypercholesterinämie, eine Hyperurikämie, ein arterieller Hypertonus, ein nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 und eine chronische Niereninsuffizienz bekannt. Bereits 2012 war eine Medikation mit Allopurinol aufgrund des Interaktionspotenzials beendet worden. Bei steigenden Kreatininwerten war zudem eine Medikation mit Metformin beendet worden, ohne dass in der Folge ein Anstieg der Blutzuckerwerte zu verzeichnen gewesen wäre. Bezüglich der Niereninsuffizienz zeigte sich nach Diagnose der Hydronephrose in einer 2013 durchgeführten Nierenszintigrafie eine fast vollständige Funktionslosigkeit der betroffenen rechten Niere.

Familienanamnese

Der Vater des Patienten habe sich 1963, mutmaßlich bei Depression, durch Erhängen suizidiert. Die Mutter sei in „nervenärztlicher Behandlung“ gewesen, eine genaue Diagnose sei jedoch nicht bekannt.

Suchtmittelanamnese

Leer.

Soziobiografische Anamnese

Der Patient habe die Schule bis zur achten Klasse besucht, Ausbildung als KFZ-Mechaniker. Seit Anfang der 1990er-Jahre EU-berentet. Aus erster Ehe gebe es eine Tochter (49 Jahre), es bestehe kein Kontakt. Aus zweiter Ehe (seit 1975) einen Sohn (37 Jahre), es bestehe guter Kontakt, zwei Enkelkinder. Er sei nach

Scheidung der Eltern 1945 bei dem Vater aufgewachsen. Ein Bruder (+ 10) sei vor etwa 20 Jahren an Bauchspeicheldrüsenkrebs verstorben.

Psychopathologischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme

Der Patient ist bei Aufnahme wach und bewusstseinsklar. Es besteht eine unscharfe Orientierung zur Zeit, zu allen anderen Qualitäten eine vollständige Orientierung. Die Auffassung ist intakt, in der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung bei subjektiver Einschränkung in der orientierenden Untersuchung unauffällig (5/5 korrekte Rechenschritte in der seriellen Subtraktion bei stark verlangsamten Antwortlatenzen). Die Merkfähigkeit zeigt sich orientierend bei ebenfalls subjektiven Defiziten intakt (3/3 Begriffen über 3 Min. memoriert). Der Affekt zeigt sich deutlich reduziert schwingungsfähig, dies bei vorherrschend gedrückter bis indifferent wirkender und nicht auslenkbarer Stimmungslage. Im formalen Gedankengang deutlich verlangsamt mit verlängerter Antwortlatenz und einsilbigen Antworten; aber kohärent. Aus der Exploration zum Übernahmzeitpunkt kein Anhalt für wahnhaftes Erleben, keine Ich-Störungen, keine Sinnestäuschungen. Kein Anhalt für spezifische Zwänge oder Phobien. In

Diagnosen

- Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig schwergradige depressive Episode (ICD 10 F33.2)
- Aktuell Elektrokonvulsionstherapie
- Zustand nach Implantation eines ventriculo-peritonealen Shunt mit Codman-Hakim-Ventil am 16.08.2013 bei Normaldruckhydrozephalus
- Sigmakarzinom (ED und OP Februar 2013)
- Zustand nach Delir (Februar 2013)
- Zustand nach LWK-1-Fraktur (Februar 2013)
- Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus
- Arterieller Hypertonus
- Neuralgische Schulteramyotrophie
- Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Uretherstein
- Chronische Niereninsuffizienz
- Hyperlipoproteinämie

der psychovegetativen Regulation Antriebshemmung, keine Schlafstörungen. Libidoverlust, Appetit normal. Der Patient verneinte bei Aufnahme glaubhaft Lebensüberdruß und/oder Suizidgedanken (HAMD-17 bei Aufnahme: 21 Punkte).

Internistischer Untersuchungsbefund

Patient in reduziertem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand. Herzrhythmus regelmäßig, keine pathologischen Geräusche auskultierbar. Lunge auskultatorisch frei, vesikuläres Atemgeräusch, keine RGs. Abdomen weich, kein Druckschmerz, regelrechte Peristaltik über allen Quadranten, Nierenlager klopfschmerzfrei.

Neurologischer Untersuchungsbefund

Kein Meningismus. Leichter Nackenrigor. Hirnnerven: Sakkadierte Blickfolge beidseits, Hypomimie, sonst regelrecht. Motorik: Muskeltonus: Sehr leichter rechtsbetonter Rigor der oberen Extremität mit Zahnradphänomen unter Koaktivierung; an der unteren Extremität beidseits leichter Rigor. Keine Paresen. Muskeleigenreflexe seitengleich lebhaft auslösbar, keine Pyramidenbahnzeichen. Sensibilität für Ästhesie und Algesie ohne regionales Defizit. Koordination: Brady- und Dysdiadochokinese beidseits rechtsbetont. Keine Ataxien. Leichter feinschlägiger Aktions- und Halte-tremor. Stand und Gang vornübergebeugt, breitbasig-schlurfend, erhöhte Wendeschrittzahl.

Pathologische Laborwerte bei Übernahme

Kreatinin 1,32 P+ (0,70–1,20 mg/dl); Harnstoff 63 P+ (17–48 mg/dl); im Übrigen normgerechte Laborwerte, in den Verlaufskontrollen keine relevanten Veränderungen.

EKG bei Übernahme

Sinusrhythmus, HF 72/min, Linkstyp, QTc 418 ms, übrige Zeiten ebenfalls in der Norm, keine Erregungsrückbildungsstörung. Kein Unterschied zu den Vorbefunden, in den Verlaufskontrollen keine relevanten Veränderungen.

Therapie und Verlauf

Aufgrund der Schwere der depressiven Symptomatik und des chronischen Ver-

laufs sowie dem bislang fehlenden Ansprechen auf zahlreiche medikamentöse Therapievorsuche sahen wir die Indikation zum erneuten Therapievorsuch mittels EKT als gegeben an. Wir reduzierten außerdem die psychotrope Medikation im Verlauf und setzten Haloperidol sowie Mirtazapin und Lamotrigin ab. Ebenso wurde die Medikation mit L-Dopa abgesetzt. Wir begannen dann am 12. Juli 2013 mit der EKT-Behandlung (Frequenz 3 x/Woche). Nach insgesamt neun Sitzungen zeigte sich die depressive Symptomatik vollständig remittiert. Ein erneutes Delir trat während des Aufenthaltes nicht auf.

Klinisch führend nach Remission des depressiven Bildes war die Symptomtrias aus breitbasig-unsicherem Gangbild, Dranginkontinenz und leichten kognitiven Einschränkungen (wobei letztere zu diesem Zeitpunkt nicht sicher von Nebenwirkungen im Rahmen der EKT und/oder von depressiver Residualsymptomatik zu trennen waren). In Zusammenschau mit einer Re-Evaluation einer externen MRT-Bildgebung vom April 2013 durch die neuroradiologischen Kollegen unseres Hauses ergab sich daher der hochgradige Verdacht auf einen Normaldruckhydrozephalus. Nach Entlastungslumbalpunktion mit Entnahme von 40 ml Liquor und nachfolgender deutlicher Besserung des Gangbildes erfolgte die Verlegung in die neurochirurgische Abteilung. Dort wurde am 16. August 2013 komplikationslos eine Shunt-Implantation vorgenommen. In der weiteren Folge zeigten sich Gangstörung und Inkontinenz deutlich gebessert.

Wir übernahmen den Patienten am 22. August 2013 zurück auf unsere Station. Wir sahen bei weiterhin stabiler euthymer Stimmungslage von der Fortführung der EKT-Behandlung ab. Dies geschah auch im Hinblick auf den bereits langen Krankenhausaufenthalt sowie weitere anstehende Therapien und Eingriffe (Chemotherapie, Nephrektomie). Ebenso sahen wir aktuell von einem Absetzversuch bezüglich der Benzodiazepin-Medikation ab, da diese laut externer Epikrisen seit mindestens drei Jahren kontinuierlich bestand.

Aufgrund von Schulterschmerzen erfolgte eine konsiliarische Vorstellung bei den Kollegen der Neurologie, Campus

Benjamin Franklin. Hier wurde der Verdacht auf eine neuralgiforme Schulteramyotrophie gestellt. Durch die nachfolgend angesetzte Medikation mit Ibuprofen besserten sich die Beschwerden deutlich. Bei zeitweise hypertensiv entgleisten Blutdruckwerten ergänzten wir die antihypertensive Therapie in Rücksprache mit unseren internistischen Kollegen um Chlortalidon. Hierunter waren die Blutdruckwerte rückläufig, aber zeitweise noch nicht durchgehend normotensiv. Eine weitere Kontrolle und gegebenenfalls weitere Anpassung der antihypertensiven Medikation wurde für die ambulante Weiterbehandlung empfohlen.

Der Patient nahm während des stationären Aufenthaltes an unserem spezifischen psychotherapeutischen Gruppenprogramm zur Depressionsbewältigung teil. Neben psychoedukativen Elementen und Aktivitätsaufbau stand dabei die Arbeit an depressionstypischen Kognitionen und Emotionen sowie sozialen Beziehungen im Vordergrund der Behandlung. Im Fokus der Einzelspsychotherapie standen supportive Gespräche, insbesondere im Hinblick auf Ängste bezüglich des neurochirurgischen Eingriffs und der somatischen Begleiterkrankungen mit gegebenenfalls notwendigen weiteren Therapiemaßnahmen.

Wir entließen den Patienten in deutlich gebessertem Zustand und bezüglich der depressiven Symptomatik fast vollständig remittiert in die ambulante Weiterbetreuung (HAMD-17 bei Entlassung: 9 Punkte).

Diskussion

Das Delir ist eine ernste, potenziell fatale Erkrankung. Die Genese ist zumeist multifaktoriell, wobei auch eine EKT-Behandlung potenziell ein Delir auslösen kann. Weitere Risikofaktoren, die in dem vorgestellten Fall eine Rolle gespielt haben könnten, sind das Alter des Patienten, der (zum Zeitpunkt der Übernahme bereits sanierte) Harnwegsinfekt, die Lendenwirbelkörperfraktur, ungenügende Trinkmenge (vorübergehend sei eine intravenöse Flüssigkeitsgabe bei fehlender eigenständiger Flüssigkeitsaufnahme notwendig gewesen), die Polypharmazie, der zum damaligen Zeitpunkt noch nicht diagnostizierte Nor-

maldruckhydrozephalus, die Karzinom-erkrankung und schließlich der chirurgische Eingriff bei Karzinomerkrankung [1]. Die Rolle einer Therapie mit Lithium in der Entstehung deliranter Symptomatik nach EKT-Behandlung ist dabei umstritten [2, 3].

Nachdem wir einen erneuten Behandlungsversuch mit EKT für indiziert ansahen, versuchten wir die entsprechenden Risiken bereits im Vorfeld zu minimieren, indem die (psychotrope) Medikation soweit möglich abgesetzt, eine ausreichende Trinkmenge sichergestellt (Einfuhrkontrolle) und akute Infekte zuvor ausgeschlossen wurden. Zu Beginn der EKT-Anwendungen wurde ferner eine 1:1-Betreuung sichergestellt.

Unter der EKT-Behandlung trat keine erneute delirante Symptomatik auf. Im Juli 2012 war bereits das mögliche Vorliegen eines (beginnenden) Normaldruckhydrozephalus diskutiert worden. In der Folge zweier Entlastungs-LPs war es zum damaligen Zeitpunkt jedoch zu keiner signifikanten Besserung gekommen, weshalb die Diagnose zunächst als nicht bestätigt betrachtet wurde und keine weitere Therapie erfolgte. Die Bewegungsstörungen wurden in der Folge ei-

nem idiopathischen Parkinsonsyndrom zugeordnet, bezüglich der kognitiven Defizite wurde neben einer Pseudodemenz im Rahmen der depressiven Symptomatik eine beginnende neurodegenerative Erkrankung diskutiert (wobei entsprechend die bildmorphologisch leichte Erweiterung der inneren Liquorräume einer subkortikalen Atrophie zugeordnet wurden).

Nachdem sich die Stimmung und damit einhergehend die wahnhaftige Symptomatik unter der EKT-Behandlung deutlich besserten, konnte in der Folge die in den Vordergrund tretende Symptom-Trias aus breitbasig-unsicherem Gangbild, Dranginkontinenz und leichter kognitiver Einschränkung sicher von einer depressiven Symptomatik und einer medikamenteninduzierten Bewegungsstörung abgegrenzt und differenzialdiagnostisch einem Normaldruckhydrozephalus zugeordnet werden.

Die sichere Diagnose eines Normaldruckhydrozephalus stellt im klinischen Alltag immer noch eine große Herausforderung dar. Demenzen, Parkinson-Syndrome verschiedener Genese und Depression gehören dabei zu den wichtigsten Differenzialdiagnosen und über-

schneiden sich in der klinischen Symptomatik in wesentlichen Teilen. Speziell eine subkortikale (vaskuläre) Enzephalopathie kann bildmorphologisch zu vergleichbaren Veränderungen führen und somit die neuroradiologische Diagnostik erheblich erschweren. Geschätzte 80 % der Fälle werden nicht erkannt und entsprechend nicht therapiert [4]. Im vorliegenden Fall war die Symptomatik sowohl durch Neuroleptika-induzierte Bewegungsstörungen als auch eine depressive Symptomatik überlagert. Eine sichere Diagnose konnte somit erst durch die erfolgreiche EKT-Behandlung ermöglicht werden. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. med. Dr. rer. nat. Steffen Richter

Dr. med. Thomas Krause

Prof. Dr. med. Christian Otte

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Campus Benjamin Franklin

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Eschenallee 3, 14050 Berlin

E-Mail: Steffen.Richter@charite.de

Fragen und Lösungen

Frage 1

Die klassische Symptomtrias des Normaldruckhydrozephalus besteht aus ...

- ... kleinschrittigem Gangbild, kognitiven Defiziten, Inkontinenz.
- ... Tremor, depressiver Symptomatik, Schwindel.
- ... sozialem Rückzug, Inkontinenz, Tremor.
- ... erhöhter Wendeschrittzahl, Schlafstörung, Merkfähigkeitsdefizit.
- ... Schlafstörung, Auffassungsstörung, Suggestibilität.

Lösung

Richtig ist Antwort a. Kardinalsymptome des Normaldruckhydrozephalus sind Gangstörungen, kognitive Defizite und Inkontinenz. Bildmorphologisch bestehen ferner erweiterte Ventrikel ohne deutliche Zeichen einer kortikalen Atrophie. Die

Bildgebung ist dabei nicht beweisend für die Diagnose, sondern dient als unterstützendes Element.

Frage 2

Eine Shunttherapie bei Normaldruckhydrozephalus ...

- ... führt in 100% der Fälle zu einer Vollremission innerhalb der ersten 24 h.
- ... führt einzig zu einer Verbesserung der Motorik, alle anderen Symptome müssen medikamentös behandelt werden.
- ... führt in der Mehrzahl der Fälle zu einer deutlichen Besserung.
- ... ist konservativen Therapieverfahren nicht überlegen, vermeidet aber das Problem mangelnder Medikamentencompliance.
- ... führt nicht zu einer Verbesserung der Lebenserwartung.

Lösung

Richtig ist Antwort c. Eine Shunttherapie bei Normaldruckhydrozephalus bringt klinische Besserungsraten von 70–90%, ist einer konservativen Therapie überlegen, und verhindert nicht nur eine ohne Therapie zu erwartende deutliche Symptomzunahme über wenige Monate, sondern auch eine damit assoziierte Verkürzung der Lebenserwartung.

Frage 3

Ein medikamenteninduziertes Parkinson-Syndrom ...

- ... ist ein häufiges Problem in der Behandlung mit „typischen“ Antipsychotika wie Haloperidol.
- ... sollte nach Entwicklung der atypischen Neuroleptika in der heutigen Praxis keine Rolle mehr spielen.
- ... ist irreversibel.

- d. ... kann ausschließlich durch psychiatrische Medikamente verursacht werden.
- e. ... wird mit L-Dopa behandelt.

Lösung

Richtig ist Antwort a. Ein medikamenteninduziertes Parkinson-Syndrom macht etwa 4–6% der Parkinson-Syndrome in neurologischen Kliniken aus. Es ist ein prinzipiell reversibler Zustand und findet sich nicht nur bei Behandlung mit typischen oder atypischen Neuroleptika, sondern auch Antiepileptika (Valproat, Lithium), Antidepressiva, Antiemetika, Antihypertensiva (Kalziumkanalantagonisten, Antiarrhythmika) und sogar bei einigen Antibiotika. Dies könnte eine der Ursachen dafür sein, dass ein medikamenteninduziertes Parkinson-Syndrom in der Praxis oft einem idiopathischen M. Parkinson zugeordnet wird. Bei entsprechendem Verdacht sollte die Medikation sorgfältig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Frage 4

Was gilt für die Elektrokrampftherapie?

- a. Es werden keine deliranten Symptome

verursacht. Da eine EKT meist bei schwer kranken Patienten durchgeführt wird, treten Delirien oft zufällig zeitgleich auf.

- b. Da es sich bei der EKT um ein nicht medikamentöses Verfahren handelt, ist die Ko-Medikation irrelevant.
- c. Eine EKT-Behandlung darf niemals unter Lithium durchgeführt werden.
- d. Eine EKT-Behandlung wird maximal bis zum 65. Lebensjahr in Erwägung gezogen.
- e. Kurzzeitige delirante Symptomatik gehört ebenso wie Kopfschmerzen und „Muskelkater“ zu den möglichen Nebenwirkungen der EKT.

Lösung

Richtig ist Antwort e. Ein postiktales, delirantes Bild für Minuten bis zu einer Stunde nach einer EKT ist eine durchaus häufiger beobachtete Nebenwirkung. Es gibt für die EKT-Behandlung keine prinzipielle Altersbeschränkung und auch eine Ko-Medikation mit Lithium ist kein Ausschlusskriterium. Hohes Alter steigert aber ebenso wie eine

ausgedehnte Polypharmazie das Risiko, ein Delir zu entwickeln.

Frage 5

Charakteristisch für ein medikamenteninduziertes Parkinson-Syndrom ist ...

- a. ... eine linksseitig betonte Symptomatik.
- b. ... ein prominenter Ruhetremor.
- c. ... ein sehr langsamer Krankheitsbeginn, oft erst nach Jahren.
- d. ... häufig eine Akathisie als Begleitsymptom.
- e. ... eine Vollremission unter dopaminergem Behandlung.

Lösung

Richtig ist Antwort d. Charakteristisch für ein medikamenteninduziertes Parkinson-Syndrom ist eine symmetrische Verteilung der Symptomatik, oft begleitende orofaziale Dyskinesien oder Akathisie, mehr Halte- als Ruhetremor, rascher Beginn der Symptome, fehlende Besserung unter dopaminergem Behandlung und Besserung nach Absetzen der auslösenden Medikation.



e. Akademie – Automatische Übermittlung Ihrer CME-Punkte an die Ärztekammer

Die in der e.Akademie erworbenen CME-Punkte können auf Ihren Wunsch hin direkt an die Ärztekammer übermittelt werden.

So einfach geht's:

Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) hinterlegen

Möchten Sie Ihre in der e.Akademie gesammelten CME-Punkte direkt an Ihre Ärztekammer übermitteln, hinterlegen Sie Ihre EFN bitte bei der Registrierung. Wenn Sie bereits registriert sind, können Sie Ihre EFN jederzeit unter dem Punkt *Meine Daten* nachtragen. Ihre CME-Punkte werden ab sofort automatisch an Ihre Ärztekammer übermittelt.

Weitere Informationen

Weitere Informationen zur elektronischen Punkteübermittlung der Bundesärztekammer finden Sie unter www.eiv-fobi.de.

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

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2013 Aug 27. pii: S0140-6736(13)60688-1. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1. [Epub ahead of print].
2. Jha AK, Stein GS, Fenwick P. Negative interaction between lithium and electroconvulsive therapy – a case-control study. *Br J Psychiatry*. 1996 Feb;168(2):241-3.
3. Sartorius A, Wolf J, Henn FA. *World J Biol Psychiatry*. 2005;6(2):121-4. Lithium and ECT – concurrent use still demands attention: three case reports.
4. Kiefer M, Unterberg A. The differential diagnosis and treatment of normal-pressure hydrocephalus. *Dtsch Arztebl Int*. 2012 Jan;109(1-2):15-25; quiz 26. doi: 10.3238/arztebl.2012.0015. Epub 2012 Jan 9.
5. Thanvi B, Treadwell S. Drug induced parkinsonism: a common cause of parkinsonism in older people. *Postgrad Med J*. 2009 Jun;85(1004):322-6. doi: 10.1136/pgmj.2008.073312.

Bipolare Störung

Psychotherapie und Psychoedukation

Ab welchem Alter können wir eine bipolare Störung diagnostizieren? Was sind normale Stimmungsschwankungen und was ist überhaupt normal? Im Rahmen der aktuellen DSM-5-Debatte, werden solche Fragen mit Recht kontrovers diskutiert. Für den einen Patienten ist eine solche Diagnose ein Stigma, für andere Patienten hingegen ist es eine Erleichterung, endlich einen Namen für die eigene Erkrankung gefunden zu haben. Einige identifizieren sich sogar mit den erfolgreichen und berühmten Stars oder Künstlern, die sich zu dieser Diagnose bekannt haben oder die man postmortem mit dieser Diagnose klassifiziert.

BRITTA BERNHARD, OLCHING

Bei bipolaren Störungen ist der Altersaspekt umstritten, vor allem bei Diagnosen im Kindesalter. Jeder der eigene Kinder hat oder mit ihnen arbeitet weiß, dass Kleinkinder oft ihre Stimmung auch innerhalb von Sekunden wechseln, ohne dass sie an einem Ultra Rapid Cycling oder einem Mischzustand im Rahmen einer bipolaren Störung leiden. Da die bipolare Erkrankung häufig im Jugendalter oder im frühen Erwachsenenalter beginnt, sollte die Diagnose nur mit Vorsicht bereits im Kindesalter gestellt werden.

Die pharmakologische Behandlung ist in der im Mai 2012 (letzte Aktualisierung

11/2013) erschienen S3-Leitlinie zu bipolaren Störungen detailliert beschrieben (im Internet unter www.leitlinie-bipolar.de). Ebenfalls empfiehlt die Leitlinie eine psychotherapeutische Behandlung als Ergänzung, insbesondere im Bereich der Rückfallprophylaxe. Eine bipolare Störung, die alle diagnostischen Kriterien erfüllt, sollte demnach immer multimodal behandelt werden. Das heißt, dass neben der Pharmakotherapie (die tatsächlich in aller Regel für eine ausreichende Stimmungsstabilität notwendig ist) Einzel-, Gruppen- und Familieninterventionen sinnvoll sind.

Gruppentherapie

Gruppeninterventionen werden unter anderem als gemeinschaftliche Psychoedukation angeboten, zum Beispiel in spezialisierten psychiatrischen Einrichtungen. Der Vorteil einer Gruppenintervention liegt neben dem ökonomischen Aspekt vor allem im Kohärenzerleben und der Möglichkeit des Modelllernens. So lernen die Gruppenteilnehmer untereinander wesentlich leichter voneinander als vom Therapeuten (der in der Regel selbst keine bipolare Störung hat und insofern bei Copingstrategien nicht aus eigener Erfahrung spricht). Sie geben sich innerhalb der Gruppe selbst Feedback darüber, wie sie das Verhalten der anderen Teilnehmer und gegebenenfalls Frühwarnsignale beurteilen. Junge Patienten und solche mit einer Erstmanifestation können dabei von den Erfahrungen der anderen Patienten profitieren und ersparen sich dadurch unter Umständen mehrere Episoden zu durchlaufen, bis sie zu einer wirklichen Compliance und Therapiemotivation bereit sind.

Einzeltherapie

Da es aber in der Gruppe schwieriger ist, auf die individuellen Probleme, Denkmuster, Ursachen und Erfahrungen einzugehen, empfiehlt es sich im Anschluss oder parallel zur Gruppe eine Einzeltherapie zu machen. Hierbei sollte möglichst die ganze Familie in einzelnen Sitzungen integriert werden, sodass die Familie eine gute Stütze vor allem in Bezug auf Rückfallprophylaxe werden kann. Alternativ dazu kann die Familie an Angehörigengruppen teilnehmen oder als Ergänzung



Bei Patienten mit bipolaren Störungen sollte im Anschluss oder parallel zur Gruppen- eine Einzeltherapie erfolgen.

zung zur Einzeltherapie eine Familienintervention im Rahmen von Familienhilfe oder Familienberatung aufsuchen.

Therapieziele

Die Ziele einer psychologischen Intervention können in Primär-, Sekundär- und Tertiärziele aufgeteilt werden. Die Primärziele einer Psychotherapie bei bipolaren Patienten sind die Verbesserung von Krankheitseinsicht, Compliance und Prävention. Dies erreicht man dadurch, dass der Patient selbst Experte für seine eigene Erkrankung wird. Durch ausreichende Information wird er in die Lage versetzt sich selbst einzuschätzen und auf einer Stimmungsskala adäquat einzuordnen. Schließlich kann er so selbst mitbestimmen, welche Strategien und Intervention für ihn momentan am besten ist. Durch diese Beteiligung wird auch die Therapiemotivation gesteigert, die gerade in der Phase der als angenehm erlebten Hypomanie leiden kann.

Sekundärziele sind allgemeine Belastbarkeit, einhalten eines Lebensrhythmus sowie Suchtprävention. Diese Ziele erreicht man durch Stressmanagement, Tagesstruktur sowie Vermeidung von Situationen, die zu übermäßigem Alkoholkonsum anregen. Tertiärziele sind Wissensaufbau, Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung, von Lebensqualität und sozialem Funktionsniveau. Dies wird zum Beispiel erreicht durch Psychoedukation, Informationsbroschüren, Übungen und Rollenspiele für schwierige Situationen sowie kognitiver Umstrukturierung.

Psychotherapie

Psychotherapie für bipolare Störungen entwickelte sich innerhalb der letzten 20 Jahre an unterschiedlichen Orten: Das Konzept der familienfokussierten Therapie von David Miklowitz wurde in Colorado entwickelt und 1997 veröffentlicht [1]. Die „Kognitive Therapie“ von Dominic Lam wurde in England konzipiert und 1999 publiziert [2]. Die „Interpersonelle und soziale Rhythmustherapie“ wurde von Ellen Frank erarbeitet und ist 2005 als Buch erschienen [3]. Mit diesen Interventionen im Hintergrund wurden die deutschen Manuale für Einzel- [4] und Gruppentherapie [5] erstellt und evaluiert.

Kasuistik

Diagnose „Bipolar affektive Störung“

Spontan berichtete Symptomatik

Die sehr gepflegte 23-jährige M., Studentin der Theaterwissenschaften, kommt nach Abklingen einer manischen Phase in die Psychotherapie. Nachdem der Vater die Mutter im Rahmen von Scheidungsschwierigkeiten ermordet habe, wurde Frau M. depressiv und versuchte sich im Dezember 2002 durch Pulsaderschnitt das Leben zu nehmen.

Entwicklung und Krankheitsanamnese

Frau M. wurde als zweites und letztes Kind eines KFZ-Mechanikers und einer Damenschneiderin in einem kleinen Ort geboren. Der Vater, cholerisch, geizig, permanent unzufrieden mit sich und seiner Familie sei oft gewalttätig gegenüber der Mutter gewesen. Durch die vielen Streitereien der Eltern, habe sie sich immer vorgestellt, dass ihr Leben nur ein langer Alptraum sei, sie in Afrika leben und sie irgendwann aufwachen würde. Die Mutter war immer die wichtigste Bezugsperson für sie. Die Beziehung zur drei Jahre älteren Schwester ist sehr wechselhaft. Sie hat viele stabile Freundschaften. Sie ist in einer partnerschaftlichen Beziehung mit einem 31-jährigen kroatischen Studenten. Sie hatte vor ihrem Studium über vier Jahre ein heimliches Verhältnis mit einem sehr viel älteren Künstler. Erste manische Phase mit 17 während einer Klassenfahrt, gefolgt von einer depressiven Phase. Zwei weitere Phasen folgten. Im Juni 2002 schwere depressive Phase mit Suizidversuch nach dem Tod der Mutter. Ab Dezember kontinuierliches Ansteigen der Stimmung bis zur Aufnahme in eine psychiatrische Klinik.

Psychischer Befund

Formaler Gedankengang leicht sprunghaft, ideenflüchtig und weitschweifig. Affektiv leicht gehoben. Alpträume und Schlafstörungen. Logorrhö.

Somatischer Befund

Medikamentös gut eingestellt und in regelmäßiger psychiatrischer Behandlung, Body-Mass-Index (BMI): 25,1, (Prä-Adipositas)

Verhaltensanalyse

Mikroebene: Im Vordergrund steht die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, die sie daran hindert, ihre Aufgaben für das Studium in Angriff zu nehmen.

Als Verhaltensexzess kann der hohe Fernsehkonsum und die Essanfälle bezeichnet werden. Außerdem das häufige Grübeln, wann die Mutter wieder kommt und warum ihr Vater ihr das antun konnte. Verhaltensdefizite sind die mangelnden sozialen Kontakte, wenig Tagesstruktur und Selbstdisziplin.

Makroebene: Unberechenbares Verhalten des Vaters führte zu Hilf- und Hoffnungslosigkeit und Flucht in eine Traumwelt. In der Depression vermeidet sie jegliches Verhalten und Gefühle; in der Manie kann sie alles ausleben, ohne sich Sorgen zu machen.

Ressourcen: Muische Begabung, Freund, der ihr viel Zuneigung schenkt, viele Freunde aus der Schulzeit, soziale Fertigkeiten.

Diagnose

Bipolare affektive Störung Typ I, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F31.7), Zustand nach manischer Episode (ICD-10: F31.1)

Gesamtziel

Das übergeordnete Ziel ist es, dass die Patientin lernt zwischen Traum und Realität zu differenzieren und ihren Alltag wieder bewältigen kann.

Fortsetzung Kasuistik

Therapie und Verlauf „Bipolar affektive Störung“

Psychoedukation

Im Anschluss an die stationäre Behandlung nahm Frau M. an den Gruppensitzungen der Psychoedukation für bipolare Patienten teil. Frau M. kam meist pünktlich zu den Sitzungen und beteiligte sich in allen Bereichen sehr aktiv. Teilweise musste sie in ihrem Redefluss etwas gebremst werden. Sie konnte sich gut in die Gruppe einfügen und hatte guten Kontakt zu einigen Gruppenmitgliedern. Sie machte auch zuverlässig ihre Hausaufgaben und gab an, von der Gruppe sehr profitiert zu haben. Vor allem habe sie viel über die Erkrankung dazugelernt und könne die Krankheit besser akzeptieren, nachdem sie sich mit ihren Mitpatienten in der Gruppe austauschen können. Sie ist sich außerdem bewusst geworden, wie wichtig es ist, regelmäßig die Medikamente einzunehmen und auf Alkohol weitgehend zu verzichten. Während der Teilnahme an der Gruppe hat sie sich entschieden, ihr Studium fortzusetzen und ist mit Unterstützung des Freundes umgezogen. Nach Abschluss der Gruppe äußerte sie den Wunsch nach Psychotherapie.

Erarbeitung Erklärungsmodell

Für Frau M. war offensichtlich, dass der Ausbruch der letzten Episode eng im Zusammenhang mit dem Tod der Mutter stand. Zu Beginn der Therapie fiel es ihr noch immer schwer zu realisieren, dass die Mutter tatsächlich tot ist. Sie stellte schnell fest, dass immer große Stressfaktoren (Klassenfahrt, Tod der Mutter) verantwortlich dafür waren, dass sie krank wurde. Sie sah aber auch deutlich vulnerabilitätsfördernde Bedingungen in ihrer Kindheit. So beschreibt sie den Vater als äußerst geizig und böse, immer vorwurfsvoll und beleidigend. Er habe aus lauter Sparsamkeit nicht einmal zugelassen, dass das Haus geheizt wurde. So wuchs Frau M. trotz der liebevollen Beziehung zu ihrer Mutter in einer „kalten“ Atmosphäre auf. Nach Beschreibungen von Frau M. muss der Vater psychisch krank gewesen sein („nach der Trennung hat er sich in seinem Haus verkrochen und ist total verwahrlost“). In der Beziehung zu einem wesentlich älteren Künstler hat sie sich dann die Liebe und Zuneigung geholt, die sie sich von ihrem Vater gewünscht hätte. Diese jahrelange Affäre hat aber andererseits auch eine feste Beziehung zu Gleichaltrigen unmöglich gemacht. Erst nachdem sie sich von dem Künstler endgültig trennte und ihre Handynummer änderte, konnte sie sich wieder auf andere Beziehungen einlassen.

Als Fazit hieraus sah die Patientin, dass es wichtig für sie ist, vertrauensvolle und stabile Beziehungen aufzubauen und Stressoren so weit wie möglich zu reduzieren.

Abbau depressiven Verhaltens

Erste Intervention war die Reduktion von depressivem Verhalten. Die Patientin wollte wieder aktiver werden, weniger Zeit mit Tagträumerien verbringen und einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus aufbauen. Erste Aufgabe war es, wieder mehr Verabredungen mit Freunden zu treffen und angenehme Aktivitäten durchzuführen, wie Schwimmen, Radfahren und Kaffee trinken gehen. Frau M. führte ein Stimmungstagebuch (Lifechart) und ein Essstagebuch und machte sich einen Plan in Form von Tagesstrukturierung, was sie alles erreichen möchte. Indem sie mehr auf ihr Essverhalten und die Stimmung achtete, gelang es ihr bewusster zu essen und sie kam auf die Idee ihr Essverhalten auf Trenn-

kost umzustellen, also viel Obst und Gemüse statt Süßigkeiten und Lasagne zu essen. Die Essenszubereitung brauchte jetzt wesentlich mehr Zeit, außerdem begann sie mehr Sport zu machen und wieder mehr Freunde zu treffen und hatte somit weniger Zeit zum Grübeln. Das Umstellen des Tag-Nacht-Rhythmus' fiel ihr sehr schwer. Wir verlegten zunächst die Sitzungstermine immer eine Stunde früher, sodass sie gezwungen war früh aufzustehen und sich langsam an andere Zeiten gewöhnte. Schließlich pendelte sich die Schlafzeit bei 23.00/24.00 Uhr bis 9.00 Uhr ein. Je mehr Struktur und Aufgaben sie hatte, umso leichter fiel es ihr aufzustehen und etwas zu unternehmen. Zunächst fiel es ihr allerdings sehr schwer, sich mit Studieninhalten zu beschäftigen, Hausarbeiten zu schreiben oder für Prüfungen zu lernen. Struktur brachte ihr hier wenig, da sie nicht die notwendige Disziplin aufreiben konnte, um bei der Sache zu bleiben. Erst der Druck und die Zielsetzung, das Studium in absehbarer Zeit zu beenden, halfen ihr dabei. Auch Verfahren der Stimuluskontrolle, dass sie zunächst nur 15 Minuten am Tag arbeiten dürfe, brachte nicht den erwünschten Erfolg. Schließlich schaffte sie es aber doch auf den letzten Drücker alle Hausarbeiten abzugeben. Ihr Perfektionismus behinderte sie teilweise bei diesen Tätigkeiten. Der Anspruch eine „super“ Arbeit abzugeben und mindestens eine „eins“ zu bekommen, hat sie teilweise blockiert. Erst durch Reduktion dieser Ansprüche konnte sie besser arbeiten. Hier bearbeiteten wir mit Hilfe von kognitiver Umstrukturierung die dysfunktionalen Kognitionen.

Das Fernsehen reduzierte sich, in dem sie den Fernseher jedes Mal aussteckte und das Antennenkabel in einer Schublade versteckte. Das Grübeln und Träumen von ihrer Mutter reduzierte sich mit der Zeit aufgrund der Aktivierung und Fokussierung auf andere Ziele.

Zielerreichungsstrategien, Tagesstruktur

Insgesamt war es für Frau M. sehr wichtig, neue Ziele aufzustellen. So zum Beispiel das Ziel Studienabschluss und anschließend als Regieassistentin einen Job zu bekommen. Teilziele auf dem Weg dorthin waren die verschiedenen Hausarbeiten, die wiederum in Teilziele zerlegt wurden und Praktika, in denen sie lernen musste, sich durchzusetzen und sich nicht alles gefallen zu lassen (Kopien machen, Kaffee kochen, einkaufen und Stühle schleppen). Die Praktika gaben ihr eine ideale Tagesstrukturierung, was während des Semesters doch etwas schwieriger war. Aber auch hier schaffte sie zunehmend regelmäßig um 9.00 Uhr aufzustehen und sich um ihre Pflichten zu kümmern.

Ein weiteres wichtiges Ziel war für Frau M. die Gewichtsreduktion, da sie medikamentenbedingt über 20 kg zugenommen hatte. Sie setzte sich ganz konkret das Ziel 5 kg abzunehmen, bewusst zu essen und sich gesund zu ernähren. Außerdem machte sie zunehmend mehr Sport. Anfangs setzte sie sich das Ziel einmal pro Woche schwimmen zu gehen, mittlerweile geht sie zusätzlich zwei- bis dreimal pro Woche ins Fitnessstudio oder joggen.

Rückfallprophylaxe

Wir wiederholten in der Einzeltherapie noch einmal ihre persönlichen Frühwarnsignale (nicht schlafen, viel rauchen, viel weggehen) und besprachen in einer gemeinsamen Sitzung mit dem Freund, wie diese zu erkennen und wie im Notfall zu handeln sei. Der Freund willigte ein, ebenfalls auf die Frühwarnsignale zu achten und sie im gegebenen Fall

darauf hinzuweisen und mit ihr zum Arzt zu gehen. Sie ist aber auch selbst zuversichtlich, dass sie die Frühwarnsignale erkennt und sich dann Hilfe holt. Wir haben einen individuellen Krisenplan erstellt und diesen trägt sie in ihrem Geldbeutel mit sich. Sie plant außerdem, sich eine Selbsthilfegruppe zu suchen und an dieser regelmäßig teilzunehmen. Sie ist jetzt seit Beginn der Therapie stabil und kommt bei Bedarf beziehungsweise zu regelmäßigen Auffrischsitzungen alle drei Monate. Zu ihrem behandelnden Arzt hat sie eine positive und vertrauensvolle Beziehung. Sie nimmt ihre Medikamente regelmäßig und zuverlässig ein.

Trauerarbeit

Anstatt stundenlang über die Mutter zu grübeln, hat sie ein Ritual eingeführt, in dem sie jeden Tag einige Minuten an ihre Mutter denkt und bei ihr ist. Sie weiß, dass ihre Mutter immer bei ihr ist und ihr bei allem beisteht. In schwierigen Situationen, wie Todestag oder Geburtstag der Mutter, Weihnachten etc. haben wir uns immer ein besonderes Ritual überlegt, wie sie einerseits ihrer Mutter nahe sein kann und andererseits nicht in eine Traumwelt abgleitet, sondern in der Realität bleibt oder sich zumindest wieder zurückholen kann (Weihnachten in der Familie des Freundes feiern, anstatt alleine Zuhause sitzen). Die Einstellung zum Vater ist sehr ambivalent. Im Laufe der Therapie ist ihr bewusst geworden, dass ihr Vater zeitweise auch liebevoll zu ihr war und sie gegenüber der Schwester immer bevorzugt hat, mit ihr mit dem Rad Eisessen gefahren ist und sie mit ihm in der Werkstatt an Autos herumschrauben durfte. Es fällt ihr allerdings noch schwer diese Gefühle zuzulassen, da sie dann gegenüber der Schwester und der Mutter Schuldgefühle entwickelt. Wir haben besprochen, dass es für sie hilfreich sein könnte, einen Brief an ihren Vater zu schreiben, in dem sie ihn unter anderem gerne fragen würde, weshalb er diese schreckliche Tat begangen hat. Eine weiterführende Bearbeitung dieser Thematik war für die Patienten bisher allerdings noch zu belastend.

Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen

Im Therapieverlauf wurde deutlich, dass Frau M. im Kontakt mit anderen Probleme hat, sich durchzusetzen und eigene Bedürfnisse wahrzunehmen. Dies wurde in der Beziehung zu ihrem Freund und bei mehreren Praktika deutlich. Sie lernte in diesen Situationen mehr auf ihre Gefühle zu achten und diese direkt anzusprechen. Außerdem lernte sie dysfunktionale Kognitionen zu erkennen („die anderen mögen

mich nur, wenn ich fleißig bin und ihnen jeden Wunsch von den Augen ablese“, „ich muss eine gute und fleißige Freundin sein“, „ich muss mich anpassen, damit es keinen Ärger gibt“, „ich muss fleißig sein und Geld verdienen, damit ich niemandem auf der Tasche liege“) und diese umzustrukturieren („die Anderen mögen mich so wie ich bin, auch wenn ich meine Gefühle zeige“, „wenn ich direkt meine Gefühle offen zeige, vermeide ich einen Gefühlsstau, der sich ansonsten in einer Manie oder Depression entladen würde“, „der Vater mit seinen unkontrollierbaren Wutausbrüchen ist nicht mehr da, ich kann mich jetzt frei bewegen und meine Bedürfnisse wahrnehmen und befriedigen“, „ich bemühe mich, mein Studium bald abzuschließen und nutze solange die Gelegenheit, dass meine Tante mich finanziell unterstützt“). Dies lernte sie an konkreten Übungen in ihrem Alltag. Sie wurde plötzlich von den anderen viel mehr ernst genommen und respektiert.

Ein weiteres Problem wurde deutlich als die Schwester heiratete. Die Konkurrenz der beiden Geschwister war schon immer sehr ausgeprägt, vor allem da der Vater Frau M. immer bevorzugte und die Schwester in ihrem Beisein demütigte. Nach dem Tod der Mutter hatten die beiden Schwestern ein innigeres Verhältnis, sie stützten sich gegenseitig so gut wie möglich. Frau M. fühlte sich dabei von ihrer Schwester allerdings immer bevormundet. In ihren Augen war die Schwester so erfolgreich wie der Vater es sich immer von ihr gewünscht hatte (BWL-Studium abgeschlossen, schwanger, Hochzeit). Auf der einen Seite fühlte Frau M. Neid gegenüber der Schwester, auf der anderen Seite tat die Schwester ihr Leid, da sie so unglücklich schien und keine Freunde hat. In dieser Ambivalenz zwischen Mitleid und Bewunderung konnte sie Kontakte mit der Schwester kaum aushalten und wollte sich gerne abgrenzen. Mit Hilfe von kognitiver Umstrukturierung schaffte sie es schließlich, sich auch von der Schwester zu distanzieren, ohne ein schlechtes Gewissen der Mutter gegenüber haben zu müssen. Sie ist nicht verantwortlich für das Leben der Schwester.

Bilanz

Die Stimmung von Frau M. ist seit zehn Jahren stabil, keine Alpträume und Tagträume mehr, guter Schlaf-Wach- und Essensrhythmus, wieder viele soziale Kontakte. Sie hat ihr Studium sehr gut abgeschlossen und einen Traumjob beim Theater gefunden, der sie allerdings auch hin und wieder sehr stresst. Sie ist noch immer glücklich in ihrer Beziehung. Sie kann sich vom Tod der Mutter mittlerweile gut distanzieren. Bei Bedarf kommt sie noch zu Auffrischsitzungen (ca. ein- bis dreimal pro Jahr).

Familienfokussierte Therapie

Das Modell, das hinter der familienfokussierten Therapie steht, entwickelte sich aus dem Konzept der „High Expressed Emotions“, also Kritik und emotionalem Überengagement, welche die Rückfallwahrscheinlichkeit erhöhen. Insofern sind die Ziele dieser Therapierichtung vor allem die Reduktion von Kritik und Überengagement gegenüber dem Patienten, eine Integration der Betroffenen und der Angehörigen in die Behandlung, sowie ein Erlernen von Kommunikations-

und Problemlösestrategien. Insgesamt werden 21 Sitzungen in der Familie mit zwei Therapeuten durchgeführt. Studienergebnisse für diese Intervention sind sehr positiv: Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Zeit bis zu einem Rückfall in der Interventionsgruppe signifikant länger ist, als in der Gruppe mit psychiatrischer Standardbehandlung.

IPSRT

Hintergrund der „Interpersonellen und Sozialen Rhythmustherapie“ (IPSRT) ist

die Relevanz von Stabilität im Alltag. Ziele dieser Intervention sind eine Verbesserung der Compliance durch Wissenszuwachs, Stabilisierung des sozialen Rhythmus durch das Führen von Stimmungs- und Aktivitätstagebüchern sowie eine Verbesserung der sozialen Beziehungen durch Problemanalysen und Verhaltensübungen (z. B. Rollentausch). Die Studienergebnisse sind aufgrund des komplexen Studiendesigns schwer zusammenzufassen: Hinsichtlich der Symptomatik ergibt sich kein differen-

Hier steht eine Anzeige.



zieller Effekt zwischen der IPSRT und der Kontrollbedingung. Allerdings zeigt sich eine Stabilisierung des sozialen Rhythmus nur nach IPSRT und nicht nach der Kontrollbedingung. Eine Stabilität der Behandlung, also kein Wechsel von Therapierichtung oder Therapeuten scheint sehr wichtig zu sein.

KVT

Die „Kognitive Verhaltenstherapie“ (KVT) geht davon aus, dass intraindividuelle Kognitionen und Verhalten den Verlauf der Erkrankung stark beeinflussen. Ziele dieser Intervention sind Wissensvermittlung, Identifikation von Frühwarnzeichen, Umgang mit individuellen Kognitionen sowie die Bearbeitung von sozialen Konflikten. Sie findet in der Regel in Einzeltherapie mit wöchentlichen Sitzungen statt, die dann über die Zeit ausgeschlichen werden. Das Manual von Meyer und Hautzinger [4] teilt sich in vier Module: Motivation und Psychoedukation, Selbstbeobachtung und Warnsignale, Aktivitätsniveau und Kognitionen in der Depression und Manie sowie Problemlösen, interpersonelles Verhalten und Notfallplan. Aktuelle Konzepte gehen noch stärker auf Selbstwertstärkende Übungen ein wie Stärkung der Selbstakzeptanz, des Selbstvertrauens, der sozialen Kompetenz sowie des sozialen Netzes. Die Studienergebnisse sind von Arbeitsgruppe zu Arbeitsgruppe verschieden. Lam et al. konnten zeigen, dass die Zeit bis zu einem Rückfall in der KVT-Gruppe signifikant länger war als in der Kontrollgruppe mit Standardbehandlung [2]. Scott konnten dies bei der Auswertung ihrer Gesamtgruppe allerdings nicht replizieren [6].

Gruppenpsychoedukation

Die Gruppenpsychoedukation basiert auf dem Hintergrundgedanken, dass Information und Erfahrungsaustausch notwendig sind für eine gute Compliance. Ziele sind deshalb, dass die Betroffenen Experte für die eigene Erkrankung werden als Voraussetzung für „shared decision making“, neue Episoden durch Früherkennung vermeiden, Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösestrategien sowie Motivation für weiterführende individuelle Psychotherapie

stärken. Je nach Konzept bestehen die Gruppen aus vier bis zehn Teilnehmern und treffen sind in der Regel mindestens zu 14 Sitzungen à 60 bis 90 Minuten. Neben den Begriffsklärungen, Ursachenmodellen (Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Synapsenmodell) geht es vor allem um die Behandlung durch Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen sowie um geeignete Strategien, mit depressiven und manischen Symptomen umzugehen, also das Erarbeiten von Frühwarnsignalen, Notfallplänen, Rückfallprophylaxe durch Tagesstruktur sowie angemessenem Umgang mit Suchtmitteln. Bei den Notfall- oder Krisenplänen ist es wichtig, dass konkrete Strategien erarbeitet werden, die der Betroffene in einer solchen Situation anwenden kann. Das Führen von Stimmungsskalen oder LifeCharts (nach dem NIMH) hat den großen Vorteil, dass die Betroffenen selbst erkennen können, welche Veränderungen oder Lebensereignisse zu einer Stimmungsveränderung geführt haben und die Behandler haben immer einen guten Überblick über den Verlauf der letzten Woche(n). Die Studienergebnisse der Kollegen in Barcelona zeigen einen sehr guten Erfolg. So können selbst nach fünf Jahren noch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gezeigt werden. Diese Ergebnisse konnten in München allerdings nicht repliziert werden.

Selbsthilfe

Auch die Selbsthilfe spielt eine große Rolle in der Behandlung der bipolaren Störung. Regelmäßige Treffen können Teil eines Wochenplans sein. Neben sozialen Kontakten findet hier ein professioneller Austausch über Symptome und Behandlungsstrategien statt. Frühwarnsignale, die von Mitpatienten beobachtet werden, können oft besser angenommen werden als von Angehörigen oder Behandlern.

Angehörige

Angehörige sollten immer mit in die Behandlung einbezogen werden, da sie als Vertrauensperson mithelfen können Frühwarnsignale rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls zum Schutz des Betroffenen nötige Behandlungsschritte

entscheiden können. Wichtig ist es hier zu beachten, dass die Angehörigen nicht in die Rolle der Kontrollperson schlüpfen und trotz der Aufgabe einer Vertrauensperson weitgehend neutral bleiben. Dies kann zum Beispiel dadurch geschehen, dass Unterstützung angeboten aber nicht aufgedrängt wird oder dass die Medikamenteneinnahme bei Stimmungsauffälligkeiten beobachtet aber nicht hinterfragt wird.

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend lässt sich darstellen, dass Psychotherapie ein zusätzlicher Baustein neben der Pharmakotherapie zur Optimierung der Behandlung bipolarer Erkrankungen ist und bestehende Konzepte aus dem englischen Sprachraum zum Teil in deutsche Manuale integriert wurden. Studienergebnisse zeigen unterschiedliche Ausprägungen der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen, neue Ansätze werden entwickelt und untersucht. Aktuell kann die neue S3-Leitlinie helfen zu entscheiden, in welcher Phase welche Intervention am effektivsten ist.

Die Grenzen der Psychotherapie liegen vor allem darin, dass sie meist nur in Kombination mit Medikamenten sinnvoll ist. Sie wirkt nur, wenn der Betroffene gesund genug ist, um Information aufzunehmen und Gelerntes umzusetzen. Nur wenige Psychotherapeuten sind auf bipolare Störung spezialisiert. Dementsprechend besteht hier Weiterbildungsbedarf auf Seiten der Therapeuten. Zudem sind bestehende Angebote im Bereich von Gruppeninterventionen aufgrund einer fehlenden Übersicht nur schwer zu identifizieren. Interessierte sollten hier bei den großen Behandlungszentren für bipolare Störungen wie zum Beispiel den Universitätskliniken nachfragen. Man muss sich aber auch bewusst machen, dass in einzelnen Fällen zusätzliche Psychoedukation/Psychotherapie zu keiner weiteren Verbesserung führen. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Dr. hum. biol. Britta Bernhard

Diplompsychologin
Psychologische Psychotherapeutin
Ilzweg 1, 82140 Olching
E-Mail: info@praxis-bernhard.de

Alkoholabusus

Riskanter Konsum älterer Menschen in Privathaushalt und Pflegeheim

Dem Thema Alkohol in höherem Lebensalter wurde lange Zeit wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dabei erhöht sich die Sensitivität gegenüber den negativen Wirkungen des Alkohols infolge altersbedingter physiologischer Veränderungen. Gleichbleibende Konsummengen können deshalb im höheren Alter mehr schaden als in jüngeren Jahren. Die Vulnerabilität älterer Menschen gegenüber Alkohol erhöht sich umso mehr, je stärker die Morbidität und die Multimedikation zunimmt.

SIEGFRIED WEYERER, MARTINA SCHÄUFELE, MANNHEIM



Altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels führen zu einer Abnahme der Alkoholtoleranz.

Drei Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, dass mit einem Anstieg der Anzahl älterer alkoholkranker Menschen zu rechnen ist:

1. Eine konstante Prävalenz von Alkoholproblemen vorausgesetzt, wird sich aufgrund des demografischen Wandels die Gesamtzahl alkoholkranker älterer Menschen erhöhen. In Deutschland werden im Jahr 2030 21,6 Millionen Menschen 65 Jahre und älter sein, im Jahr 2000 waren es noch 13,7 Millionen.
2. Es spricht einiges dafür, dass Alkoholkrankungen im höheren Alter überproportional ansteigen werden [1]. Eine maßgebliche Rolle spielt dabei, dass die zwischen 1946 und 1964 geborene Baby-Boom-Generation einen überdurchschnittlich hohen Alkoholkonsum aufweist und dieses Konsummuster im höheren Alter häufig beibehalten wird. Ein Indikator für diese Entwicklung ist beispielsweise, dass in Deutschland der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum von reinem Alkohol von 1950 (3,2 Liter) bis 1980 (12,9 Liter) erheblich angestiegen ist und 2011 (9,6 Liter) immer noch auf einem sehr hohen Niveau liegt [2]. In ihrem Editorial „Alcohol-related dementia: a 21st-century silent epidemic?“ gehen beispielsweise Gupta und Warner aufgrund des Kohorteneffekts von einem deutlichen Anstieg alkoholbedingter Demenzerkrankungen in England aus [3].
3. Aufgrund des medizinischen Fortschritts und verbesserter Behandlungsmöglichkeiten von Alkoholkranken ist mit einem Anstieg alt gewordener Alkoholkranker zu rechnen. Bereits von 1980 bis 2005 ist in Deutschland das durchschnittliche Alter der an alkoholbedingten Erkrankungen Verstorbenen von 53,1 auf 58,1 Jahre angestiegen [4].

Forschungsdefizit?

Der Mangel repräsentativer epidemiologischer Studien bei hochaltrigen Menschen ist sehr groß. Im vierten Bericht zur Lage der älteren Generation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird beklagt, dass Hochaltrige aus der Mehrzahl epidemiologischer und klinischer Studien ausgeschlossen sind [5]. In den letzten Jahren konnte das Forschungsdefizit etwas reduziert werden. In diesem Artikel berichten wir über neuere epidemiologische Ergebnisse aus deutschen Studien, in denen ältere Menschen in Privathaushalten und in Altenpflegeheimen untersucht wurden und konzentrieren uns hauptsächlich auf den riskanten Alkoholkonsum im höheren Lebensalter.

Riskante Alkoholkonsummuster

Bei der Klassifikation von Alkoholkonsummustern in der epidemiologischen Forschung setzt sich zunehmend eine erweiterte Sichtweise durch. Neben den manifesten alkoholbezoge-

nen Störungen (schädlicher Gebrauch/Alkoholmissbrauch; Alkoholabhängigkeit) werden auch Konsummuster unterhalb der klinischen Schwellen berücksichtigt. Von besonderer Bedeutung sind solche Konsummuster gerade bei älteren Menschen. Infolge altersbedingter physiologischer Veränderungen erhöht sich die Sensitivität gegenüber den (negativen) Wirkungen des Alkohols, unter anderem ist auch die Alkoholtoleranz vermindert. Gleichbleibende Konsummengen können deshalb im höheren Alter weitaus mehr schaden als in jüngeren Jahren. Die Vulnerabilität älterer Menschen gegenüber Alkohol erhöht sich umso mehr, je stärker mit dem Alter die Morbidität und, damit verbunden, die (Multi-)medikation zunimmt [6].

Während zur Diagnostik manifester Störungen die Kriterien von ICD-10 oder DSM IV und darauf basierende Instrumente weitgehend etabliert sind, stößt man bei der Klassifikation von Alkoholkonsummustern im subklinischen Bereich bereits bei den Bezeichnungen auf eine große Vielfalt: „Schweres Trinken“ (heavy drinking), „ungesunder Konsum“ (unhealthy consumption) oder „riskantes Trinken“ (at-risk drinking) sind nur einige Beispiele für die Begriffsvielfalt. Damit verbunden sind oft unterschiedliche Definitionen und Grenzwerte für Alkoholkonsummengen und -muster, die Interpretation und Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse erheblich erschweren können [7].

Klassifikation

Zur Klassifikation riskanter Konsummuster werden zumeist Richt- oder Grenzwerte angewandt, die von verschiedenen Fachgesellschaften auf der Grundlage epidemiologischer Befunde zu den Risiken des Alkoholkonsums abgeleitet wurden (z. B. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA [8]; British Medical Association, BMA [9]). Eine hohe Akzeptanz fanden in Deutschland lange Zeit die Kriterien der BMA [9], die auch in den Studien von Bühringer et al. [10] und Weyerer et al. [11] verwendet wurden. Danach beginnt riskanter Alkoholkonsum bei einem Konsum von durchschnittlich mehr als 20 g (20 g entsprechen etwa 0,5 l Bier oder 0,2–0,25 l Wein) reinen Alkohols pro Tag bei Frauen und 30 g bei Männern. Auf der Basis neuerer Erkenntnisse setzt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) jedoch mittlerweile den Beginn riskanten Konsums bei niedrigeren Grenzwerten an: 12 g reiner Alkohol pro Tag für Frauen und 24 g für Männer [12]. Das NIAAA und The American Geriatrics Society hingegen empfehlen für Menschen ab 65 Jahren aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität generell eine niedrigere Alkoholkonsumgrenze, die bei beiden Geschlechtern ein Standardgetränk pro Tag (à 15 g reiner Alkohol) nicht überschreiten sollte [8, 13].

Um die Darstellung zu vereinfachen, werden solche Alkoholkonsummuster im Folgenden zusammenfassend als riskanter

Alkoholkonsum bezeichnet, in Abgrenzung zu risikoarmem Konsum und Abstinenz.

Ergebnisse aus Bevölkerungsstudien

In Deutschland lagen für Menschen im Alter von über 60 Jahren lange Zeit nur die Ergebnisse der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus den Jahren 1995/1996 vor [10]. Im Zuge der wachsenden Bedeutung von Alkoholproblemen im höheren Alter wurden in den letzten Jahren mehrere größere Bevölkerungsstudien zum riskanten Alkoholkonsum bei älteren Menschen durchgeführt [11, 14–16].

Den Ergebnissen von Bühringer et al. [10] zufolge konsumierten nach den BMA-Kriterien 15,4% der über 59-Jährigen in Deutschland Alkohol im riskanten Bereich, wobei sich auch in den höheren Altersgruppen das bekannte Geschlechtergefälle zeigte: Riskanten Konsum betrieben 26,9% der Männer und 7,7% der Frauen. Im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen weisen diese Raten auf einen deutlichen Rückgang riskanten Konsums im höheren Alter hin.

DEGS- und KNDD-Studie

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) liefert die aktuellsten Ergebnisse zum riskanten Alkoholkonsum [16]. Bei 7.591 Personen von 18 bis 79 Jahren wurde der Risikokonsum in einem Selbstbeurteilungsbogen mit drei Fragen des Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption (AUDIT-C) erhoben. Am häufigsten ist der riskante Alkoholkonsum bei jüngeren Menschen von 18 bis 29 Jahren (Männer 54,2%; Frauen 36,0%), in der Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren (Männer 34,4%; Frauen 18,0%) ist die Häufigkeit am geringsten. Die bislang einzige größere Studie, die Alkoholkonsummuster bei Hochaltrigen in Deutschland untersuchte, wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen (KNDD) durchgeführt [11]. In einer Hausarztstudie in sechs großstädtischen Regionen Deutschlands (Bonn, Düsseldorf, Hamburg, Leipzig, Mannheim, München) wurden 3.224 nicht demenziell erkrankte Personen (≥ 75 Jahre), die in Privathaushalten leben, nach ihrem aktuellen Alkoholkonsum befragt (Tabelle 1). 50,1% der Patienten waren abstinent, 43,4% hatten (nach BMA-Kriterien [9]) einen moderaten Alkoholkonsum (täglich Konsum < 20 g bei Frauen; < 30 g bei Männern) und 6,5% einen riskanten Alkoholkonsum (Männer 12,1%; Frauen

3,6%). Die Raten riskanten Konsums nehmen auch nach dem 75. Lebensjahr weiter ab von 7,6% (75- bis 79-Jährige) auf 4,6% (> 85-Jährige). Nach Kontrolle von soziodemografischen Variablen und Gesundheitsmerkmalen war ein statistisch signifikanter Zusammenhang (adj. Odds Ratio: 2,1; 95% Konfidenzintervall, KI: 1,1–4,2) zwischen riskantem Alkoholkonsum und einer Lebererkrankung festzustellen. Personen mit riskantem Alkoholkonsum waren im Vergleich zu Personen mit geringem bis mäßigem Alkoholkonsum mehr als zweimal so häufig Raucher (adj. OR: 2,2; 95% KI: 1,4–3,5).

Gesundheitliche Probleme eher Ursache als Folge

Die erhebliche Differenz zwischen den Geschlechtern, der altersbezogene Rückgang riskanten Alkoholkonsums und die Zunahme der Prävalenz von Alkoholabstinenz sind Muster, die ungeachtet der methodischen Heterogenität und der teilweise großen Variation der ermittelten Prävalenzraten nahezu in allen bisherigen Untersuchungen vorgefunden wurden. Dies gilt auch für die internationalen Studien, die vor allem in den USA durchgeführt wurden [11].

In Querschnittsstudien fand man häufig ein paradox erscheinendes Ergebnis: Abstinente ältere Menschen haben im Vergleich zu trinkenden Altersgenossen mehr gesundheitliche Einschränkungen [14, 18, 19], sind häufiger sozial depriviert und weniger aktiv [20, 21]. Längsschnittbefunde weisen darauf hin, dass die Zunahme gesundheitsbezogener Probleme der Reduktion des Alkoholkonsums oder der Abstinenz im höheren Alter in der Regel vorausgeht [22]. Gesundheitliche und soziale Probleme sind demnach eher Ursache als Folge der Alkoholabstinenz. Alkoholkonsum im risikoarmen oder moderaten Bereich ist häufig mit hoher Lebensqualität im Alter verknüpft [23].

Gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

Die meisten epidemiologischen Studien zu den gesundheitlichen Folgen von Alkoholkonsum liegen für die mittleren Altersgruppen vor. Untersuchungen, die höhere Altersgruppen einschlossen, kamen mehrheitlich zu ähnlichen Befunden wie bei den Jüngeren: Es resultierte eine J- oder U-förmige Beziehung zwischen der Alkoholkonsummenge und der Entstehung verschiedener Erkrankungen sowie der Überlebenszeit. Demnach ist Alkoholkonsum in geringer bis moderater Dosis nicht schädlicher als völlige Abstinenz (J-Form) oder sogar günstiger, entfaltet also eine förderliche Wirkung (U-Form). Höhere Konsummengen hingegen können die physische und psychische Gesundheit umfassend schädigen und sind mit schwerwiegenden sozialen Folgen und vorzeitiger Mortalität assoziiert.

Nach Moore et al. [24] können sich durch überhöhten Alkoholkonsum bei älteren Menschen vor allem die weit verbreitete Erkrankungen Bluthochdruck, Diabetes mellitus, gastrointestinale Erkrankungen, Gicht, Schlaflosigkeit, Depression und kognitive Beeinträchtigungen verschlechtern. Infolge der physiologischen Veränderungen bei älteren Menschen ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass selbst kleine Menge von Alkohol die Wirkung von zusätzlich eingenommenen Medikamenten verstärken oder herabsetzen oder gefährliche Interaktionen hervorrufen [25, 24]. Stürze, Frakturen, Verwirrheitszustände, Mangelernährung, Inkontinenz [26, 27] und erhöhte Suizi-

Tabelle 1

Alkoholkonsum bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten in Deutschland [11]			
Alkoholkonsum	Männer (n = 1.107)	Frauen (n = 2.117)	Gesamt (n = 3.224)
Abstinent	26,6%	62,4%	50,1%
Leichtes bis moderates Trinken (Alkohol < 20 g/d bei Frauen, < 30 g/d bei Männern)	61,3%	34,0%	43,4%
Risikantes Trinken (Alkohol > 20 g/d bei Frauen, > 30 g/d bei Männern)	12,1%	3,6%	6,5%

alität [28] sind weitere negative Gesundheitsfolgen, die speziell bei älteren Alkoholkonsumenten vermehrt auftreten.

Die beschriebenen U- oder J-förmigen Zusammenhänge konnten in großangelegten Längsschnittstudien sowohl an jüngeren als auch an älteren Kohorten mehrfach repliziert werden, insbesondere für kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen [29–31] und die Mortalität [32, 33].

Demenzielle Erkrankungen

Auch im Hinblick auf demenzielle Erkrankungen, die den Hauptgrund für schwere Pflegebedürftigkeit im Alter darstellen, wurde die beschriebene Dosis-Wirkungsbeziehung von Alkohol ermittelt. Es besteht kein Zweifel, dass dauerhafter Alkoholmissbrauch das Risiko für kognitive Beeinträchtigungen und demenzielle Erkrankungen erheblich erhöht [3].

Aus einer neueren Übersichtsarbeit [34] geht hervor, dass ein starker Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit für eine demenzielle Erkrankung um durchschnittlich 12% erhöht. Dagegen ist bei leichtem Alkoholkonsum das Demenzrisiko um 25% und bei moderatem Konsum um 31% reduziert. Dieser signifikante Zusammenhang wurde gefunden bei

- allen Demenzformen (Reduktion um 23%),
- der Alzheimer-Krankheit (Reduktion um 27%) und
- den vaskulären Demenzen (Reduktion um 34%).

An diesen Ergebnissen wird oft kritisiert, dass die positiven Auswirkungen eines leichten/moderaten Alkoholkonsums dadurch zu erklären sind, dass sich in der Gruppe der Alkoholabstinenten ehemalige Alkoholranke befinden. Studien, die explizit dieser Frage nachgegangen sind, zeigen: Auch wenn ehemalige Alkoholranke aus der Gruppe der Abstinenten ausgeschlossen werden, ist nach wie vor eine signifikante Reduktion des Demenzrisikos um durchschnittlich 21% festzustellen.

Die in Deutschland erstmals in der AgeCoDe-Studie bei ≥75-Jährigen erhobenen Befunde [35] stehen in Einklang mit Ergebnissen aus dem Ausland: Auch nach Kontrolle einer Vielzahl von anderen Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Alleinleben, Rauchen, Depression, leichte kognitive Störungen, körperliche Erkrankungen, genetisches Risiko) hatten Personen mit geringem bis mäßigem Alkoholkonsum eine signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit, im Laufe eines Beobachtungszeitraums von drei Jahren an einer Demenz zu erkranken. Bezogen auf alle Demenzen war das Risiko um 29% niedriger, bezogen auf die Alzheimer-Erkrankung um 42% niedriger.

Alkoholbezogene Störungen in Pflegeheimen

In Deutschland leben derzeit von den 2,34 Millionen pflegebedürftigen Menschen 31% in Einrichtungen der stationären Altenhilfe [36]. Im Rahmen des Forschungsprojekts „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MUG IV) haben Schäufele et al. [7] bei 4.476 Heimbewohnern untersucht: „Wie hoch ist der Alkoholkonsum bei den Heimbewohnern und wie häufig wurde von ärztlicher Seite eine Alkoholdiagnose dokumentiert?“

Derzeit leiden etwa zwei Drittel der Bewohner in Altenpflegeheimen in Deutschland an einer Demenz und ihre Befragung liefert keine zuverlässigen Ergebnisse. Um ein wirklich vollständiges Bild über alle Heimbewohner zu bekommen, wurde deren

Alkoholkonsum vom qualifizierten Pflegepersonal eingeschätzt: Sie sind die wichtigsten Interaktionspartner der Heimbewohner und können den Alkoholkonsum und andere gut beobachtbare Verhaltensweisen zuverlässig beurteilen. Insgesamt waren 82,5% der Bewohner im Bezugszeitraum (letzte vier Wochen vor Stichtag) alkoholabstinent (**Tabelle 2**). Erwartungsgemäß kam Abstinenz deutlich häufiger bei den Frauen (85,4%) als bei den Männern (72%) vor. Riskantes Trinken war bei 0,3% der Heimbewohnerschaft festzustellen, auch hier wesentlich häufiger bei den Männern (0,8%) als bei den Frauen (0,2%).

Im Vergleich zum aktuellen Konsum war die Prävalenz der Alkoholdiagnosen, die üblicherweise beim Heimeintritt bereits vorlagen, weit höher. 5,8% der Bewohnerschaft wiesen eine solche Diagnose auf, wobei „schädlicher Gebrauch von Alkohol“, Korsakow-Syndrom und Alkoholdemenz im Vordergrund standen. Auch hier überstieg der Anteil betroffener Männer mit 17,2% den der Frauen (2,6%) um ein Vielfaches. Die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholdiagnose war positiv assoziiert mit: männlichem Geschlecht, jüngerem Alter, weniger sozialen Kontakten mit Verwandten und Freunden, geringerem Grad an funktionellen Einschränkungen, tendenziell ausgeprägterer neuropsychiatrischer Symptomatik, häufigerem riskanten Alkoholkonsum sowie Rauchen und teilweise mit erhöhter somatischer Morbidität (z. B. Lebererkrankungen). Zwischen den einzelnen Einrichtungen variierte die Prävalenz alkoholbezogener Störungen von 0–30%, was darauf hinweist, dass sich einige Einrichtungen auf die Versorgung von älteren Menschen mit chronischen Alkoholstörungen spezialisiert haben [7].

Diese Ergebnisse bestätigen indirekt internationale Befunde, wonach Alkoholstörungen mit zunehmendem Alter der Betroffenen deren Institutionalisierungsrisiko deutlich erhöhen [37, 38]. Alkoholbezogene Störungen sind demnach weniger die Folge des Heimeintritts, sondern scheinen vielmehr der Grund dafür zu sein, worauf in der vorliegenden Studie auch der hohe Anteil von Demenz-Syndromen (67,3%) unter den Personen mit Alkoholdiagnose hinweist.

Brennan und Greenbaum [39] identifizierten in ihrer großangelegten Studie im Rahmen des National Nursing Home Sur-

Tabelle 2

Alkoholkonsum und Alkoholdiagnosen (ICD-10: F10) bei Bewohnern in 58 Altenpflegeheimen in Deutschland [7]

Alkoholkonsum	Männer (n = 988)	Frauen (n = 3.488)	Gesamt (n = 4.476)
Abstinent	72,0%	85,4%	82,5%
Leichtes bis moderates Trinken (Alkohol < 20 g/d bei Frauen, < 30 g/d bei Männern)	27,1%	14,4%	17,2%
Riskantes Trinken (Alkohol > 20 g/d bei Frauen, > 30 g/d bei Männern)	0,8%	0,2%	0,3%
Alkoholdiagnosen in der Pflegedokumentation	17,2%	2,6%	5,8%
Schwankungsbreite in den 58 Heimen	(0–50,0)	(0–11,1)	(0–30,6)

vey, die auf über 22.000 Bewohnern von Pflegeheimen in den USA basiert, mit 15,1 % einen ähnlich hohen Anteil von Personen fast ausschließlich männlichen Geschlechts, bei denen in den letzten drei Jahren eine Alkoholdiagnose gestellt worden war. Das Merkmalsmuster, das die Autoren [39] bei jenen Bewohnern mit Alkoholstörungen im Vergleich zu einer gematchten Gruppe ohne Alkoholstörungen vorfanden, zeigte sich auch in der aktuellen Studie sowie in den früheren Untersuchungen von Weyerer et al. [40, 41]: Ein geringerer Grad der funktionellen Einschränkungen, häufiger ungefestigte soziale Beziehungen, weniger Kontakte zu Angehörigen oder Freunden, deutlich häufigeres tägliches Rauchen und Alkoholkonsum sowie tendenziell ausgeprägtere Verhaltensprobleme.

Fazit für die Praxis

Trotz der Heterogenität epidemiologischer Alkoholstudien sind zwei Muster durchgängig erkennbar: Ältere Frauen sind deutlich häufiger abstinent als ältere Männer und wenn sie Alkohol konsumieren, ist der Konsum seltener riskant oder gefährlich als der der Männer. Das zweite konsistente Muster betrifft den Rückgang des Alkoholkonsums (einschließlich des riskanten Konsums) mit zunehmendem Lebensalter. Unsere bundesweite Studie ergab, dass auch jenseits des 75. Lebensjahrs deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen, der Alkoholkonsum mit zunehmendem Alter abnimmt und (wie auch bei Jüngeren) signifikant mit dem Rauchen und Lebererkrankungen assoziiert ist.

Für den insgesamt geringeren Anteil älterer Alkoholabhängiger sind unterschiedliche Gründe verantwortlich: Wegen der um ein Vielfaches höheren Mortalitätsrate dieser Menschen erreichen nur relativ wenige ein höheres Lebensalter. Altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels führen zu einer Abnahme der Alkoholtoleranz. Im höheren Alter auftretende gesundheitliche Beschwerden und chronische Erkrankungen können zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen („sick quitter effect“).

Einige wenige Studien in den USA und Deutschland weisen darauf hin, dass psychische Störungen durch Alkohol bei älteren Menschen in Einrichtungen der Langzeitpflege deutlich häufiger auftreten, als bei der nicht institutionalisierten Altenbevölkerung [39, 41]. In unserer bundesweiten Heimstudie war der aktuelle Alkoholkonsum zwar sehr niedrig, es wurden aber vergleichsweise hohe Prävalenzraten (5,8%) von ärztlich gestellten Alkoholdiagnosen (verschlüsselt nach ICD-10: F 10) ermittelt. In einzelnen Einrichtungen wurden jedoch bei bis zu 30% der Bewohner Alkoholdiagnosen in der Pflegedokumentation vorgefunden, in anderen wiederum lag die Rate bei 0%. Insgesamt unterstreichen die aktuellen bundesweiten Befunde die Ergebnisse von vorausgegangenen US-amerikanischen oder regionalen Studien in Deutschland [39–41]: Ältere Menschen mit Alkoholstörungen stellen in sozialer und medizinischer Hinsicht eine besondere Gruppe innerhalb der Heimbewohnerschaft dar. Obwohl der aktuelle Alkoholkonsum im Heim auch in dieser Gruppe – vermutlich aufgrund der häufig vorkommenden demenziellen Entwicklungen und der damit verknüpften Beschaffungsprobleme – relativ gering ist, stellen Personen mit Alkoholdiagnose spezielle Anforderungen an die Pflegekräfte und Ärzte.

Um den Folgen von riskantem Alkoholkonsum in möglichst frühen Phasen vorzubeugen, wurden vor allem im anglo-amerikanischen Sprachraum Kurzinterventionen zum Einsatz in der medizinischen

Grundversorgung konzipiert [42, 43]. Kurzinterventionen sind auf die Reduktion des Alkoholkonsums ausgerichtet, umfassen prinzipiell nur wenige Kontakte und bestehen meist aus einer ein- bis mehrmaligen Beratung, und/oder dem Aushändigen einer Broschüre. Während bei jüngeren Bevölkerungsgruppen bereits eine umfangreichere Datenbasis zur Wirksamkeit von in der Regel primärärztlichen Kurzinterventionen bei überhöhtem Alkoholkonsum existiert (z. B. [44]), liegen für ältere Menschen nur wenige randomisierte und kontrollierte Studien vor. Ähnlich wie bei den Jüngeren bestätigte sich in diesen Studien auch für die über 65-jährigen Risikokonsumenten: Der Alkoholkonsum ging nach einer Kurzintervention signifikant zurück und Rauschtrinken kam seltener vor [45–47].

Befunde aus Therapiestudien an jüngeren Altersgruppen werden häufig ungeprüft auf das höhere Lebensalter übertragen. Bezogen auf ältere Menschen sind die Optimierung der medikamentösen, psychosozialen und pflegerischen Interventionen sowie die Anpassung von Therapierichtlinien an altersspezifische Bedürfnisse von großer Bedeutung. Im deutschsprachigen Raum gibt es kaum Interventionsstudien bei älteren alkoholkranken Menschen [48]. Dabei sind die international berichteten Befunde recht ermutigend. Werden ältere Alkoholabhängige behandelt, so ist die Prognose durchaus günstig. Dies gilt vor allem für Patienten mit spätem Krankheitsbeginn. Auch Kurzinterventionen im Rahmen von Hausarztkonsultationen haben sich bei älteren Menschen mit Alkoholproblemen als effektiv erwiesen [45].

Es ist erfreulich, dass mit der Kampagne der DHS [49] der Brückenschlag zwischen Sucht- und Altenhilfe hergestellt und diese Strategie in den letzten Jahren auch im Rahmen von Forschungsprojekten zu dem Thema „Sucht im Alter“ fortgeführt wurde, etwa in den acht Modellprojekten des Bundesgesundheitsministeriums oder dem Förderschwerpunkt der Landesstiftung Baden-Württemberg. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. phil. Siegfried Weyerer

Arbeitsgruppe Psychiatrische Epidemiologie und Demographischer Wandel
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim/
Universität Heidelberg, J 5, 68159 Mannheim
E-Mail: siegfried.weyerer@zi-mannheim.de

Prof. Dr. sc. hum. Martina Schäufele

Hochschule Mannheim-University of Applied Sciences
Paul-Wittsack-Str. 10, 68163 Mannheim
E-Mail: m.schaeufele@hs-mannheim.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 NT1401ML

gültig bis 4.2.2014

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.

DOI: 10.1007/s15016-013-0301-1

Riskanter Alkoholkonsum älterer Menschen

Warum steigen Alkoholerkrankungen bei älteren Menschen in Deutschland überproportional an?

- Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich verschlechtert.
- Es wird zunehmend hochprozentiger Alkohol getrunken.
- Die zwischen 1946 und 1964 geborene Baby-Boom-Generation weist einen überdurchschnittlich hohen Alkoholkonsum auf.
- Der Preis alkoholischer Getränke ist zu niedrig.
- Das Wissen über die Auswirkungen des Alkoholkonsums hat abgenommen.

Wieso ist ein riskanter Alkoholkonsum von besonderer Bedeutung bei älteren Menschen?

- Die Alkoholtoleranz nimmt im Alter zu.
- Gleichbleibende Konsummengen schaden im höheren Alter weniger als in jungen Jahren.
- Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol spielen bei alten Menschen eine geringere Rolle.
- Aufgrund der Erfahrungen im Umgang mit alkoholischen Getränken vertragen ältere Menschen Alkohol besser.
- Infolge altersbedingter physiologischer Veränderungen erhöht sich die Sensitivität gegenüber den negativen Auswirkungen des Alkohols.

Welche Grenzwerte legt die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) für den Beginn riskanten Alkoholkonsums von reinem Alkohol pro Tag an?

- 10 g für Frauen und Männer

- 10 g für Frauen und 20 g für Männer
- 12 g für Frauen und 24 g für Männer
- 15 g für Frauen und 30 g für Männer
- Über 25 g für Frauen und Männer

Welche Faktoren tragen nicht dazu bei, dass die Prävalenz von Alkoholerkrankungen bei älteren Menschen abnimmt?

- Wegen der höheren Mortalitätsrate erreichen nur relativ wenige Menschen mit überhöhten Alkoholkonsum ein höheres Lebensalter.
- Altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels führen zu einer Abnahme der Alkoholtoleranz.
- Im höheren Alter auftretende gesundheitliche Beschwerden und chronische Erkrankungen können zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen.
- Ältere Menschen haben eine erhöhte Alkoholtoleranz.
- Der Alkoholkonsum in Pflegeheimen ist aufgrund häufiger demenzieller Entwicklungen und der damit verknüpften Beschaffungsprobleme relativ gering

Welche Aussage trifft nicht auf den Alkoholkonsum älterer Menschen zu?

- Ältere Frauen sind deutlich häufiger abstinent als ältere Männer.
- Speziell bei älteren Alkoholkonsumenten tritt Suizidalität vermehrt auf.
- Überhöhter Alkoholkonsum ist mit einer Zunahme von Lebererkrankungen assoziiert.
- Überhöhter Alkoholkonsum verbessert die Schlaflosigkeit.
- Überhöhter Alkoholkonsum fördert Depressionen.

Wie häufig tritt ein riskanter Alkoholkonsum bei Menschen in der Altersgruppe von 65 bis 79 Jahren in Deutschland auf?

- Bei unter 10%.
- Bei etwa 23% der Männer und 14% der Frauen.
- Bei etwa 34% der Männer und 18% der Frauen.
- Bei etwa 45% der Männer und 25% der Frauen.
- Bei über 50%.

Welche Auswirkungen hat ein leichter/moderater Alkoholkonsum auf die Inzidenz von demenziellen Erkrankungen?

- Es gibt dazu keine Verlaufsstudien, deshalb sind die Auswirkungen nicht bekannt.
- Der Zusammenhang konnte in zahlreichen randomisierten klinischen Studien untersucht werden.
- Die positiven Auswirkungen eines leichten/moderaten Alkoholkonsums sind ausschließlich dadurch zu erklären, dass sich in der Vergleichsgruppe der Abstinente ehemalige Alkoholiker befinden.
- Es ist bislang nicht gesichert, dass ein dauerhafter Alkoholmissbrauch das Auftreten kognitiver Einschränkungen erhöht.
- Auch bei Hochaltrigen konnte in prospektiven Verlaufsstudien gezeigt werden, dass ein leichter/moderater Alkoholkonsum die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, reduziert.

Welche Bedeutung haben Alkoholprobleme bei älteren Menschen in Pflegeheimen?

- Alkoholranke ältere Menschen werden nur äußerst selten in ein Pflegeheim aufgenommen.
- Der aktuelle Alkoholkonsum von Heimbewohnern ist zwar sehr niedrig, aber es werden relativ viele ehemalige Alkoholranke aufgenommen.
- Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen werden vor allem Frauen mit Alkoholproblemen in Heime aufgenommen.
- Wegen der großen psychischen Belastung nach einer Heimaufnahme fangen sehr viele Heimbewohner damit an, Alkohol zu trinken.
- Der Konsum auch geringer Alkoholmengen wird von der Heimleitung nicht toleriert.

Welche der folgenden soziodemografischen und klinischen Charakteristika haben Bewohner von Pflegeheimen mit Alkoholdiagnose?

- Höherer Grad der funktionellen Einschränkungen.
- Häufiger gefestigte soziale Beziehungen.
- Mehr Kontakte zu Angehörigen und Freunden.
- Deutlich häufigeres tägliches Rauchen.
- Weniger ausgeprägte Verhaltensprobleme.

Wie ist bei älteren Menschen mit Alkoholproblemen die Behandlungsprognose einzuschätzen?

- Die Prognose ist besonders günstig bei den älteren Menschen, die schon sehr früh mit dem Trinken begonnen haben.
- Wegen der geringeren Lebenserwartung ist es nicht sinnvoll, ältere Menschen zu therapieren.
- Es ist nicht möglich, Therapierichtlinien

an die Bedürfnisse älterer alkoholranke Menschen anzupassen.

- Kurzinterventionen im Rahmen von Hausarztkonsultationen haben sich bei älteren Menschen mit riskantem Alkoholkonsum als effektiv erwiesen.
- Alkoholranke, die erst im höheren Alter mit dem Trinken begonnen haben, haben eine besonders ungünstige Prognose.

Bitte beachten Sie: Diese zertifizierte Fortbildung ist 12 Monate auf springermedizin.de/eakademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmechluss.

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 dem Heft daher bitte die richtige Zuordnung.



Top bewertet in der e.Akademie



Psychiatrie

► Esstörungen

aus: Neurotransmitter 11/2013
 von: Ulrich Voderholzer, Ulrich Cuntz, Martin Greetfeld
 zertifiziert bis 22.11.2014
 Medienformat: e.CME | e.Tutorial

► Kognition und Herzinsuffizienz: Auch die neuropsychologische Hirnleistung sinkt

aus: Neurotransmitter 9/2013
 von: D. Lenski, M. Böhm, I. Kindermann
 zertifiziert bis 11.9.2014
 Medienformat: e.CME | e.Tutorial

► Tiefe Hirnstimulation beim Tourette-Syndrom: Therapieresistente Patienten profitieren von THS

aus: Neurotransmitter 6/2013
 von: Kirsten R. Müller-Vahl
 zertifiziert bis 11.6.2014
 Medienformat: e.CME | e.Tutorial

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

Teilnahmemöglichkeit:
Exklusiv im e.Med-Paket

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

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

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



Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Ed.). Substanzkonsum im Alter - ein vernachlässigtes Problem. Drogen im Blickpunkt 2008; 18: 1-4.
2. Gaertner B, Meyer C, John U, Freyer-Adam J. Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2013 (pp.36-66). Pabst:Lengerich 2013.
3. Gupta S, Warner J. Alcohol-related dementia: a 21st-century silent epidemic? *British Journal of Psychiatry* 2008; 193: 351-353.
4. Rübner SP. Die Erfassung alkoholbedingter Sterbefälle in der Todesursachenstatistik 1980 bis 2005. *Wirtschaft und Statistik* 2007; 3: 278-290.
5. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Berlin 2002.
6. Weyerer S, Schäufele M. Alkohol und Tabak beim älteren Menschen. In Singer MV, Batra A, Mann K (Hrsg.) Alkohol, Tabak und Folgeerkrankungen (pp.451-457). Thieme Verlag: Stuttgart 2011.
7. Schäufele M, Weyerer S, Hendlmeier I, Köhler L. Alkoholbezogene Störungen bei Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe: eine bundesweite repräsentative Studie. *Sucht* 2009; 55: 292-302.
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). The physician guide to helping patients with alcohol problems. Bethesda: NIAAA 1995.
9. British Medical Association. Alcohol: guidelines on sensible drinking. London: British Medical Association 1995.
10. Bühringer G, Augustin R, Bergmann E, Bloomfield K, Funk W, Junge B, Kraus L, Mersert-Diete C, Rumpf HJ, Simon R, Töppich J. Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos 2000.
11. Weyerer S, Schäufele M, Eiffaender-Gorfer S, Köhler L, Maier W, Haller F, Cvetanovska-Pillashiniku G, Pentzek M, Fuchs A, van den Bussche, H Zimmermann T, Eisele M, Bickel H, Mösch E, Wiese B, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG for the German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition, Dementia in Primary Care Patients). At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009; 24: 1376-1385.
12. Seitz HK, Bühringer G, Mann K. Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2008 (pp. 205-208). Geesthacht: Neuland 2008.
13. The American Geriatrics Society. Clinical guidelines for alcohol use disorders in older adults. Retrieved September 01, 2005, from <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml>. 2005
14. Du Y, Scheidt-Nave C, Knopf H. Use of psychotropic drugs and alcohol among non-institutionalised elderly adults in Germany. *Pharmacopsychiatry* (2008); 41: 242-251.
15. Kraus L, Baumeister SE. Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht* 2008; 54: 6-15.
16. Hapke U, von der Lippe E, Gaertner B. Risikanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 809-813.
17. Schäufele M. Epidemiologie riskanten Alkoholkonsums im höheren Lebensalter: eine Übersicht. *Suchttherapie* 2009; 10: 1- 8.
18. Kirchner JE, Zubritsky C, Cody M, Coakley E, Chen H, Ware JH, Oslin DW, Sanchez HA, Durai UN, Miles KM, Lorente MD, Costantino G, Levkoff S. Alcohol consumption among older adults in primary care. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 22: 92-97.
19. Balsa AI, Homer JF, Fleming MF, French MT. Alcohol consumption and health among elders. *The Gerontologist* 2008; 48: 622-636.
20. Adams WL. Alcohol use in retirement communities. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996; 44: 1082-1085.
21. Hajat S, Haines A, Bulpitt C, Fletcher A. Patterns and determinants of alcohol consumption in people aged 75 years and older: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the Community. *Age and Ageing* 2004; 33: 170-177.
22. Moos RH, Schutte K, Brennan P, Moos BS. Ten-years patterns of alcohol consumption and drinking problems among older women and men. *Addiction* 2004; 99: 829-838.
23. Ferreira MP, Willoughby D. Alcohol consumption: the good, the bad, and the indifferent. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 2008; 33: 12-20.
24. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 2007; 5: 64-74.
25. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people: redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal* 2003; 327: 664-667.
26. Blow FC, Barry K L Older patients with at-risk and problem drinking patterns: new developments in brief interventions. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2000; 13: 115-123.
27. Lynskey MT, Day C, Hall W. Alcohol and other drug use disorders among older-aged people. *Drug and Alcohol Review* 2003; 22: 125-133.
28. Waern M, Spak F, Sundh V. Suicidal ideation in a female population sample. Relationship with depression, anxiety disorder and alcohol dependence/abuse. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2002; 252(2): 81-5.
29. Tolstrup J, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Mukamal KJ Grønbaek M. Prospective study of alcohol drinking patterns and coronary heart disease in women and men. *British Medical Journal* 2006; 332: 1244-1248.
30. Rimm EB, Moats C. Alcohol and coronary heart disease: drinking patterns and mediators of effect. *Annals of Epidemiology* 2007; 17: 3-7.
31. Mukamal K. Alcohol intake and non-coronary cardiovascular disease. *Annals of Epidemiology* 2007; 17: 8-12.
32. Di Castelnuovo A, Constanzo S, Bagnardi V, Donati MB, de Gaetano G. Alcohol dosing and total mortality in men and woman: an update meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166: 2437-2445.
33. Klatsky AL, Udaltsova N. Alcohol drinking and total mortality risk. *Annals of Epidemiology* 2007; 17: 63-67.
34. Neafsey EJ, Collins MA. Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2011; 7: 465-484.
35. Weyerer S, Schäufele M, Wiese B, Maier W, Tebarth F, van den Bussche H, Pentzek M, Bickel H, Luppma M, Riedel-Heller SG, for the German AgeCoDe Study group (German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients). Current alcohol consumption and its relationship to incident dementia: results from a 3-year follow-up study among primary care attenders aged 75 years and older. *Age and Ageing* 2011; 40(4), 456-463.
36. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2013.
37. Adams WL, Cox NS. Epidemiology of problem drinking among elderly People. *International Journal of Mental Health and Addiction* 1995; 30:1693-1716.
38. Lakhani N. Alcohol use amongst community-dwelling elderly people: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25(6):1227-32.
39. Brennan PL, Greenbaum MA. Functioning, problem behavior and health services use among nursing home residents with alcohol-use disorders: nationwide data from the VA minimum data set. *The Journal of Studies on Alcohol* 2005; 66: 395-400.
40. Weyerer S Schäufele M, Zimmer A. Alcohol problems among residents in old age homes in the city of Mannheim, Germany. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33: 825-830.
41. Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I. Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen: Repräsentative Ergebnisse aus der Stadt Mannheim, Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 2006; 19: 229-235.
42. Lieb B, Rosien M, Bonnet U, Scherbaum N. Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2008; 76: 75-85.
43. Rumpf HJ, John U, Hapke U, Bischof G. Möglichkeiten der Intervention bei Alkoholproblemen im höheren Lebensalter. *Sucht* 2009; 5: 303-311.
44. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populati-

- ons. Cochrane Database Systematic Review 2007, CD004148.
45. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher E A. Brief physician advice for alcohol problems in older adults: a randomized community-based trial. *Journal of Family Practice* 1999; 48: 378-384.
 46. Fink A, Elliott M N, Tsai M, Beck JC. An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol. *Journal of the American Geriatrics Society* 2005; 53: 1937-1943.
 47. Oslin DW, Grantham S, Coakley E, Maxwell J, Miles K, Ware J, Blow FC, Krahn DD, Bartels SJ, Zubritsky C, Olsen E, Kirchner JE, Levkoff S. PRISM-E: comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. *Psychiatric Services* 2006; 57: 954-958.
 48. Rumpf HJ, Weyerer S Suchterkrankungen im Alter. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2006* (pp. 189-199). Geesthacht: Neuland 2006.
 49. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Ed.). *Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfen*. Hamm 2006.

Helmut-Bauer-Nachwuchspreis für MS-Forschung 2013

— Zum zehnten Mal hat die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) den Helmut-Bauer-Nachwuchspreis für Multiple-Sklerose-(MS-)Forschung vergeben. Das Preisgeld, gestiftet von der Firma Biogen, geht 2013 mit je 5.000 € an zwei Nachwuchswissenschaftler der Neuroimmunologie, Mag. Isabella Wimmer aus Wien und Dr. Alexander Schwarz aus Heidelberg. Die Preisverleihung fand am 13. November 2013 während der 22. Multiple-Sklerose-Lecture an der UMG statt. Veranstalter ist das Institut für Neuropathologie in Zusammenarbeit mit der Klinik für Neurologie und dem Institut für Multiple-Sklerose-Forschung (IMSF) der UMG. Der Göttinger Helmut-Bauer-Nachwuchspreis ist der höchst dotierte Nachwuchsförderpreis für Multiple-Sklerose-Forschung in Deutschland.

Nach Informationen von Biogen

Pflaster-Generikum

— Ab sofort steht mit Rivastigmin Zentiva® transdermales Pflaster ein Generikum zur symptomatischen Behandlung von Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz zur Verfügung. Das transdermale Pflaster mit dem Acetylcholinesterase-Hemmer ist bioäquivalent und austauschfähig zum Original Exelon®. Zentiva ist die europaweite Generika-Marke von Sanofi.

Nach Informationen von Sanofi

Neuer Patientenservice „MS-Begleiter“

— Auf der Webseite www.ms-begleiter.de können sich MS-Patienten, die mit einem Produkt von Genzyme behandelt werden, kostenlos bei dem Patientenservice-Programm anmelden und unterschiedliche Services auswählen. Diese sind an die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten angepasst und können jederzeit ab- und wieder zugewählt werden. „MS-Begleiter“ bietet neben der Webseite vielfältige Informationsmaterialien, ein Contact Center sowie die Beratung durch MS-Nurses.

Nach Informationen von Genzyme

Depression: Symptome bekämpfen, positive Emotionen zurückbringen

➔ Die Behandlung der – individuell oft unterschiedlichen – Kernsymptome einer Depression ist nicht alles. Wesentlich für den Patienten ist die Wiederherstellung der Alltagsfunktion.

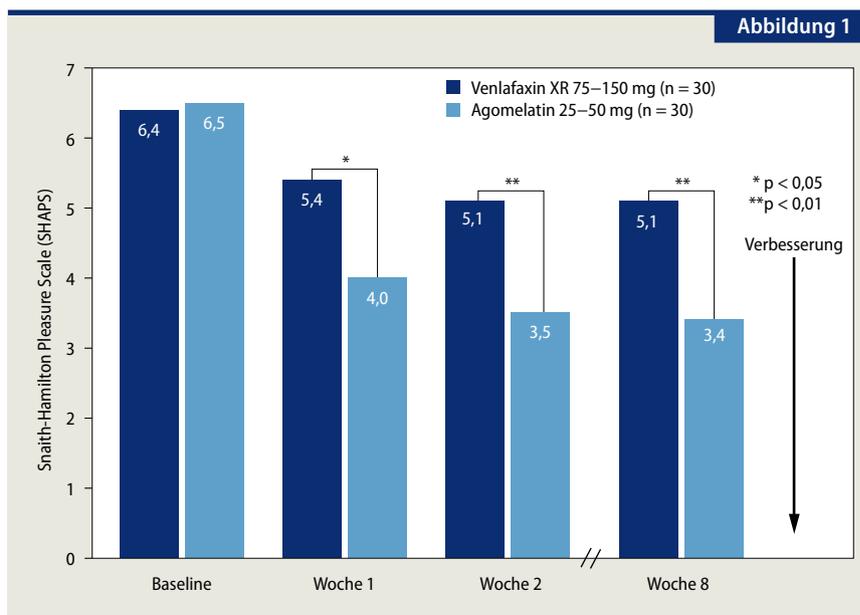
Patienten mit einer Depression wünschen sich von einer Behandlung nicht nur die Abwesenheit von Symptomen, sondern eine positive psychische Gesundheit. Sie möchten sich wohl fühlen, die Funktionen im Alltag – im Beruf, in der Familie oder in der Schule – wie gewohnt wahrnehmen und sich wieder an Familie und Freunden freuen, erläuterte Professor Siegfried Kasper, Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik in Wien. Das müsse auch für das Therapieziel Remission berücksichtigt werden. Herkömmliche Instrumente wie die Hamilton Depression Scale bildeten positive Emotionen nicht ab. Deshalb empfiehlt er zusätzlich den Einsatz der Instrumente SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale) oder LEIS (Laukes emotional intensity scale).

Agomelatin (Valdoxan®) normalisiert emotionale Funktionen besser als beispielsweise Escitalopram, berichtete Professor Göran Hajak, Direktor der psychiatrischen Klinik in Bamberg, einem Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen, anhand einer rando-

misiert-kontrollierten Studie [Corruble E et al. Int. J Neuropsychopharmacol 2013; 16 (10): 2219–34]. Eine andere Untersuchung zeigte, dass Agomelatin die Anhedonie im Behandlungsverlauf deutlich verringern kann [Martinotti G et al. J Clin Psychopharmacol 2012; 32 (4): 487–91] (Abbildung 1). Dabei trat bereits nach einer Behandlungswoche ein signifikant besserer Wert der Fähigkeit, Freude zu empfinden, nach der SHAPS-Skala auf, als unter der Vergleichsmedikation Venlafaxin (5,4 vs. 4,0, $p < 0,05$). Nach acht Wochen Behandlung war der Unterschied noch ausgeprägter (5,1 vs. 3,4; $p < 0,01$). Das ist nicht nur für das Lebensgefühl der Patienten bedeutsam, betonte Hajak. Patienten mit Depression können kognitive beziehungsweise sensomotorische Sachfunktionen und Emotionen nicht trennen, die emotionalen Prozesse überlappen mit den Sachfunktionen und erschweren so das Funktionieren im Alltag. Das könne man mit Medikamenten wie Agomelatin positiv beeinflussen.

Friederike Klein

Symposium „Alltagsfunktionalität als Ziel antidepressiver Behandlung“. DGPPN-Kongress 2013, Berlin, 28.11.2013; Veranstalter: Servier



Agomelatin kann die Anhedonie früh im Krankheitsverlauf verbessern.

Moderne Epilepsiebehandlung: Wunsch und Wirklichkeit

↳ Retro- und prospektiven Verlaufsbeobachtungen zufolge werden bis zu 50% der erwachsenen Patienten mit Epilepsie unter dem ersten Antiepileptikum (AED) in Monotherapie anfallsfrei, weitere 10–15% durch die Umstellung auf ein zweites beziehungsweise drittes AED [Elger CE et al. in: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Herausgegeben von der Kommission „Leitlinien“ der DGN, Stuttgart, September 2012]. Als „therapieresistent“ werden Patienten bezeichnet, die auf die ersten beiden AED nicht ausreichend ansprechen [Kwan P et al. *Epilepsia* 2010; 51: 1069–77]. Gleichzeitig zeigten prospektive Studien, dass etwa 15% der schwer behandelbaren Patienten im Verlauf von etwa vier Jahren unter dem Einsatz weiterer AED doch noch Anfallsfreiheit erreichten [Luciano AL et al. *Ann Neurol* 2007; 62: 375–81; Callaghan BC et al. *Ann Neurol* 2007; 62: 382–9; Schiller Y, Najjar Y. *Neurology* 2008; 70: 54–65]. Nicht zuletzt spiegeln die Ergebnisse auch die erhebliche Variationsbreite des interindividuellen Therapieansprechens wider. Ein Therapieerfolg in dieser Patientengruppe kann sich nach

Professor Hajo M. Hamer vom Epilepsiezentrum der Neurologischen Klinik Erlangen, auch in ökonomischer Hinsicht lohnen, da bei den jährlichen Gesamtkosten von schwer betroffenen Patienten die indirekten Kosten wie Arbeitsausfälle oder die vorzeitige Beendigung die direkten Kosten wie AED-Kosten oder Krankenhausaufenthalte überwiegen würden [Hamer HM et al. *Neurol* 2012; 259: 2376–84].

Wie Professor Heinz Beck, Experimentelle Epileptologie/Bonn, betonte, sind viele Fragen der Wirk- sowie Resistenzmechanismen einer AED-Therapie auf molekularer Ebene erst unzureichend verstanden. Als „absolut überraschend“ bezeichnete Beck eine kürzlich auf neuroexperimenteller Basis gewonnene Beobachtung mit Eslicarbazepinacetat (ESL, Zebinix®). Die Arbeitsgruppe von Beck hat Zellen, die aus epileptogenem Hirngewebe von therapieresistenten Patienten gewonnen wurden und bei der Applikation von Carbamazepin (CBZ) kein Ansprechen im Sinne eines antikonvulsiven Effekts zeigten, mit Eslicarbazepin, dem Hauptmetaboliten von ESL, add-on

behandelt [Doeser A et al. Poster, 30. IEC 2013 in Montreal/Kanada]. Danach wurde eine erniedrigte Entladungsfrequenz erregender Neuronen beobachtet. Demnach, so Beck, verfüge ESL über das Potenzial, bestimmte Resistenzmechanismen gegen konventionelle Natriumblocker wie CBZ zu überwinden und dies würde möglicherweise auch einen Teil der klinischen Wirksamkeit von ESL erklären.

ESL verfügt trotz struktureller Ähnlichkeiten mit Carbamazepin und Oxcarbazepin über ein klinisch differentes Wirk- und Nebenwirkungsprofil. Klinische Phase-III-Studien zur Zusatztherapie mit ESL zeigten bei bislang mehr als 1.000 therapieresistenten Patienten eine signifikante Reduktion der mittleren Anfallsfrequenz ($p < 0,0001$), die unabhängig von der Anzahl oder Art der gemeinsam eingesetzten AED war [Gil-Nagel A et al. *Epilepsia* 2013; 54: 98–107].

Dr. Yuri Sankawa

Symposium „Wieviel Neues braucht die Epilepsie?“, DGN-Kongress 2013, Dresden, 19.9.2013
Veranstalter: Eisai

Wirksamkeit von Fingolimod bestätigt sich im Praxisalltag

↳ In den klinischen Zulassungsstudien hat sich der Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor-modulator Fingolimod (Gilenya®) im Vergleich zu einer MS-Basistherapie (Interferon-beta 1a i.m.) als signifikant wirksamer erwiesen. Diese Überlegenheit von oralem Fingolimod gegenüber zu injizierenden Basistherapien bestätigt sich in den Kohorten der Register MSBase und PharMetrics auch in der Anwendung im klinischen Alltag.

In der prospektiven Kohorte MSBase wurden Patienten mit Multipler Sklerose erfasst, die unter einer zu injizierenden Basistherapie (ein Interferon-beta oder Glatirameracetat) in den letzten zwölf Monaten mindestens einen oder in den letzten 24 Monaten mindestens zwei Schübe erlitten hatten, und die entweder auf eine andere Basistherapie oder auf orales Fingolimod umgestellt worden waren. In der auf Alter, Geschlecht, EDSS-Wert, Erkrankungsdauer, Vorbehandlung und Schubaktivität gematchten Kohorte (je $n = 208$) blieben in den nächsten zwölf Monaten signifikant mehr Patienten ohne Schub, die auf Fingolimod umgestellt

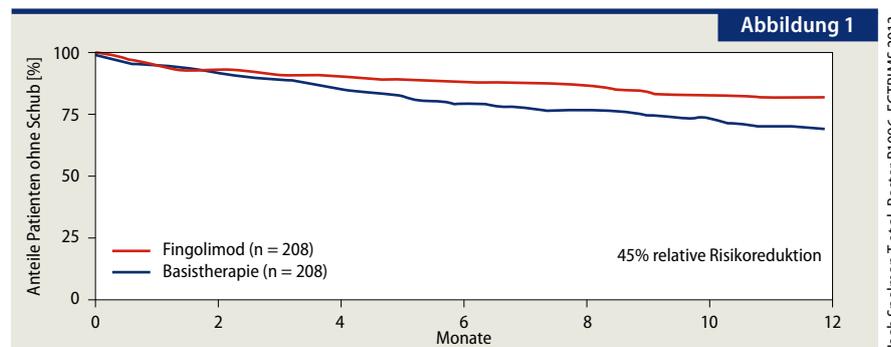
worden waren (**Abbildung 1**; $p < 0,01$, relative Risikoreduktion 45% [Spelman T et al. Poster P1096, ECTRIMS 2013]).

Im Register PharMetrics mit Patienten, die vor Beginn einer Therapie mindestens einen Schub gehabt hatten, war die jährliche Schubrate nach 18 Monaten unter Fingolimod (0,32) im Vergleich zu den Basistherapien (0,64) ebenfalls signifikant geringer ($p < 0,001$, relative Risikoreduktion 50%)

[Bergvall N et al. Poster P637, ECTRIMS 2013]. „Wir sehen in der praktischen Anwendung von Fingolimod die gleiche Wirksamkeit wie in den klinischen Zulassungsstudien“, fasste Dr. Norman Putzki, Novartis, zusammen.

Dr. Gunter Freese

„Addressing key challenges in Multiple Sclerosis“
29. ECTRIMS-Kongress 2013, Kopenhagen,
3.10.2013; Veranstalter: Novartis



Reduktion der Schubrate unter Fingolimod versus Basistherapie (Kaplan-Meier-Kurve).

Nach Spelman T et al. Poster P1096, ECTRIMS 2013

Ängstliche Unruhe: Phytotherapeutikum wirkt anxiolytisch und bessert den Schlaf

☞ Silexan, ein oral zu verabreichender Lavendelölextrakt, wirkt binnen weniger Tage angstlösend. Die Wirksamkeit wurde in kontrollierten Studien untersucht.

Silexan (Lasea®) ist ein apothekenpflichtiges, frei verkäufliches Phytotherapeutikum, das als Wirkstoff Lavendelöl aus dem schmalblättrigen Arzneilavendel (*Lavendula angustifolia* Mill.) enthält. Zugelassen ist Silexan zur Behandlung von Unruhezuständen bei ängstlicher Verstimmung. Professor Siegfried Kasper, Ordinarius für Psychiatrie an der Universität für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien, wies darauf hin, dass dieses Phytotherapeutikum vergleichbar angstlösend sei wie häufig eingesetzte synthetische Wirkstoffe und verdeutlichte das an zwei Studien.

In einer doppelblinden, randomisierten Studie war Silexan bei Patienten mit generalisierten Angsterkrankungen vergleichbar

wirksam wie Lorazepam [Woelk H, Schläfke S. *Phytomedicine* 2010; 17 (2): 94–9]. Nach sechs Wochen Therapie sank der Score auf der Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA-Gesamtwert) vom Baseline-Wert 25 ± 4 Punkte in beiden Gruppen um $11,3 \pm 6,7$ Punkte (45%) unter Silexan und um $11,6 \pm 6,6$ Punkte (46%) unter Lorazepam. Das Phytotherapeutikum hatte in dieser Studie keinen sedativen Effekt.

In einer aktuellen Studie wurden 539 erwachsene Angstpatienten (DSM-IV 300.02 und ICD-10 F41.1) zehn Wochen lang doppelblind und randomisiert entweder mit 1×80 mg/d oder 1×160 mg/d Silexan oder mit 1×20 mg/d Paroxetin oder mit Placebo behandelt [Kasper S. *DGPPN* 2013; FV-009]. Der HAMA Gesamtwert nahm unter Silexan 160 mg/d um $14,1 \pm 9,3$ Punkte, unter 80 mg/d um $12,8 \pm 8,7$ Punkte, unter Paroxetin um $11,3 \pm 8,0$ Punkte und unter Placebo um $9,5 \pm 9,0$ Punkte ab. Beide Silexan-Dosie-

rungen waren dabei gegenüber Placebo signifikant überlegen ($p < 0,01$). Eine Reduktion des HAMA-Gesamtwerts um mindestens 50% wurden von 73/121 Patienten in der 160-mg/d-Gruppe (60,3%), von 70/135 Patienten in der 80-mg/d-Gruppe (51,9%), von 57/132 Patienten in der Paroxetin-Gruppe (43,2%) und von 51/135 Patienten in der Placebogruppe (37,8%) erreicht. Insgesamt 46,3% der mit Silexan 160 mg/d behandelten Patienten hatten am Behandlungsende einen HAMA-Gesamtwert von < 10 , verglichen mit 33,3% unter 80 mg/d, 34,1% unter Paroxetin und 29,6% unter Placebo. Fazit: Silexan verbesserte das subjektive psychische und physische Befinden deutlich, ohne dabei zu sedieren.

Andrea Warpakowski

Pressekonferenz „Die unruhige Gesellschaft“, 12.11.2013, Hamburg
Veranstalter: Schwabe Pharma

Behandlung der Alkoholabhängigkeit: Reduktion anstelle von Abstinenz

☞ In Deutschland werden weniger als 10% der an Alkoholabhängigkeit Erkrankten im Sinne einer Abstinenz behandelt. Die Chance auf eine spezifische Behandlung ist bei anderen psychischen Störungen wie Schizophrenie oder Depression weitaus höher. Eine Möglichkeit, diese Behandlungslücke zu schließen, bietet das seit Februar 2013 in Europa zugelassene Nalmefen, ein Modulator des Opioidsystems. Anstelle des bisherigen Therapieziels Abstinenz wird mit diesem Wirkstoff bei Patienten, deren Alkoholkonsum mindestens auf einem hohen Risikoniveau liegt, ein Harm-Reduction-Ansatz verfolgt.

Eine Abstinenz, das ideale Therapieziel bei Alkoholabhängigkeit, wird von vielen Patienten langfristig meist nicht erreicht. Aktuelle Leitlinien, unter anderem von der europäischen Zulassungsbehörde EMA, beinhalten daher neben dem Endziel Abstinenz als intermediären und verfolgungswerten Ansatz eine Reduktion der Trinkmenge, erläuterte Professor Karl F. Mann vom Zentrum für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Nalmefen (Selincro®) ist ein Antagonist an μ - und δ -Opioid-Rezeptoren sowie zusätzlich ein partieller Agonist am κ -Rezeptor. Seine Wirksamkeit und Sicherheit wurde in drei europäischen Studien an fast 2.000 Patienten getestet: zwei Wirksamkeitsstudien über jeweils sechs Monate [Mann K et al. *Biological Psychiatry* 2013; 73 (8): 706–13; Gual et al. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23 (11): 1432–42] und eine Sicherheits- und Verträglichkeitsstudie über ein Jahr [Van den Brink W et al., Poster RSA Scientific Meetings, San Francisco, 2012].

In allen Studienarmen erhielten die Patienten eine psychosoziale Unterstützung, um die Motivation und Adhärenz zu erhöhen, und zusätzlich je nach Studienarm, Verum oder Placebo. Die Substanz sollte nach Bedarf an Tagen eingenommen werden, an denen ein Alkoholkonsum zu erwarten war. Als Therapieziel galt die Reduktion des monatlichen Gesamtalkoholkonsums (TAC – total alcohol consumption) und die Reduktion der Heavy Drinking Days (HDD). Ein HDD ist bei Männern als ein Tag mit mindes-

tens 60 g reinem Alkohol (ca. drei Flaschen Bier) definiert, bei Frauen mit mindestens 40 g (ca. zwei Gläser Wein).

Am Ende der beiden sechsmonatigen Studien zeigte sich eine signifikante Wirkung von Nalmefen im Vergleich zur Kontrollgruppe sowohl bei der Reduktion der Anzahl der HDD ($-3,7$ d/Monat, $p=0,001$ bzw. $-2,7$ d/Monat, $p=0,0253$) als auch bei der Verringerung der TAC ($-18,3$ g Alkohol/d, $p < 0,0001$ bzw. $-10,3$ g Alkohol/d, $p < 0,0404$).

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen oder Schlafstörungen waren in der Nalmefen-Gruppe häufiger als in der Kontrollgruppe, traten jedoch in der Regel vor allem zu Beginn der Therapie und nur etwa drei bis vier Tage lang auf, betonte Mann.

Dr. Claudia Bruhn

Symposium „Wieviel Druck halten wir aus? Neue Strategien gegen Sucht und Depression“, DGPPN-Kongress 2013, Berlin, 29.11.2013
Veranstalter: Lundbeck

Psychostimulanzien im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes

↪ Entgegen den Aussagen des Barmer GEK-Reports 2013 [Schriftenreihe Gesundheitsanalyse, Band 18], der eine medikamentöse Überversorgung der ADHS mit Psychopharmaka in Deutschland postuliert, liegen die Verordnungszahlen deutlich unter den Diagnoseraten, wie die KiGGs-Studie [Knopf H et al. *BMJ Open* 2012; 2:e000477] gezeigt hat.

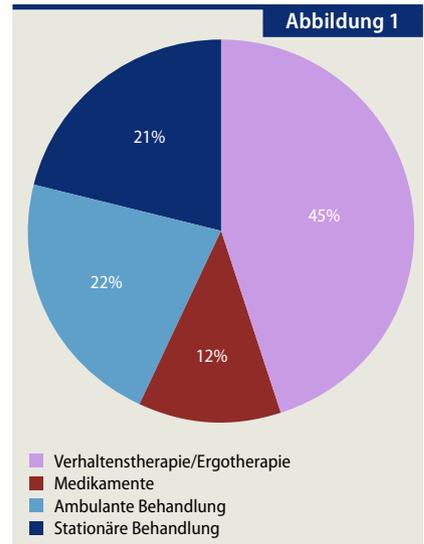
Kleiner Anteil an Gesamtkosten

Lediglich 50 % der Personen mit der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erhalten eine medikamentöse Therapie, was im Einklang mit den Leitlinien steht [Döpfner M et al. *Deutscher Ärzte Verlag* 2007, 3. überarbeitete Auflage, S. 239–45], erläuterte Professor Michael Huss, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rheinhausen Fachklinik Mainz. Insgesamt entfallen nur 12 % der ADHS-Behandlungskosten auf Medikamente, erklärte er [Braun S et al. *Eur J Health Econ* 2013; 14 (6): 939–45] (**Abbildung 1**). Die Behandlung sollte multimodal erfolgen, wobei neben der medikamentösen Therapie vor allem Psychoedukation und Verhaltenstherapie einen interdisziplinären Ansatz darstellen. Goldstandard zur medikamentösen Behandlung der ADHS ab dem

sechsten Lebensjahr ist Methylphenidat (MPH, z. B. Medikinet®). Das Präparat mit einem schnellen Wirkeintritt und einer Wirkdauer von bis zu vier Stunden wird ein- bis zweimal täglich eingenommen. Eine Umstellung auf lang wirksames MPH (Medikinet® retard) hat sich dann bewährt, wenn die Compliance der Patienten für die Einnahme mehrerer Dosen im Tagesablauf nicht gewährleistet ist. Das retardierte Präparat besteht jeweils zur Hälfte aus einer sofort und einer verzögert freigesetzten Komponente und kann eine gleichmäßigere Wirkung über den Tag entfalten.

Sprechen die Patienten auf MPH oder Atomoxetin und nicht medikamentöse Maßnahmen nicht ausreichend an, kommt für die Altersgruppe von sechs bis 18 Jahren der Wirkstoff Dexamfetamin (Attentin®) in Betracht. Die Dosierung muss dabei für jeden Patienten individuell gefunden werden. Bei mehr als der Hälfte der ADHS-Patienten persistiert die Grunderkrankung ins Erwachsenenalter [Lara C et al. *Biol Psychiatry* 2009; 65 (1): 46–54; Rösler M et al. *World J Biol Psychiatry* 2010; 11: 709–18]. Seit 2011 ist mit Medikinet® adult ein erstes MPH-haltiges Medikament zur Behandlung von Erwachsenen mit ADHS zugelassen.

Dagmar Jäger-Becker



Medikamente machen nur etwa 12 % der gesamten ADHS-Behandlungskosten aus. Durchschnittliche Kosten der ADHS-Behandlung pro Jahr: 3.888 €.

Mittagstalk „Generation ADHS? – Modediagnose ADHS“, anlässlich der Jahrestagung des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (bkjpp) 2013, Berlin, 15.11.2013; Veranstalter: Medice

Orale MS-Therapie: Belege für frühe Wirksamkeit

↪ Seit Kurzem ist Teriflunomid als orales Therapeutikum zur Behandlung der schubförmig-remittierenden Multiplen Sklerose (RRMS) zugelassen. Jetzt liegen auch Daten zum Einsatz bei klinisch isoliertem Syndrom vor. Die TOPIC-Studie untersuchte, ob eine Teriflunomid-Therapie bereits bei Patienten mit ersten auf eine MS hindeutenden neurologischen Symptomen (Clinical isolated Syndrome, CIS) die Konversion zur klinisch gesicherten MS (RRMS) im Sinne eines erneuten Schubs verhindern oder hinauszögern kann. Wie Professor Patricia K. Coyle, MS-Zentrum der Stony Brook Universität in New York, berichtete, senkte Teriflunomid in einer Dosierung von 14 mg das Risiko für einen weiteren klinischen Schub oder für Läsionen in der Magnetresonanztomografie (MRT) um 35 %,

während des zweijährigen Studienzeitraums ($p=0,0003$). Die MRT-Läsionslast nahm in der Gruppe der Patienten, die mit 14 mg Teriflunomid täglich behandelt worden waren, im Median nur um 5 % zu, in der Placebogruppe um 28 % ($p=0,0374$). Teriflunomid senkte zudem die Wahrscheinlichkeit, eine definitive RRMS zu entwickeln – den primären Endpunkt der Studie –, signifikant um 43 % ($p=0,0087$). Die Studie bestätigte die Sicherheitsdaten vorangegangener Studien mit Teriflunomid zur Behandlung der RRMS. Im Durchschnitt lag die Teriflunomid-Exposition in TOPIC bei rund 16 Monaten. Häufiger als in der Placebogruppe waren in der Verumgruppe ein Anstieg der Leberwerte, Kopfschmerzen, eine reversibel verminderte Haardichte, Durchfall, Parästhesien und Infektionen der

oberen Atemwege aufgetreten. Unerwünschte Ereignisse führten aber nicht zu mehr Therapieabbrüchen (9,9% im Placeboarm vs. 8,3% im Teriflunomid-14-mg-Arm). Teriflunomid ist derzeit nicht für die Indikation CIS zugelassen. Laut Coyle bestätigt aber diese Studie mit den konsistenten Wirksamkeits- und Sicherheitsdaten sehr gut die Daten der Phase-III-Studien, die zur Zulassung von Teriflunomid zur Behandlung der RRMS geführt haben.

Friederike Klein

Symposium „The Challenges of Disease Management in MS: Navigating the Landscape“. 29th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS). Kopenhagen 4.10.2013; Veranstalter: Genzyme

Journal

„Anstaltsromane“ der Gegenwartsliteratur Sind die Neuen anders?

Sogenannte Anstaltsromane gibt es zahlreich. Manches Werk findet die Anerkennung bis heute. Die Thematik zu beherrschen ist auch das Ziel dreier beispielhaft herausgegriffener Autoren jüngerer Zeit. Sie stammen aus ein und derselben Generation, sind um 1968 herum geboren, jenem magischen Datum, das bisweilen sogar als epochenbezeichnendes Epitheton Verwendung findet. Wenn auch die Auswahl der literarischen Texte naturgemäß nicht repräsentativ sein mag, so kann sie vielleicht doch einen auffälligen Trend der deutschsprachigen Gegenwartsliteratur skizzieren. Einem Wort Voltaires zufolge nehmen wir nämlich immer den Geist jener Mauern an, die uns umgeben. Das sollte einem im Falle des „Anstaltsromans“ zu Denken geben.



Die zeitgenössische Literatur kreist in zunehmendem Maße auch um das Thema Psychiatrie. Erfindet sich das Genre des sogenannten „Anstaltsromans“ gerade neu, wie im Feuilleton gelegentlich nachzulesen ist? Oder ist alles beim Alten?

72 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Anstaltsromane“ der Gegenwart

Marion Poschmann, Angelika Meier und Joachim Meyerhoff, drei Autoren zeitgenössischer Literatur: Sie landeten bereits „Bestseller“, bekamen hohe Literaturpreise, und reihen sich damit vermutlich ein, in die Klassiker der Anstaltsromane.

Im scheinbar gänzlich unübersichtlich gewordenen Gelände der Gegenwartsliteratur, das dem mächtigen Mündungsdelta eines gewaltigen Stromes gleicht, der sich aus zahllosen Quellflüssen speist und bald mäandernd, bald wild, ungebändigt und schier uferlos geworden dahinwälzt, gibt es immer wieder mehr oder weniger auffällige kleine Inseln, die scheinbar Tendenzen, vielleicht aber auch nur momentane Moden oder auch nur Trends andeuten. Diese Inseln mögen passager erscheinen, um über kurz oder lang vom großen Fluss mitgerissen und verschlungen zu werden, und dennoch werfen sie ein bezeichnendes Licht auf den Geist einer Zeit, die uns einerseits in ihrer unüberschaubaren Vielfalt, in ihrer Totalität vollkommen heterogen erscheint, die aber andererseits offensichtlich doch immer wieder so etwas wie Konstanten in ihr hervorbringt. So ist in letzter Zeit zu beobachten, dass die zeitgenössische Literatur in zunehmendem Maße um das Thema Psychiatrie kreist, sei es um diverse psychiatrische Erkrankungen, sei es um psychiatrische Einrichtungen. Aus der Vielzahl literarischer Neuerscheinungen möchte ich deshalb drei deutschsprachige Beispiele herausgreifen, um an ihnen zu zeigen, wie sich das Genre des sogenannten Anstaltsromans angeblich neu erfindet, wie im Feuilleton gelegentlich vollmundig schwadroniert wird.

Der Anstaltsroman als Wenderoman

Marion Poschmann:

„Die Sonnenposition“

Die bereits mit mehr als 25 Auszeichnungen dekorierte Schriftstellerin Marion Poschmann (Jahrgang 1969) studierte Germanistik, Slawistik und Philoso-

phie, veröffentlicht Lyrik und Prosa und legte 2013 mit dem Roman „Die Sonnenposition“ (bei Suhrkamp) ein Werk vor, das einen bemerkenswert positiven Widerhall bei den Literaturkritikern auslöste. Der Roman greift scheinbar das Thema der deutschen Wiedervereinigung auf, die gewissermaßen als zeit-historisches und metaphorisch strapazierfähiges Unterfutter dienen soll.

Altfried Janich, Psychiater und Rheinländer, so informiert uns der Klappentext, findet nach der „Wende“ eine Stelle „im ‚Ostschloss‘, einem heruntergekommenen Barockbau, der neuerdings eine psychiatrische Anstalt beherbergt. Hier hält er es für seine Aufgabe, seinen Patienten gegenüber die Sonnenposition einzunehmen, ihnen Orientierung und eine Quelle des Trostes zu sein. Als sein Freund Odilo durch einen rätselhaften Autounfall zu Tode kommt, gerät er selbst auf die Nachtseite der Dinge. Tagsüber rücken ihm die Patienten zu nahe, nachts geistert er durch die Säle, es bedrängen ihn Erinnerungen, und auch seine Familiengeschichte mit ihren Verlusten holt ihn ein. Altfrieds ganzes bisheriges Leben scheint auf die Situation im Schloss zuzulaufen: Alle Geschichten enden hier, und bald stellt sich die Gewissheit ein, dass auch er aus dem Schloss nicht mehr wegkommen wird.“

Marion Poschmanns Romangebäude verdankt sich, wie unschwer erkennbar ist, bis in seine Grundmauern hinein dem Großarchitekten Franz Kafka. Der Kritik tut dies im Allgemeinen jedoch keinen Abbruch. So heißt es bei Manuel Braun in der „Neuen Zürcher Zeitung“ (vom 5. Oktober 2013): „Philosophisch hochintelligent und erzählerisch virtuos“ entfalte sich die Geschichte zweier Freunde, der beiden weltfremden Käuze Altfried Janich und Odilo, Psychiater der

78 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Felix Rehfeld

Nur die Farbe ist echt in Felix Rehfelds Gemälden in Öl auf Leinwand. Die Formen sind Illusion – glänzend, dimensional, virtuos.

eine, Spezialist und Lichtforscher der andere. Braun rühmt die Darstellung einer „Lebenswelt, die kaum trostloser sein könnte“. So lautet denn auch sein Fazit, es handle sich hier um einen gelungenen Roman über „die Schattenzonen der menschlichen Psyche“. Was anderes konnte man bei einem deutschen Psychiatrie-Roman auch nicht erwarten.

Kristina Maidt-Zinke ist in der „Süddeutschen Zeitung“ (vom 4. Oktober 2013) ebenfalls voll des Lobes und sieht in Poschmanns Werk gar den schlagenden Beweis dafür, dass Poesie und Literatur längst nicht an ihrem Ende angelangt seien. Sie begeistert sich an den literarischen Anspielungen, dem Reichtum der Metaphern und der virtuoson Sprachbeherrschung bei einer Geschichte, die doch eher behäbig überschaubar erzählt wird und den literarisch gebildeten Leser weder herausfordert noch ihm allzu große Überraschungen bietet, zumal ein auf die „Nachtseite“ geratener Psychiater doch eher dem literarischen Standardrepertoire entspringt, das sich bereits im wohlfeilen „Irrenwitz“ jeder Wochenendbeilage breit macht.

Susanne Mayer ist in „Die Zeit“ (vom 26. September 2013) begeistert von Poschmanns linguistischen Wechselspielen zwischen dem „Sound der Pharmaindustrie“ – wie immer ein solcher klingen mag – und ihrer lyrischen, metaphorischen Sprache, die sich zu erkennen gebe, wenn Poschmann beispielsweise von „Wolkenfetzen von widerlicher Unentschlossenheit“ schreibe. Warum die Kritikerin an solchen Stellen das Buch gar nicht mehr zuklappen will, entzieht sich mir. Immerhin gewinnt die nicht minder enthusiastische Katrin Hillgruber in der „Frankfurter Rundschau“ (vom 23. August 2013) dem Roman einen gewissen zeitbezogenen und

kritischen Aspekt ab, wenn sie in den Psychriepatienten überwiegend „Wendegeschädigte“ erkennen will, für die der Arzt Janich ein verlässlicher Fixstern, will sagen: die Sonne sein wolle. Ähnlich liest die Rezensentin Sandra Kegel in der FAZ (vom 10. August 2013) den Roman, dessen „dunkel funkelnde Sprache“ sie besonders hervorhebt. Kegel erkennt auch den „eigenwilligen Humor“ der Autorin, verweist auf die romantischen Motive der Geschichte, in der sie ostdeutsche Psychiatrie und bundesrepublikanische Kindheit gespiegelt sieht. Besonders angetan aber ist Kegel von der angeblichen Schönheit der Kapitelüberschriften wie „Glühbirnengleichnis“ oder „Blumenmumien“. Bisweilen kommt Stil eben nur noch als Blüte vor.

Die Klinik der Zukunft

Angelika Meier:

„Heimlich, heimlich mich vergiss“

Angelika Meiers Roman „Heimlich, heimlich mich vergiss“ (2012) ist der Versuch, Psychiatrie, Psychiatriekritik und Science Fiction literarisch in einem Roman zu vereinen. Verfasst wurde er von einer in Berlin lebenden, literaturwissenschaftlich ausgebildeten Autorin (Jahrgang 1968), die vor ihren literarischen Arbeiten wissenschaftlich über Derrida, Wittgenstein und die Aporie in der Philosophie publiziert hat. Folgt man den Angaben ihres Züricher Diaphanes Verlages, so stellt sich in „Heimlich, heimlich mich vergiss“ folgende Thematik: „In ortloser Höhe thront eine gläserne Klinik über den Angelegenheiten der Normalsterblichen. Dr. Franz von Stern, der als Arzt selbstverständlich mit einer zusätzlichen Hirnrindenschicht und einem Mediator zwischen den Rippen ausgestattet ist, versagt als Referent in eigener Sache: Unfähig, den geforderten Eigenbericht für seine Klinikleitung zu verfassen, erzählt er sich zurück in seine Vergangenheit. Eine ‚Ambulante‘ erscheint ihm als Wiedergängerin seiner Frau, und im vermeintlichen Wahngerade seiner Patienten sucht er nach dem Echo der eigenen Geschichte. Irrealer als die Gegenwart, dieses taghelle Delirium, kann das Innere nicht sein, und so macht von

Stern sich auf, seine verglaste Welt zu verlassen. Angelika Meiers Roman spielt in einer Welt, in der ‚mangelnde Gesundheitseinsicht‘ ein tödlicher Befund ist: eine fröhlich-düstere Elegie auf uns fast vergangene Gegenwartsmenschen.“

Von der Literaturkritik ist dieser Roman überwiegend positiv aufgenommen worden, er schaffte es immerhin auf die Longlist zum Deutschen Buchpreis 2012. In „Die Zeit“ (vom 14. August 2012) heißt es: „Hier scheint es nicht um Heilung, sondern allein um palliative Maßnahmen zu gehen. Der Erzähler des Romans heißt Franz von Stern. Er ist als Arzt bereits seit zwanzig Jahren in der Klinik, nun muss er einen Bericht für die Klinikleitung verfassen: ‚Ich nicke dem Patienten verständnisvoll oder eigentlich um Verständnis bittend zu – ich weiß, dass ich als sein Arzt und Referent die Pflicht habe, mich fortwährend um ihn und seine Schreierei zu kümmern. Aber schließlich ist er nur ein Patient von vielen, und vor allem ist es ebenso meine Pflicht, als Referent in eigener Sache den Bericht über mich selbst vorschriftsmäßig bis Ende des Jahres der Klinikleitung einzureichen. Ich drehe dem Patienten also den Rücken zu, und erwartungsgemäß beginnt er wieder zu schreien. Er beginnt zu schreien und ich beginne zu schreiben.“ Nach und nach erfährt der geduldige Leser mehr und mehr über die Vergangenheit des Arztes, über sein verpflanztes Herz und seine weiteren zukunftssträchtigen Eigenschaften, mit denen die Erwartungen, die an einen rundum fachlich ebenso wie menschlich kompetenten Arzt gestellt werden, in absurd-groteske Dimensionen getrieben werden. So nimmt es auch nicht wunder, dass „Die Zeit“ in ihrer Rezension überdies die zahlreichen „subtilen, teilweise sehr lustigen Anspielungen auf medizinische und philosophische Diskurse“ rühmt, „die Angelika Meiers Roman zu einem Lesevergnügen machen – auch wenn man teilweise ein wenig hilflos vor der Fülle an wunderbar absurden Einfällen und Referenzen steht. Die Körper sind hier zu Diskursgegenständen geworden, ausgelagerte Objekte, über die in einem fremd anmutenden Jargon geredet, gerichtet wird. Hier, in dieser zukünftigen Klinik, die natürlich auf unsere immer transparen-

tere, verwaltete Gegenwart verweist, hat alles seine Ordnung.“

Die von Angelika Meier verwendeten Erzähltechniken und ihre Strategien mögen ein Grund dafür sein, dass der Literaturkritiker Oliver Jungen in der FAZ (vom 15. Juni 2012) in diesem Fall von einem „postpostpostmodernen Roman“ spricht, der jenseits des Interesses an der Verwandtschaft von Kunst und Wahnsinn seine Späße mit dem Therapiewahn betreibt: „Angelika Meier hat (...) den Roman zur Antipsychiatrie verfasst, der so gut ist, weil man ihn ebenso als Philosophie und Zeitgeschichtsschreibung lesen kann. Neu ist das Inversionsmotiv psychiatrische Anstalt – der Rollentausch von Insassen und Angestellten – freilich nicht, im Gegenteil: In der Literatur ließe sich gar von einem eigenen Genre sprechen. Den Kern macht allerdings häufig die genieästhetische Aufwertung dessen aus, was Plato abwertend meinte: die Scheinverwandtschaft von Kunst und Wahnsinn. Diese Dimension interessiert Meier nicht weiter. Sie hat wirklich die Anstalt im Blick, und sie liebt das Spiel mit der großen Verunsicherung, mit dem Traum vom Erwachen in einem Albtraum, was vom ‚Kabinett des Dr. Caligari‘ bis zu ‚Matrix‘ eher filmische Vorbilder hat. Sucht man den Anschluss ans Literarische, dann ist eher schon an den medizinischen Alfred Döblin zu denken, der sich in seiner Doktorarbeit stark für jene Konfabulationen interessierte, mit denen bei der Korsakoffschen Psychose Gedächtnislücken überbrückt werden.“

Die auf einem hohen Berg angesiedelte Klinik hat freilich ein Architekt im Geiste Franz Kafkas erbaut: „Diese totale Anstalt hat keinen Ausgang und thront auf einem gewaltigen Berg hoch oben über der Normalwelt. Die Vergangenheit hat hier keinen Platz, ragt nur als Krankheit in die antiseptische Gegenwart. Wer hartnäckig an ihr festhält, also an ‚mangelnder Gesundheitseinsicht‘ leidet, hat nur den Ausweg: die eigene Einschläferung zu verlangen. Normalerweise aber werden die Patienten mittels Drogen sowie gymnastischer und esoterischer Techniken (Atemübungen, Stimmenhören, Massagen) ruhiggestellt – allein für diesen fälligen Frontalangriff auf den Ayurveda- und Fit-

ness-Terror möchte man sich vor der Autorin verneigen. (...) Erzählt wird aus der doppelten Perspektive der Hauptfigur, weshalb sich permanent zwei Erzählstile überlagern: der referentennahe Protokollton des Eigenberichts (Patient schreit unablässig) und der sich allmählich befreiende persönliche Ton der Apostrophe an die Geliebte. Der Zweifel schlägt schließlich um in Aktion: Es steht die Flucht an, und bei dieser geht es so surreal zu, wie das bei Fluchten aus Parallel-, Unter- oder Oberwelten eben der Fall ist.“

Für Jungen ist dieser Roman „nichts weniger als subversiver Gegendiskurs, der im Herzen unserer Überwachungs- und Wohlgefühlsgesellschaft ansetzt, dabei sprachlich anspruchsvoll, spannend, kurios, rasant und witzig ist, kurz: ein Volltreffer!“ Darin trifft sich der Kritiker mit der Meinung seines Kollegen Ulrich Rüdenauer in „Die Zeit“, der bestätigt: „Meier (...) referiert in ihrem Buch auf philosophische Texte und auf Arzterzählungen – auf Gottfried Benn, Michail Bulgakow, auf Thomas Mann natürlich –, aber sie macht daraus eine Farce, die von der Brüchigkeit unserer Identität und der Vermitteltheit unserer Weltwahrnehmung handelt.“

Die Anstalt als Kindheitsmuster

Joachim Meyerhoff:

„Alle toten fliegen hoch. Amerika“

Der 1967 geborene Schriftsteller Joachim Meyerhoff arbeitet hauptberuflich als Schauspieler und Regisseur und ist derzeit am Deutschen Schauspielhaus in Hamburg und am Wiener Burgtheater engagiert. Im Jahre 2007 wurde Meyerhoff für seine Darstellung des Hamlet am Schauspielhaus Zürich sowie für seine Rolle als Benedikt in Jan Bosses Inszenierung von Shakespeares „Viel Lärm um nichts“ zum Schauspieler des Jahres gewählt. Meyerhoff erhielt für seinen Roman „Alle Toten fliegen hoch. Amerika“ 2011 den Franz-Tumler-Literaturpreis sowie 2012 den Förderpreis zum Bremer Literaturpreis.

Meyerhoff entwickelt neben der Darstellung klassischer Rollen auch eigene Programme auf der Basis seiner eigenen Biografie. „Sein jüngstes Projekt ‚Alle Toten fliegen hoch‘ sorgt im Burgtheater



Wien regelmäßig für ein volles Haus. In diesem autobiografischen, in sechs Teile unterteilten Programm erzählt Meyerhoff seine eigene Geschichte beziehungsweise die seiner Familie. In sehr sympathischer, unaufgeregter, lustiger, aber auch nachdenklicher Art berichtet er von seinen Geschwistern, seiner Großmutter, seinem Vater, Direktor einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Aufwachsen auf dem Anstaltsgelände sowie seinem Austauschjahr in Amerika, und praktiziert dabei die hohe Kunst des Erzählens. Die ersten drei Teile dieser Serie wurden zum Berliner Theaterreffen 2009 eingeladen (Wikipedia).“

Der Roman „Wann wird es endlich wieder so, wie es nie war“ (2013 bei Kiepenheuer & Witsch) ist der zweite Teil eines Erzählprojektes, das mit „Alle Toten fliegen hoch. Amerika“ (2011) seinen Anfang nahm. Der Klappentext bereitet den Leser auf eine durchaus vergnügliche Lektüre vor: „Ist das normal? Zwischen Hunderten von Verrückten als jüngster Sohn des Direktors einer Kinder- und Jugendpsychiatrie aufzuwachsen? Der junge Held in Meyerhoffs zweitem Roman kennt es nicht anders und mag es sogar sehr. Sein Vater herrscht über 1.200 Patienten, verschwindet Zuhause aber in seinem Lesesessel. Seine Mutter organisiert den Alltag, hadert aber mit ihrer Rolle. Seine Brüder widmen sich hingebungsvoll ihren Hobbys, haben für ihn aber nur Häme übrig. Und

er selbst tut sich schwer mit den Buchstaben, er wird immer wieder von diesem großen Zorn gepackt. Glücklicherweise, wenn er auf den Schultern eines gluckenschwingenden, riesenhaften Insassen übers Anstaltsgelände reitet.“ Bereits hier ist zu erkennen, dass sich dieses Werk der Anstalts- und Psychiatriethematik gänzlich anders nähert als die beiden stark von Franz Kafka geprägten Romane von Marion Poschmann und Angelika Meier. Meyerhoff gelingt es, dem ernstesten Thema Psychiatrie eine heiterlustvolle Seite abzugewinnen, ohne damit die Ernsthaftigkeit zu schmälern oder ins bloß Albern-Läppische abzugleiten. Die erinnernde Kinderperspektive hilft dabei dem Autor ganz ohne Zweifel enorm, einen Erzählton zu kreieren, der zwar Heiterkeit aufkommen lässt, ohne dabei aber Spaß mit dem Entsetzen zu treiben. Da ist nichts Denunziatorisches in diesem Roman. Erzählt wird, wie Martin Halter in der FAZ (vom 16. August 2013) schreibt, eine „Kindheit überm Kuckucksnest“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hesterberg bei Schleswig, deren Direktor Meyerhoffs Vater war. Die assoziativ verknüpfte Erzählmethode sprengt den rein chronologischen Bericht auf wohlthuende Weise. Zwar findet der Rezensent manche der Geschichten wie jene des von einem „Irren“ erschreckten und daraufhin im Matsch landenden Ministerpräsidenten Stoltenberg oder das Krip-



penspiel mit der „Jungfrau Maria in der Zwangsjacke“ zum Brüllen komisch, doch traut er dem Wahrheitsgehalt des Erzählten nicht so sehr, denn schließlich sei Meyerhoff „auch als Schauspieler eine Rampensau“. Leider verkennt Halter hier, dass sich das Erzählerische gerne im Performativen zeigt und bewährt. Von den Rezensenten nicht übersehen wird dabei die feine Balance zwischen Spaß und Ernst, die Meyerhoffs Erzählökonomie kennzeichnet. Gerade in den späteren Abschnitten, in denen es um die Krebserkrankung und den Tod des Vaters geht, hört die Gaudi auf, und der Autor findet hier zu einem durchaus angemessenen Ton, der mehr sprachliche Virtuosität zeigt als manche pseudolyrisch verstiegene Metapher. Die Seriosität kommt bei Meyerhoff bei allem Sinn für das Vergnügliche aus dem Vorhaben, Erfindung und Erinnerung, Fiktionalisierung der eigenen Biografie und Spiel mit dem eigenen Ich zu vereinen. Das gelingt der Doppelbegabung Meyerhoff in vielen Passagen nahezu scheinbar mühelos, denn Witz und Melancholie, Versponnenheit und kindlich parzifalische Naivität gehen hier eine Verbindung ein, die in der deutschen Literatur nicht allzu häufig anzutreffen ist. Zwar bemängelt Rainer Moritz in der „Neuen Zürcher Zeitung“ (vom 13. Juni 2013) die bisweilen durchscheinende sprachliche Sorglosigkeit, sieht dieses Defizit jedoch wieder ausgeglichen durch den Anekdotenreichtum und die „Pointenseligkeit“ von Meyerhoffs Erinnerungen.

Till Brieglebs sanft gehässiges Verdikt in der „Süddeutschen Zeitung“ (vom 13. Februar 2013), es handle sich hier um „Große Operette“ wiederum wird relativiert durch die Anerkennung, die der

Theaterkritiker Briegleb der Sprachbeherrschung Meyerhoffs in den ernstesten Passagen über den Vater zollt. Der Rezensent Christoph Schröder nennt das Werk in diesem Zusammenhang in „Die Zeit“ (vom 14. Februar 2013) „hemmungslos unterhaltsam“, betont aber zugleich den „großen Ernst und die Klarheit“. Und der Kritiker resümiert: „Das Buch setzt in der Kindheit der siebziger Jahre ein und endet – mit einem Zeitsprung – in den Neunzigern mit dem Tod des Vaters. Meyerhoff ist ein begnadeter Fabulierer; er hat ein Gespür für das Szenische, für die Pointe. Jedes Kapitel ist ein kleines Bühnenstück für sich. Das Frappierende, ja das geradezu Geniale an Meyerhoff ist seine Doppelbegabung: Auf der einen Seite schreibt er (...) komisch, süffig, selbstironisch, von den großen und kleinen Kalamitäten des Aufwachsens, von Familienstrukturen und Jugendpartys auf dem norddeutschen Land, vom ökonomisch sorglosen Aufwachsen einer gehobenen bundesrepublikanischen Mittelstandsexistenz. Auf der anderen Seite wird schnell deutlich, dass hier nichts naiv heruntergezählt wird. Das Anekdotische als Bauprinzip wird bereits im ersten Kapitel eingeführt und zugleich karikiert in Person eines Schuldirektors, der bei jeder sich bietenden Gelegenheit von den Schrecken des Russlandfeldzuges und den Heldentaten der Deutschen berichtet. ‚Dieser Mann‘, so heißt es, ‚war mir zutiefst suspekt‘. Meyerhoff hat keinen Krieg, an den es sich zu erinnern gilt, und schon gar keine Heldengeschichten, im Gegenteil – er macht sich an die Dekonstruktion einer vermeintlich heilen Welt, auch wenn die mitten in der Psychiatrie angesiedelt war. Und er beharrt

auf der Gattungsbezeichnung ‚Roman‘; eine Überzeugung, die getragen ist von der Erkenntnis: ‚Erfinden heißt Erinnern.‘“

Und noch etwas vergisst Schröder nicht, ausdrücklich lobend hervorzuheben: die Darstellung der Patienten: „Von jedem Einzelnen spricht Meyerhoff mit Achtung, sogar mit Zärtlichkeit. Von dem bärtigen Riesen, der stets mit zwei riesigen Glocken in den Händen durch die Gegend läuft und vor dem sich alle fürchten, wird der kleine Josse auf Schultern über das Anstaltsgelände getragen. Eines Tages ist der Riese verschwunden, für immer, eine seiner Glocken findet Josse im Teich des Parks.“ Hier steckt für Christoph Schröder die vermeintliche Komödie „im Schraubstock des Tragischen“: „Die Leichtigkeit im Ton kann und will nicht verbergen, dass wir es mit einem Toten- und Erinnerungsbuch zu tun haben. (...) Wenn Meyerhoff über den Tod schreibt, dann tut er das ohne zu lamentieren, mit Klarheit und ohne jede Sentimentalität. Dem eigenen Leben nähert er sich in einer raren Mischung aus selbstdiagnostischer Einsicht und selbstironischer Distanz. So, und nur so, kann Meyerhoffs Erzählprojekt sich von einem Selbstfindungs- in ein Literaturprojekt verwandeln.“ Der gereifte Josse schließlich umreißt seine Poetik, wenn er schreibt: „Erst wenn ich es geschafft haben werde, all diese abgelegten Erinnerungspäckchen wieder aufzuschneiden und auszupacken, erst wenn ich mich traue, die scheinbare Verlässlichkeit der Vergangenheit aufzugeben, sie als Chaos anzunehmen, sie als Chaos zu gestalten, sie auszuschmücken, sie zu feiern, erst wenn alle meine Toten wieder lebendig werden, vertraut, aber eben auch viel fremder, eigenständiger, als ich mir das jemals eingestanden habe, erst dann werde ich Entscheidungen treffen können, wird die Zukunft ihr ewiges Versprechen einlösen und ungewiss sein.“ Und das ist nichts anderes als gute Literatur. □

LITERATUR
beim Verfasser

Prof. Dr. Gerhard Köpf
Ariboweg 10, 81673 München
E-Mail: aribo10@web.de

BUCH-TIPP!

Empfehlenswertes Handbuch für psychotraumatologische Gutachten

Psychische Störungen stehen inzwischen an vierter Stelle der für die sozialen Sicherungssysteme relevanten Erkrankungen. Es handelt sich dabei meist um Depressionen, psychische Traumata, Angststörungen und Dependenzverhalten. Ein Rückblick auf die Anstaltspsychiatrie ab 1875 verdeutlicht diesen Trend: Eine zunehmend extensive Interpretation von Befindlichkeitsstörungen und Reaktionen auf Sozialkonflikte führte zu einer „Medikalisierung“ und damit zu erheblichen Ansprüchen an Versorgungsleistungen. Diese Entwicklung griff Illich bereits 1974 in dem Buch „Die Enteignung der Gesundheit“ auf.

Humangenetische Erkenntnisse zu psychischen Erkrankungen erweitern zwar das Wissen um die Zuordnung bestimmter Syndrome, sie sollten aber das „altmodische Verfahren“ einer psychopathologischen Exploration nicht ersetzen. Vermisst wird in diesem Zusammenhang ein Diskurs über ethische und rechtliche Konsequenzen einer möglichen Prädiktion psychischer Erkrankungen anhand genetischer Diagnostik.

Sozialpsychiatrische Störungen

Bei den sozialpsychiatrisch relevanten Störungen wird der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Erkrankung erörtert, wobei der Arbeitswelt eine große Bedeutung für das „Psychische System“ (Richter) zukommt. Dabei gilt auch: „Psychische Gesundheit ist nicht etwas, das man hat, sondern etwas, für das man sorgt“ (Rowe). Überfällig sind die kritischen Worte zu einer „therapeutischen Industrie inklusive Psychopharmaka für Wellness und Modediagnosen wie ADHS und Fatigue Syndrom“. Laut DAK ist „eine Zunahme psychischer Erkrankungen vor allem dort zu beobachten, wo die höchste Zahl von Psychotherapeuten angesiedelt ist“ (2007). Auch wird der Begriff der Simulation hinsichtlich vermehrter Optionen wie „Übernahme der Krankenrolle ohne materielle Gefährdung“ kritisch erörtert. Ebenso werden „Somatoforme Störungen“

und auch die häufige Komorbidität oft – und kostenträchtig! – verkannt. Vielfach wird eine nicht angemessene Therapie veranlasst, die sich nur am „organischen Bild“ orientiert. Der Stellenwert psychotherapeutischer Behandlungsverfahren wird bezüglich der Folgen körperlicher Erkrankungen oder Traumata anhand von Regularien und Fallbeispielen erörtert.

Gutachten von Psychotraumata

Für die Praxis eminent wichtig ist das zentrale Kapitel über „Psychotraumatologische Begutachtung“. Seit 1860 wird kontrovers diskutiert, ob es so etwas wie „Psychisches Trauma“ überhaupt gibt. Eindrucksvoll ist die Geschichte der „Railway spine“ nach Eisenbahnunfällen (vergleichbar dem heutigen Schleudert trauma der Halswirbelsäule) oder auch der „Kriegszitterer“ des 1. Weltkriegs, die anfangs als organisch bedingt beurteilt wurden. Es tobte ein heftiger Streit um die Differenzialdiagnose „Organische Erkrankung“ versus „Kriegshysterie“. Die Thematik kriegs- und gewaltbedingter Traumatisierung erfuhr durch den 2. Weltkrieg mit Folter, Hunger, extremen Lebensbedingungen, Entrechtung und ständiger Todesdrohung eine neue und ungeahnte Dimension. Es blieb bis in die 1960er-Jahre herrschende Lehrmeinung, dass „es Krankheit nur im Bereich des Körperlichen gibt“ (Schellworth). So wurden Ansprüche auf Entschädigung kriegsbedingter psychischer Folgen durch die Versorgungsämter auch unter Berufung auf Panses Stellungnahme zum „Problem von 1944“ verworfen – Panse war zudem Leiter des Amtes für Rassenhygiene und Euthanasiegutachter. Es ist das Verdienst von Venzlaff, von Baeyer, Häfner und Kisker, dass um 1980 schwere Psychotraumata in die psychiatrische Klassifikation aufgenommen wurden. Inzwischen hat die „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) durch Bürgerkriege, ethnische Säuberung und innerstaatliche Gewalt traurige Bestätigung erfahren müssen.



Holger Freytag, Gordon Krahl, Christina Krahl, Klaus-Dieter Thomann (Herausgeber)

Psychotraumatologische Begutachtung

544 Seiten, Referenz Verlag
2012, gebunden 89,90€
ISBN 978-3-9344-01-7

Die folgenden Kapitel beinhalten Rahmenbedingungen für die Begutachtung psychischer Störungen nach Unfällen, PTBS und somatoformen Schmerzstörungen sowie entsprechende Standards (Standardinterviews, ergänzende psychologische Diagnostik und Beschwerdendvalidierung). Normative Begriffe wie „psychisch bedingte Schadensdisposition, Erheblichkeitsschwelle und Zumutbarkeitsaspekte“ sollten jedem Gutachter geläufig sein. Der Terminus „zumutbare Willensanstrengung“ aus der sozialgerichtlichen Judikatur wirft mangels medizinischem Inhalt die Frage auf, ob er dem Sachverständigen überhaupt vorgelegt werden dürfe. Von Weizsäcker hatte den Begriff der „Rechtsneurose als sozialpolitischen Problem“ geprägt, der sich bis heute bestätigen sollte.

Versicherungsaspekte

Abschließend werden „Psychische Erkrankungen in der gesetzlichen Unfallversicherung“ behandelt. Ein wichtiger Unterschied zwischen zivilrechtlicher Adäquanztheorie und sozialrechtlicher Kausaltheorie besteht in der Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse des Versicherten. Gleiches gilt für psychische Erkrankungen in Renten- und gesetzlicher Krankenversicherung, wobei hier nicht die Diagnose, sondern die Auswirkung auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben maßgebend ist. Der Fragenkatalog und die Anleitung zu Aufbau und Inhalt eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachtens sind eine hervorragende methodische Hilfe. Ein Anhang mit Tabellen und Leitlinien zur Bewertung psychischer Störungen einschließlich ihrer Therapieverfahren sowie ein umfangreiches Literaturverzeichnis zu jedem Kapitel ergänzen das ausgezeichnete Handbuch, das in allen mit medizinischen Gutachten befassten Einrichtungen nicht fehlen sollte.

Dr. med. Friedhelm Katzenmeier, Augsburg

Felix Rehfeld

Die Farbe ist Realität, die Form nur Illusion

Die Farbe an sich und ihre unterschiedlichen Schattierungen in der Perspektive ist Inhalt der Gemälde von Felix Rehfeld. Diese sind völlig plan, obwohl sie dem Auge zum Teil überaus komplexe Räumlichkeit vorgaukeln. Wie geht der Künstler hier zu Werke?



Ohne Titel, Öl auf Leinwand, 75 x 100 cm, 2011

1981 geboren wurde Felix Rehfeld zunächst Tischler. 2000 begann er das Studium der freien Kunst, folgte als Meisterschüler bei Karin Kneffel, einer bedeutenden Vertreterin des Neorealismus, dieser an die Akademie der bildenden Künste in München und absolvierte dort 2010 erfolgreich sein Diplom. Sein spezielles Können visualisiert sich bestens beispielsweise im Bild „Ohne Titel“, im Endergebnis ein großformatiges Bild aus einer Serie des Jahres 2011. Es entstand dadurch, dass der Maler zunächst im kleinen Format Ölfarbe pastos auf einen Bildträger aufbrachte. Anschließend fotografierte er dieses reliefartige Gemälde, um schließlich einen „Extrakt“ der Fotografien in minutiös ausgeführter klassischer Maltechnik als abschließendes Bild absolut plan auf eine großformatige Leinwand zu malen.

Mit Präzision und außerordentlicher Sorgfalt

Ebenso verfährt er bei den „Lackbildern“. Kleine kissenähnliche Holzstücke werden von ihm in je unterschiedlichen Farben lackiert, diese Objekte anschließend aus verschiedenen Perspektiven fotografiert, um schlussendlich in virtuoser Maltechnik auf großes Format übertragen zu werden. Außerordentlich sorgfältig gibt Felix Rehfeld das diffizile Spiel der Farbschattierungen, alle feinsten Spiegelungen, die Farbnuancen, die sich aus dem Lichteinfall aus der Wölbung des Holzobjektes ergeben haben, wieder.

Der Ernst der Farbe

Die Bilder dieses Künstlers appellieren an den betrachtenden Blick, sich tief und mit großem Ernst auf ihre stoische Ruhe einzulassen, nicht an der Oberfläche der virtuoson Darstellung abzuprallen, sich nicht mit der Delikatesse der Malweise zu begnügen, nicht detektivisch jedes wiedergegebene Detail vor allem der Spiegelungen aufdecken zu wollen, sondern sich von der Illusion der Form ab- und ganz und gar der Realität der Farbe zuzuwenden. Nicht auf die Augentäuschung, das kunstgeschichtliche Zitat des trompe-l'oeil, zielen Felix Rehfelds Gemälde ab, sondern auf die Versenkung in den Kosmos des Spektrums einer Farbe und sie tun dies mit entschiedener Ernsthaftigkeit.



Serie „Lack“, Öl auf Leinwand, 45 x 60 cm, 2013



Serie „Lack“, Öl auf Leinwand, 150 x 200 cm, 2013

Felix Rehfeld hat in den letzten Jahren an einer großen Zahl von Einzel- und Gruppenausstellungen national und international teilgenommen, war Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes und erhielt 2007 den Kunstpreis der Loge zum Silbernen Schlüssel. □

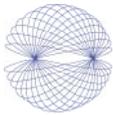
AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

Mit freundlicher Genehmigung der Galerie Isabelle Lesmeister
Obermünsterstr. 6, 93047 Regensburg, www.galerie-lesmeister.de

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2014		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
1.2.2014 Frankfurt 	Begutachtung von posttraumatischen Belastungsstörungen <i>Referenten:</i> PD Dr. phil. Dipl.-Psych. M.Schützwohl, Dresden und W. J. Kainz, München	Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
15.2.2014 München 	Molekularbiologische Wirkmechanismen von Psychopharmaka und labormedizinische Untersuchungen in der Psychiatrie <i>Referenten:</i> Prof. Dr. H. Fießl, Haar, Prof. Dr. H.-P. Volz, Werneck	siehe oben
28.2. – 1.3.2014 Bad Harzburg Hotel Braunschweiger Hof, Herzog-Wilhelm-Str. 54	NI Mitgliederversammlung/Fortbildung Landesverband Niedersachsen	siehe oben
22.3.2014 Alzey, Hotel Best Western, Karl-Klipp-Str. 13	RP Mitgliederversammlung/Fortbildung Landesverband Rheinland-Pfalz	siehe oben
10.5.2014 Klinikum R. d. Isar, Hörsaal, München 	BAY Mitgliederversammlung/Fortbildung	siehe oben
24.6.2014 Haus der Land- und Ernährungswirtschaft, Claire-Waldoff-Str. 7, Berlin	16. Hauptstadtsymposium „Psychisch Kranke – Stiefkinder des Gesundheitswesens?“ Vorträge und Podiumsdiskussion mit Vertretern aus der Politik Veranstalter: DGPPN in Verbindung mit ACKPA, BApK, BVDN und BVDP, DGBS u. a. (Zertifizierung beantragt)	www.dgppn.de/en/veranstaltungen/hauptstadtsymposium.html Kurzfristige Anmeldung vor Ort möglich!
Fortbildungsveranstaltungen 2014		
20. – 21.2.2014 ver.di – Bundesverwaltung, Paula-Thiede-Ufer 10 Berlin	6. Fachtagung Psychiatrie Regionale psychiatrische Hilfesysteme und Ökonomie: „Spielregeln“ psychiatrischer Versorgung zwischen Markt und Regulierung	Forum für Gesundheitswirtschaft e.V. in Kooperation mit der Gewerkschaft ver.di Karl-Ferdinand-Braun-Str. 2, 28359 Bremen Tel. 0421 96096-18 + Fax 0421 96096-10 info@forum-fuer-gesundheitswirtschaft.org www.fachtagung-psychiatrie.org
1.– 4.3.2014 ICM – International Congress Centre Munich Messe München GmbH	European Congress of Psychiatry – EPA 2014 European Psychiatry Focusing on Body and Mind	kenes international 1–3, Rue de Chantepoulet PO Box 1726, CH-1211 Geneva 1, Switzerland Tel.: +41 22 908 0488, Fax: +41 22 906 9140 E-Mail: epa@kenes.com
2.– 7.3.2014 Bad Bevensen, Hotel zur Amtsheide 	Burnout-Prävention und Resilienztraining für Ärztinnen und Ärzte Ärztliche Fortbildungswoche in der Lüneburger Heide	Dr. med. Markus Will Klosterplatz 3, 57439 Attendorn Tel.: 02722 636860 E-Mail: seminare@dr-markus-will.de www.dr-markus-will.de
7.– 8.3.2014 Mainz, Rheingoldhalle	6. Neurologie-Update-Seminar www.neuro-update.com	wikonect GmbH Hagenauer Str. 53, 65203 Wiesbaden Tel.: 0611 204809-19, Fax: 0611 204809-10 E-Mail: update@wikonect.de

Fortbildungsveranstaltungen 2014		
19.–21.3.2014 Tagungshotel Bacchus, Bensheim	Kongress für gemeindeorientierte Suchttherapie	Verein für gemeindeorientierte Psychotherapie e.V. z. Hd. Frau Schäffer c/o Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bethel Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld Tel.: 0521 77278551, Fax: 0521 77278452 E-Mail: cra-bielefeld@evkb.de www.cra-kongress.de/kongress/anmeldung-und-veranstaltungsort-2014/
19.–23.3.2014 Estrel Hotel & Convention Center Berlin	International Congress of Clinical Neurophysiology (ICCN) and Annual Meeting of the German Society for Clinical Neurophysiology and Functional Imaging 2014	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Project Managers Justus Appelt & Nadia Al-Hamadi Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 0 3641 -3116311/15, Fax 03641- 3116243 E-Mail: iccn2014@conventus.de www.iccn2014.de
20.–21. 3. 2014 Rhein-Main-Hallen, Friedrich-Ebert-Allee, Wiesbaden	5. Deutscher Interdisziplinäre Notfallmedizin Kongress – DINK	MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg Tel.: 0911 39316-40, -47, Fax: 0911 39316-66 E-Mail: dink@mcnag.info www.dink2014.de
20.–22.3.2014 Universität Leipzig CAMPUS Augustusplatz Hörsaalgebäude	Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen e.V.	event lab. GmbH Dufourstr. 15, 04107 Leipzig Tel.: 0341 240 596 62 E-Mail: dgess-leipzig@eventlab.org www.dgess-leipzig2014.de
21.–23.3.2014 Stadtsäle Bernlochner Ländtorplatz 2, Landshut	Frühjahrstagung der Arbeitsgruppe Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlaforschung und Schlafmedizin (DGSM) e.V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Marit Herrnberger Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116362, Fax 03641 3116243 marit.herrnberger@conventus.de www.dgsm-paediatric.de
28.–29. 3. 2014 Kurhaus Wiesbaden	4. Psychiatrie-Update-Seminar www.psychiatrie-update.com	wikonect GmbH Hagenauer Str. 53, 65203 Wiesbaden Tel.: 0611 204809-19, Fax: 0611 204809-10 E-Mail: update@wikonect.de
8.–11. 5. 2014 Hilton Berlin Hotel, Berlin CME-Punkte	8. World Congress on Controversies in Neurology (CONy) Wissenschaftliche Schwerpunkte: Multiple Sklerose, Stroke, Parkinson's Disease, Migräne, Demenz, Alzheimer und Epilepsie	ComtecMed 53, Rothschild Boulevard, PO Box 68, Tel Aviv, 61000, Israel Tel.: +972 3 5666166, Fax: +972 3 5666177 E-Mail: cony@comtecmed.com www.comtecmed.com/cony/2014
17.5.2014 9.30–16.00 Uhr Universitätsklinikum RWTH Aachen Pauwelsstr.30	4. Aachener Symposium – Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter	Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Lütticher Str. 512a, 52074 Aachen Tel.: 0241 4703130, Fax: 0241 79419 E-Mail: info@stiftung-kjpp.de, www.stiftung-kjpp.de
21.–24.5.2014 Langenbeck-Virchow Haus, Berlin	International Tinnitus Seminar 2014 der Deutschen Tinnitus-Stiftung Charité (German Tinnitus foundation)	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0 E-Mail: its2014@cpo-hanser.de www.international-tinnitus-seminar-2014.com



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

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

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Holger Marschner
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Rudolf Biedenkapp
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: Thomas Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban
U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban
U.E.M.S. – Neurologie: Friedhelm Jungmann

Ausschüsse

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: Albert Zacher, Uwe Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung: Frank Bergmann, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim, P. Christian Vogel
Leitlinien: Frank Bergmann, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

Demenz: Jens Bohlken
Epileptologie: Ralf Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther
Neurootologie, Neuroophthalmologie: Matthias Freidel
Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen

Neuropsychologie: Paul Reuther
Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschatz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Ulrich Hutschenreuter



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
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: Uwe Meier, Paul Reuther
GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl
Qualitätsmanagement: Uwe Meier
Risikomanagement: Rolf F. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: Reinhard Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

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

Referate

Soziotherapie: Sybille Schreckling
Sucht: Greif Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: Hans Martens
Forensik: P. Christian Vogel

Geschäftsstelle des BVDN

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier
Versorgungsforschung: Uwe Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: Rolf Hagenah
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: Fritjof Reinhardt, Paul Reuther
Rehabilitation: Harald Masur
CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther
DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNER: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther
BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Friedhelm Jungmann

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Paul
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Meyer-Hülsmann
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

Übende Verfahren – Psychotherapie: Gerd Wermke

Psychiatrie in Europa: Gerd Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: Frank Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto
PTSD: Christa Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: Greif Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver Biniasch, Christian Vogel
Baden-Württemberg: 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: Ulrike Benemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Sabine Köhler
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ich will Mitglied werden!

**An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45469-25/-26**

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

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet:

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

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. G. Carl	Würzburg	ja	ÄK/KV	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. 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. W. Raffauf	Berlin			030 2832794	030 2832795	Walter.raffauf@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. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
Dr. R. Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband:	HESSEN					
Dr. K. 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
P. Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband:	MECKLENBURG-VORPOMMERN					
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaertze-rostock.de
BVDN-Landesverband:	NIEDERSACHSEN					
Dr. R. 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. M. Dapprich	Bad Neuenahr	ja	ÄK	02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. V. Figlesthaller	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	ÄK/KV	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. 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. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN					
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN-ANHALT					
N.N.						
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

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Martin Bauersachs

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

Dr. Gerd Benesch

Bundesallee 95, 12161 Berlin
Tel.: 030 3123783, Fax: -404972
E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.de

Dr. Ulrike Bennemann

Holzhäuser Str. 75, 04299 Leipzig
Tel.: 0341 5299388, Fax: -5299390
E-Mail: ubennemann@psychiatrie-leipzig.de

Dr. Frank Bergmann

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

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

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

Dr. Rudolf Biedenkapp

Frankfurter Str. 127, 63067 Offenbach
Tel.: 069 82366061, Fax: -82366063
E-Mail: biedenkapp.r@t-online.de

Dr. Oliver Biniasch

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

Dr. Lutz Bode

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

Dr. Jens Bohlsen

Klosterstr. 34-35, 13581 Berlin
Tel.: 030 33290000, Fax: -33290017
E-Mail: dr.j.bohlsen@gmx.net

Dr. Thomas Briebach

Ludwigstr. 15, 61169 Friedberg
Tel.: 06031 3830, Fax: -3877
E-Mail: thomas.briebach@t-online.de

PD Dr. Elmar Busch

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

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Martin Delf

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

Dr. Ulrich Dölle

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

Dr. Reinhard Ehret

Schloßstr. 29, 20, 12163 Berlin
Tel.: 030 790885-0, Fax: -790885-99
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

Dr. Günther Endrass

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

Dr. Peter Franz

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

Dr. Matthias Freidel

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

Dr. Frank Freitag

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

Dr. Wolfgang Freund

Waaghausstr. 9-11, 88400 Biberach
Tel.: 07351 7833, Fax -7834
E-Mail: freund-ulm@t-online.de

Prof. Dr. Christian Gerloff

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

Dr. Heinrich Goossens-Merk

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

Dr. Holger Grehl

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

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

Dr. Liane Hauk-Westerhoff

Deutsche Med Platz 2, 18057 Rostock
Tel.: 0381 37555224, Fax: -37555223
E-Mail: liane.hauk-westerhoff@nervenaerzte-rostock.de

Dr. Angelika Haus

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

Dr. Annette Haver

Strengerstr. 16-18, 33330 Gütersloh
Tel.: 05241 16003, Fax: -24844

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

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

Dr. Thomas Hug

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

Dr. Birgit Imdahl

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

Dr. Helfried Jacobs

Bremerhavener Heerstr. 11
28717 Bremen
Tel.: 0421 637080, Fax: -637578
E-Mail: cristina.helfried@t-online.de

Dr. Friedhelm Jungmann

Im Wildfang 13a, 66131 Saarbrücken
Tel.: 06893 9875020, Fax -9875029
E-Mail: mail@dr-jungmann.de

Dr. Sabine Köhler

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

Dr. Fritz König

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

Dr. Thomas Krichenbauer

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

Dr. Christine Lehmann

Wismarsche Str. 5, 18057 Rostock
Tel.: 0381 4965981, Fax -4965983
E-Mail: christine-lehmann-rostock@t-online.de

Holger Marschner

Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 371878, Fax: -371879
E-Mail: bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dr. Ramon Meißner

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

Dr. Uwe Meier

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

Christoph Meyer

Darmstädter Str. 44, 64625 Bensheim
Tel.: 06251 4444, Fax: -4141
E-Mail: c.meyer@therapiegemeinschaft.de

Dr. Norbert Mönter

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

Prof. Dr. Gereon Nelles

Werthmannstr. 1, 50935 Köln
Tel.: 0221 7902161, Fax: -7902474
E-Mail: gereon.nelles@uni-due.de

Dirk Neubert

Bärwinkelstr. 33, 99310 Arnstadt
Tel.: 03628 602597, Fax: 582894
E-Mail: dirk@neubert.net

Dr. Martin Paul

Bergstr. 26, 15907 Lübben
Tel.: 03546 2256988
E-Mail: mail@neurologe-luebben.de

Dipl. med. Delia Peschel

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

Dr. Walter Raffauf

Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 2832794 Fax: -2832795

Dr. Christian Raida

Urbacher Weg 31, 51149 Köln
Tel.: 02203 560888, Fax: 5030665
E-Mail: praxis@dr-raida.de

Dr. Elisabeth Rehkopf

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

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

Dr. Richard Rohrer

Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 4051, Fax: 06894 4021
E-Mail: richard.rohrer@gmx.net

Dr. Wolfgang W. Rossbach

Holzhoferstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 222377, Fax: -227939
E-Mail: w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

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

Dr. Greif Sander

Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
E-Mail: dr.sander@wahrendorff.de

Dr. Rüdiger Saßmannshausen

Poststr. 30, 57319 Bad Berleburg
Tel.: 02751 2785, Fax: -892566
E-Mail: sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

Babette Schmidt

Straße am Park 2, 04209Leipzig
Tel.: 0341 4220969, Fax: -4220972
E-Mail: dmbtschmidt@aol.com

Dr. Volker Schmiedel

Wiesestr. 5, 07548 Gera
Tel.: 0365 8820386, Fax: -8820388
E-Mail: dr.v.schmiedel@telemed.de

Dr. Michael Schwalbe

Annendorfer Str. 15
06886 Lutherstadt-Wittenberg
Tel.: 03491 442567, Fax: -442583
E-Mail: schwalbenhorst@t-online.de

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Dr. Helmut Storz

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

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch

Neurol. Klinik, Am Tannenwald 1
79215 Elzach
Tel.: 07682 801870, Fax: -801866
E-Mail: klaus.wallesch@neuroklinik-elzach.de

Dr. Gerd Wermke

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

PD Dr. Albert Zacher

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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

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

Athene Akademie

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

Cortex GmbH

Gut Neuhof
 Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -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: -2055511
 E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de
 www.akademie-psych-neuro.de
Vorsitzender: PD Dr. Albert 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: -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: -4004 56-388
 E-Mail: info@baek.de
 www.bundesaerztekammer.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)

Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
 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: -9039501
 E-Mail: ekoenig@schoen-kliniken.de
 www.dgnr.de

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

Vorsitzender: Rolf Radzuweit
 Godeshöhe, Waldstr. 2–10

53177 Bonn-Bad Godesberg
 Tel.: 0228 381-226 (-227)
 Fax: -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)

Vorsitzender: Dr. Mario 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: -284499 11
 E-Mail: gs@dgnc.de
 www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
 Tel.: 030 284499 33
 Fax: -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: -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: -8093816
Kommissarische 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: -9999916
 E-Mail: GS@dggpp.de
 www.dggpp.de

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

Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
 Tel.: 030 28096519, Fax: -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: -16918422
 E-Mail: mail@bkjpp.de
 www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)

Brücker Mauspfad 601
 51109 Köln
 Tel.: 0221 842523, Fax: -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. Elmar Etzersdorfer
 Furtbachkrankenhaus
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart
 Tel.: 0711 6465126, Fax: -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: -404972
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

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

Schriftleiter: Dr. med. Gunther Carl (gc) (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: -203043-1399
www.springerfachmedien-medizin.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media GmbH ist die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM One GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer SBM One GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM Zero GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer SBM Zero GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer Science+Business Media G. P. Acquisition S. C. A., Luxemburg, die 100% der Anteile hält.

Geschäftsführer: Joachim Krieger (President Professional Businesses), Fabian Kaufmann, Dr. med. Esther Wieland

Director Facharzt Medizin: Dr. med. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. rer. nat. Gunter Freese

Redaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung)

Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435

E-Mail: gunter.freese@springer.com

Dr. rer. nat. Carin Szostek (-1346),

Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller

Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409)

Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung),

Tel.: 06221 4878-662, Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung),

Tel.: 06221 4878-104, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenverkauf: Peter Urban (Leitung),

Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com)

Zur Zeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 16 vom 1.10.2013.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung), Tel.: 06102 506-148

E-Mail: marion.horn@springer.com

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

Bezugspreise: Einzelheft 24 €, Jahresabonnement 204 € (für Studenten/AIP: 122,39 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 30 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 51 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise:

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

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

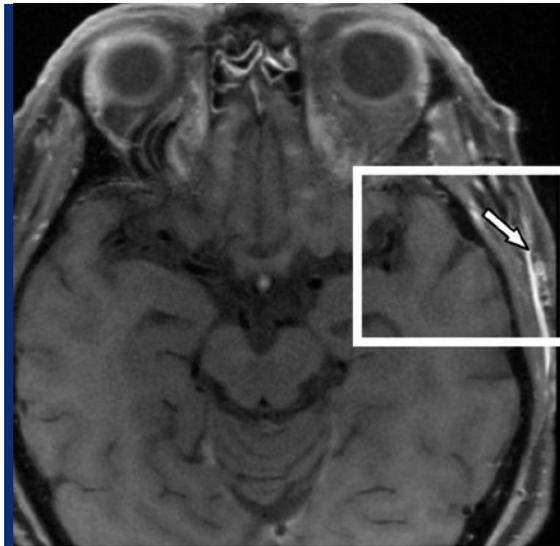
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X



IA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2012



© Springer-Verlag 2010

Vorschau

Ausgabe 2/2014

Februar

Erscheint am 14.2.2014

Zerebrale Vaskulitiden

Systemische Vaskulitiden führen mit unterschiedlicher Häufigkeit zu einer neurologischen Manifestation am zentralen oder peripheren Nervensystem. Eine zerebrale Beteiligung kann sich dabei auf sehr vielfältige Art und Weise manifestieren.

Kinder psychisch erkrankter Eltern

Die Psychiatriereform in den 1980er-Jahren lenkte das Augenmerk auf das soziale Umfeld psychisch Erkrankter. Ein Aspekt wurde dabei ausgespart – viele Patienten haben Kinder und sorgen für sie und diese Kinder sind infolge der elterlichen Erkrankung häufig großen Belastungen ausgesetzt.

Arbeitsunfähigkeit nach Unfall

Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach unfallbedingten Verletzungen werden psychosozialen Faktoren sowie der subjektiven Bewertung durch die Patienten und deren Erwartung in Bezug auf die Prognose bisher viel zu wenig Bedeutung beigemessen.

Hier steht eine Anzeige.

