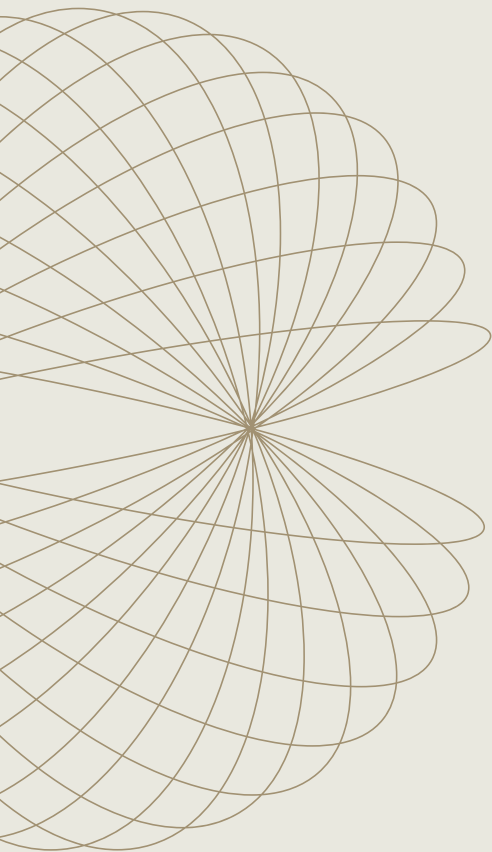


3

März 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)



Faxumfrage des BVDN

Rolle der Pharmakotherapie in der Facharztpraxis

Riesenzellarteriitis

Sonografie und Klinik können Biopsie ersparen

CME: Gerontopsychiatrie

Somatische Komorbidität beachten

NEUROTRANSMITTER-Telegramm 1/2014

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände in dieser Ausgabe:
„Anregungen zur erfolgreichen Praxisübergabe“



»Die Bedarfsplanung ist nie korrigiert oder auf eine rationale Grundlage gestellt worden. Es gibt schlechterdings zu wenig Neurologen und Psychiater!«

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
1. Vorsitzender des BDN

„Waldsterben verboten ...“

Eigentlich kann die Bundesregierung stolz sein, ein Land regieren zu dürfen, das nach der aktuell veröffentlichten Studie des Personalberatungsunternehmens „Mercer“ über eine herausragend hohe Zahl an Großstädten mit der höchsten Lebensqualität weltweit verfügt. Ganz maßgeblich für diese Bewertung ist auch die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung. Aus fachärztlicher Sicht stellt sich nur die Frage, wie diese Qualität in der Zukunft sichergestellt werden kann: wachsender Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft bei schrumpfenden personellen (Arztmangel) und finanziellen (demografischer Faktor) Ressourcen. Der erhöhte Bedarf durch den medizinischen Fortschritt ist dabei noch gar nicht berücksichtigt.

Unerträglicher Populismus

Und welche Ansätze entwickelt die neue Regierung? In den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen sieht man keine zukunftsweisenden Konzepte, sondern einen Griff in die Motenkiste längst als historisch überholt geglaubter Positionen. Natürlich haben wir wachsende Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung. Wir haben stets darauf hingewiesen, dass Demografie, Fortschritt, Arztzahlentwicklung und finanzielle Fehlanreize zwangsläufig zu Engpässen führen müssen. Die Reaktion der Politik ist hier von einem unerträglichen Populismus geprägt – mit erstaunlich fraktionsübergreifender Harmonie. Statt das Problem zu erkennen und mit den Systemplayern Lösungen zu erarbeiten, werden die Auswirkungen dieser Entwicklungen einfach verboten und es wird mit Repressionen gedroht: Facharzttermine müssen zeitnah vergeben werden, sonst droht Strafe. Das erinnert mich an einen Beitrag des Satiremagazins „Titanic“ von 1989, wonach die Bundesregierung einfach ein Schild im Wald angebracht habe mit der Aufschrift: „Waldsterben verboten – die Bundesregierung“. Analog könnten wir jetzt formulieren: „Wartezeit verboten“.

Nach einer aktuellen Auswertung des Arztterminals der DAK soll sich die Nachfrage nach schnellen Facharztterminen in den vergangenen Jahren verdreifacht haben. Bei den über 14.000 Anfragen belegten die Neurologen nach den Radiologen den zweiten und die Psychiater den vierten Platz. Ganz ähnlich sind die Daten bei AOK und KKH. Mit großer Einigkeit ist nun der Ruf nach gesetzlichen oder anderweitigen Regelungen laut geworden. Der neue Gesundheitsminister scheint derzeit eine bei den KVen angesiedelte Servicestelle zu favorisieren, allerdings versehen mit der Drohung von Gesetzesregelungen, die

bei Inanspruchnahme von Kliniken Budgetkürzung vorsehe. Herr Lauterbach wird erwartungsgemäß deutlicher und fordert per se eine gesetzliche Regelung, wonach jeder Patient innerhalb von vier Wochen einen Facharzttermin erhalten soll.

Mit Flickschusterei und Schuldzuweisungen wird das Problem aber nicht an der Wurzel gepackt. Auch haben derartige sozialistische Experimente historisch noch nie funktioniert. Es kann der Qualität der Versorgung nur abträglich sein, wenn wir in überfüllten Praxen gezwungen werden, zeitnahe Termine zu vergeben. Das ist schlicht Double-blind-Politik!

Die Bedarfsplanung gehört korrigiert

Die wirklichen Probleme sind andere: Mit 18 Arztbesuchen pro Jahr sind die Deutschen Weltmeister, und dieser Umstand wird paradoxerweise den Ärzten angelastet. Dabei ist die Ursache ein unbegrenztes Leistungsversprechen der Politik: Jeder Patient, sprich jeder Wähler, darf wegen jeder beliebigen Petitesse zu jeder Zeit in unbegrenzten Maße einen Arzt aufsuchen. Durch Fehlanreize und durch Pauschalisierungen ist die Überweisungsschwelle durch den Hausarzt maximal gesenkt. Jeder noch so kleine Spannungskopfschmerz wird zum neurologischen Notfall. In unseren Fachgebieten nehmen die Erkrankungen aber allein schon aus demografischen Gründen kontinuierlich zu. Hinzu kommt ein erhöhter Behandlungsbedarf durch den medizinischen Fortschritt. Die Bedarfsplanung ist hier nie korrigiert oder auf eine rationale Grundlage gestellt worden. Es gibt schlechterdings zu wenig Neurologen und Psychiater. Wir haben daher immer weniger Zeit für den Patienten. Auch dies lastet man paradoxerweise den Ärzten an. Schon jetzt sind nicht nur die Praxen überfüllt, sondern auch die Notfallambulanz. Hier die Sektoren gegeneinander auszuspielen, lenkt aber nur von den eigentlichen Fragen ab.

Probleme lassen sich nicht verbieten, oder wie die NSA-Affäre vom früheren Kanzleramtsminister einfach für beendet erklären. Wir brauchen den offenen Dialog und die gemeinsame Suche nach Lösungen. Dies geht nur mit uns, nicht gegen uns. Wir als Berufsverbände haben Konzepte und stehen bereit.

Ihr



14 Erste Absolventen „EVA-NP“

Der BVDN hat maßgeblich an der Entwicklung des Curriculums „Entlastende Versorgungsassistent/-in EVA-NP“ mitgearbeitet. Der erste Kurs in Westfalen-Lippe ist nun unlängst erfolgreich abgeschlossen worden. Im Rahmen einer Feierstunde wurden die ersten Zertifikate übergeben. Die Investitionen in besser ausgebildete Mitarbeiter werden sich für die Praxen nicht nur inhaltlich, sondern auf finanziell lohnen. Ein Vertrag, der den Ärzten mit qualifizierten EVA-NP eine besondere Vergütung gewähren soll, wird derzeit erarbeitet.

23 Pharmakotherapie in den Praxen

Vor dem Hintergrund der vorbereitenden Arbeiten an der neuen Muster-Weiterbildungsordnung, die 2015 in Kraft treten soll, hat der BVDN im August 2013 eine Faxumfrage zur Bedeutung der Neuro- und Psychopharmakotherapie in Praxen für Neurologie und/oder Psychiatrie durchgeführt. Die Auswertung ergibt, dass die psycho- und neuro-pharmakologische Behandlung in den psychiatrischen und/oder neurologischen Praxen eine noch höhere Bedeutung hat, was Behandlungshäufigkeit und Zeitbedarf anbetrifft, als bisher angenommen.

Hinweis

Auf Seite 58 dieser Ausgabe finden Sie Pharmawissen aktuell mit dem Thema „Fortgeschrittener Morbus Parkinson: Aktuelle Daten bestätigen Wirksamkeit von Levodopa-Infusionen“. Wir bitten um Beachtung.

Titelbild (Ausschnitt): Jungmin Park
Unter Wasser 4, 2012

3 Editorial

Die Verbände informieren

8 Erfasst, verfolgt, vernichtet

Ausstellung „Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“

Frank Bergmann, Aachen, für den BVDN

10 Gesundheitspolitische Nachrichten

Positionspapiere zur Einheit der KV: Handlungsfähige Führung der Vertragsärzteschaft nötig

Bündnis 90/Die Grünen: Ausbau der „Unabhängigen Patientenberatung“ gefordert

Krankenversicherungen: Weniger Übertritte von der GKV in die PKV

Gunther Carl, Kitzingen

14 Erfolgsgeschichte EVA-NP

Erste Zertifikate

Rita Wietfeld, Witten

Rund um den Beruf

16 „Vernetzung und individuelle Freiheit – Wie viel Netz braucht ein Mensch?“

Jubiläumstagung des VPpG

Karin Hoffmann, Norbert Hümb, Norbert Mönter, Berlin, VPpG

23 Die Bedeutung der Pharmakotherapie in der Facharztpraxis

Faxumfrage des BVDN

Gunther Carl, Kitzingen

27 Versorgung von Heimpatienten

GOÄ korrekt auslegen (II)

Aus der Serie Praxisprobleme

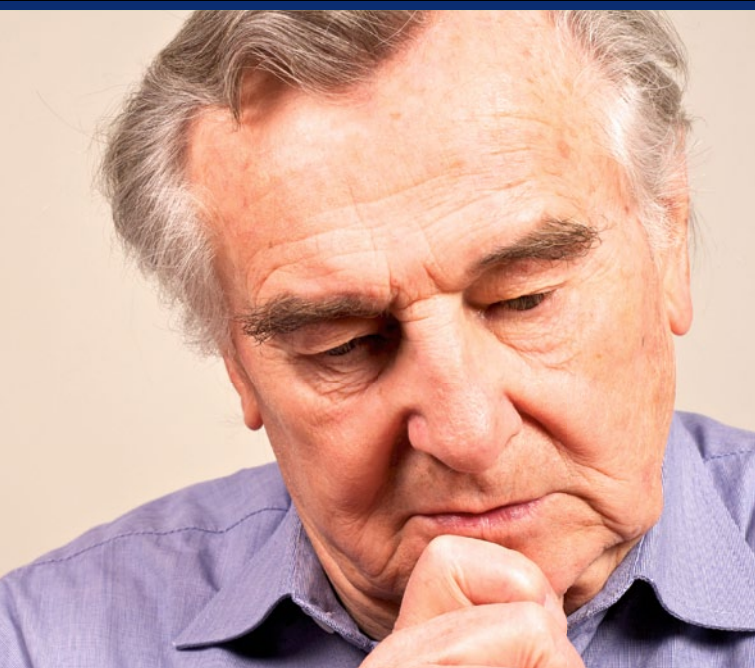
Gunther Carl, Kitzingen

31 SPiZ fordert bessere Mittelverteilung

Psychische Gesundheit für Lebenszufriedenheit am wichtigsten

Presseinformation SPiZ

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



46 Somatische Komorbidität bei gerontopsychiatrischen Patienten

Aus der Ko- und Multimorbidität bei Alterspatienten resultieren sehr häufig hochkomplexe klinische Fragen. Angesichts der wachsenden Zahl betroffener Patienten sind Lösungsansätze gefragt, die dieser Komplexität gerecht werden. In deren Mittelpunkt könnte die (Weiter-) Entwicklung interdisziplinärer Versorgungsmodelle stehen. Innovative Versorgungsmodelle erfordern eine verstärkte Kooperation von Haus- und Nervenärzten sowie eine geschmeidigere Zusammenarbeit an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. Gunter Freese

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

E-Mail: gunter.freese@springer.com

Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl

Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930

E-Mail: carlg@t-online.de

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



Fortbildung

- 32** **Ultraschall und Riesenzellarteriitis**
Positive Sonografie in Kombination mit Klinik
kann Biopsie ersparen
Ulrich Sliwka, Ulrich Junghans, Remscheid
- 36** **Botulinumtoxin**
Ein neuer Wirkstoff gegen Depression?
Axel Wollmer, Steffie Jung, Tillmann Krüger, Hamburg
- 42** **„Stehen geblieben“ – Ullrich-Turner-Syndrom“**
Psychiatrische Kasuistik
Kim Hinkelmann, Saskia Mitreuter, Michael Dettling, Berlin
- 46** **CME: Gerontopsychiatrie**
Somatische Komorbidität bei Patienten mit
psychischen Alterserkrankungen
Walter Hewer, Rottweil
- 52** **CME-Fragebogen**

Journal

- 60** **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Ugo Riccarelli
„Die Residenz des Doktor Rattazzi“
Gerhard Köpf, München
- 64** **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Jungmin Park
Alles fließt
Albert Zacher, Regensburg
- 22** **Kleinanzeigen**
- 54** **Pharmaforum**
- 66** **Termine**
- 68** **Verbandsservice**
- 73** **Impressum/Vorschau**

Ausstellung „Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“ Erfasst, verfolgt, vernichtet

Unter der Schirmherrschaft von Bundespräsident Joachim Gauck hat die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Kooperation mit der Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas und der Stiftung Topographie des Terrors eine Wanderausstellung entwickelt, die jene Opfer ins Zentrum rückt, die lange am Rande des öffentlichen Interesses und Gedenkens standen.

Die Ausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“ wurde am 27. Januar 2014 durch die Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages Ulla Schmidt mit einem Grußwort eröffnet. „Eine Ausstellung die unter die Haut geht“, schrieb Ulla Schmidt, die seit 2012 auch Bundesvorsitzende der Lebenshilfe ist, als Erste in das Besucherbuch. Im Jahr 2010 hatte der Initiator der Ausstellung, Professor Frank Schneider, Leiter der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universitätsklinik Aachen, mit einer viel beachteten Rede in seiner damaligen Eigenschaft als Präsident der DGPPN die Verfehlungen von Psychiatern in der Zeit des Nationalsozialismus offengelegt und die Opfer und deren Angehörige um Verzeihung gebeten „für das Unrecht, das ihnen im Namen der deutschen Psychiatrie von deutschen Psychiaterinnen und Psychiatern angetan wurde sowie

für das viel zu lange Schweigen, Verharmlosen und Verdrängen der deutschen Psychiatrie in der Zeit danach.“ Psychiater haben, so Schneider in seiner Rede auf dem DGPPN-Kongress 2010, „getäuscht und belogen, töten lassen und auch selber getötet“.

Mit der aktuellen Ausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“ wollen die Initiatoren nicht zuletzt zu einer Destigmatisierung beitragen. Während seit Langem jüdischer Opfer auch namentlich gedacht wird, fällt es Behörden, Archiven und Verwandten immer noch schwer, den Hunderttausenden von Opfern unter kranken und behinderten Menschen ihre persönliche Biografie zurückzugeben.

Eindringlich sind bereits die ersten Exponate der Ausstellung: Bilder von Opfern auf der einen, Bilder von Tätern auf der gegenüberliegenden Wand. Auf den Fotos begegnen sich Täter und Op-

fer nach sieben Jahrzehnten wieder Auge in Auge. Eindrücklich verstärkt wird diese Wirkung auch durch die Auswahl der Fotos, die vorwiegend aus Familienalben stammen. Gezeigt werden nicht die häufig steif und gestellt wirkenden Uniform- und Krankenhauskittelfotos gegenüber Patienten in Zwangslagern, sondern ganz normale Menschen aus ganz normalen Familien. Die scheinbare Normalität von Tätern und Opfern berührte viele – auch jugendliche – Besucher bereits am ersten Tag.

Die Ausstellung führt bis in die Gegenwart. An ihrem Schlusspunkt reflektieren in 15 Videointerviews unter anderem Angehörige von Opfern, Vertreter von Selbsthilfeverbänden, Patienten, Ärzte und Pflegepersonal das damalige Geschehen und stellen sich aus unterschiedlichen Perspektiven der Frage, welche Bedeutung es für sie persönlich hat.

Erste Station der Wanderausstellung ist das Paul-Löbe-Haus des Deutschen Bundestages in Berlin, anschließend wird sie ab 25. März 2014 in der „Topographie des Terrors“ in Berlin zu sehen sein. Angedacht ist auch eine Präsentation im Europaparlament. Viele Anfragen für weitere Ausstellungen in Deutschland und in den Nachbarländern liegen vor. Begleitend zur Ausstellung erschien ein umfangreicher Katalog, ergänzt durch eine Broschüre in leichter Sprache.

Die fünf Kapitel der Ausstellung

1. Fotoalbum

Es zeigt die Opfer der NS-„Euthanasie“-Morde und der Zwangssterilisationen in ihren Familien, bevor sie in Anstalten eingewiesen wurden. Nicht immer kennen die Nachfahren heute ihre Geschich-



te, über viele der Toten wurde später auch in ihren Familien geschwiegen. Täter und Tatbeteiligte wie Ärzte, Krankenschwestern, Fahrer, „Leichenbrenner“ und Verwaltungskräfte, die am Patientenmord mitwirkten, sind überwiegend in privaten Situationen zu sehen, wie in einem familiären Fotoalbum. Von ihnen verblieben nach 1945 viele in ihren Funktionen.

2. Die Frage nach dem Wert des Lebens

Hier führen Zitate in die Geschichte von Zwangssterilisationen und „Euthanasie“ ein. Die Eugenik ging davon aus, Fortpflanzung müsse gesteuert werden, um den erbbiologischen Niedergang einer Nation aufzuhalten und die menschliche Höherentwicklung voranzutreiben. Ausschnitte aus einer Lichtbildreihe belegen auch den Fortschrittsoptimismus der damaligen Psychiatrie.

3. Rassenhygienische Politik

Dokumente und Bilder belegen den Versuch, die gesamte Bevölkerung „erbbiologisch zu erfassen“ und der zwangsweisen Sterilisation von bis zu 400.000 Menschen im Nationalsozialismus. Eindrückliche Zeugnisse sind unter anderem die

Zeichnungen des zwangssterilisierten und später ermordeten Wilhelm Werner.

4. Mord

Die systematische Erfassung kranker und behinderter Menschen begann im Herbst 1939, ihre Ermordung im Januar 1940. Bis zu 300.000 Anstaltspatienten fielen ihr zum Opfer. Diese größte Abteilung der Ausstellung stellt Täter und Tat-

kenakten, wie viele verschiedene Akteure an den Verbrechen beteiligt waren.

5. Nach 1945: Verdrängen und Erinnern

Zwangssterilisierte Überlebende der Mordanstalten und Angehörige ermordeter Patienten fanden nach 1945 wenig gesellschaftliche Unterstützung. Erst 40 Jahre später – in den 1980er-Jahren – begann die öffentliche Erinnerung an die-

» Wir Psychiaterinnen und Psychiater sollen keine Werturteile über Menschen fällen; wir lehren, forschen, behandeln, begleiten und heilen. Die unantastbare Menschenwürde ist immer die Würde des einzelnen Menschen und kein Gesetz und kein Forschungsziel dürfen uns dazu anleiten, diese zu missachten. «

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider, 2010

beteiligte vor und fragt nach ihren Handlungsspielräumen, aber auch nach der öffentlichen Wahrnehmung der Morde, nach den Reaktionen der Kirchen und nach den Familien der Opfer. Neben Fotos und Dokumenten aus dem Privat- und Familienleben der ermordeten Opfer zeigen Dokumente aus ihren Kran-

se Opfer. Dieses Kapitel gibt Einblicke in Nachkriegsprozesse und in den Kampf um die Anerkennung als Verfolgte des NS-Regimes und um Entschädigung. ■

WEBSITE ZUR AUSSTELLUNG

www.dgppn.de/ausstellung

Dr. med. Frank Bergmann für den BVDN

12. Neurologen- und Psychiatertag am Samstag, den 5. April 2014 in Köln

Die Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP laden herzlich ein zum diesjährigen 12. Neurologen- und Psychiatertag am 5. April 2014 in Köln. Dem Thema „Fatigue in Neurologie & Psychiatrie“ wollen sie sich nicht auf der Ebene des soziologischen und gesellschaftlichen Diskurses nähern, sondern die wissenschaftlichen Fakten zusammentragen, die Fatigue-Syndrome in Neurologie und Psychiatrie zu diagnostischen und insbesondere therapeutischen Herausforderungen werden lassen. Ein spannendes medizinisches Programm sowie berufspolitische News in der Mitgliederversammlung erwarten Sie! Auf nach Köln!

Programm

„Fatigue in Neurologie & Psychiatrie“

08.30 Uhr „Get together“

09.30 Uhr Eröffnung: Dr. Frank Bergmann, 1. Vorsitzender BVDN
Einführung in das Thema

09.45 Uhr Prof. Dr. Ingo Froböse, Sporthochschule Köln
Grußwort

10.00 Uhr Prof. Dr. Andreas Ströhle, Berlin
Sport & ZNS

10.25 Uhr PD Dr. Iris K. Penner, Basel
Fatigue bei Multipler Sklerose

10.50 Uhr Kaffeepause

11.20 Uhr Prof. Dr. Wolfgang Maier, Bonn
Fatigue in der Psychiatrie

11.45 Uhr PD Dr. Peter Schwenkreis, Bochum
Fatigue bei neurologischen Erkrankungen

12.10 Uhr Prof. Dr. Gerhard Gründer, Aachen
Perspektiven der Pharmakotherapie von Erkrankungen des ZNS

12.45 Uhr Fragen und Diskussion

13.30 Uhr Mittagspause

14.30 Uhr Mitgliederversammlung BVDN

15.30 Uhr Ende des Neurologen- und Psychiatertages

Tagungsort

Hotel Park Inn Köln City West –
Innere Kanalstr. 15, 50823 Köln

Anmeldung

Geschäftsstelle Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546921, Fax: 02151 4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

POSITIONSPAPIERE ZUR EINHEIT DER KV

Handlungsfähige Führung der Vertragsärzteschaft nötig

➔ „... Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten stehen für eine ungeteilte KV, in der in den Organen und Gremien unabhängig von der Zugehörigkeit zu Versorgungsebenen ein gleichberechtigter und respektvoller Umgang miteinander gelebt wird ...“ Diese Forderung findet man in einem Text, den 13 Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende von Vertreterversammlungen (VV) der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder verfasst haben. Sie formulieren zehn Grundsatzthesen. Dies vor dem Hintergrund der für den 28. Februar 2014 geplanten Wahl eines Nachfolgers für den zurückgetretenen bisherigen KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler. Die Unterzeichner wünschen sich eine möglichst breite Zustimmung aller VV-Mitglieder der KBV.

1. „Das KV-System steht uneingeschränkt für die Freiberuflichkeit des Arztes und Psychotherapeuten ein.
2. Die Interessen von angestellten Vertragsärzten und -psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung werden gleichberechtigt neben denen der selbstständig tätigen Ärzte vertreten.
3. KVen vertreten im gesetzlichen Auftrag ihre Mitglieder gemeinsam und einheitlich

unabhängig von der Zuordnung zu einem Versorgungsbereich.

4. Die Interessen von Vertragsärzten und -psychotherapeuten sind im KV-System gleichberechtigt.
 5. Das KV-System organisiert eine gemeinsame, flächendeckende ambulante Versorgung im gesetzlichen Sicherstellungsauftrag. Hierzu muss die Zusammenarbeit der Versorgungsebenen weiter gefördert werden.
 6. Sinnvolle Interessensvertretung der KVen bedeutet die offene und gemeinsame Auseinandersetzung mit den Grundsatzzfragen der ambulanten Versorgungsstruktur und deren Weiterentwicklung, auch im Kontext der ambulant-stationären Zusammenarbeit. Bei versorgungsbereichs- und sektorübergreifenden Entscheidungen sind die zuständigen Gremien dem Interessenausgleich der Betroffenen verpflichtet.
 7. Die Organisationsstruktur von KBV und KVen muss gewährleisten, dass alle ärztlichen und psychotherapeutischen Interessen gleichberechtigt einfließen.
 8. Berufsverbände/freie Arztverbände sind wichtige Interessensvertretungen ihrer Mitglieder. Alle Entscheidungsebenen des KV-Systems arbeiten eng mit ihnen zusammen. Die Mandatsträger des KV-Systems halten sich als Repräsentanten aller KV-Mitglieder frei von Bindungen an verbandliche Partikularinteressen.
 9. Selektivverträge sind eine sinnvolle Ergänzung zum Kollektivvertrag, in denen neue Konzepte vor der Übernahme in die Regelversorgung erprobt werden können.
 10. Disparitäten in der Vergütung zwischen den Fachgruppen bedürfen der ständigen Überprüfung. Dies schließt auch EBM-Anpassungen ein.“
- Zuvor hatten sich Anfang Februar 2014 17 Vorstandsvorsitzende und -mitglieder von KVen – unter anderem Dr. Andreas Gassen als aussichtsreichster Nachfolgekandidat in den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – ebenfalls in einem Positionspapier geäußert. Sie sprachen sich für ein einheitliches KV-System aus mit gemeinsamer erfolgreicher Interessenvertretung



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

»Es kann doch niemand im Ernst glauben, dass eine zerrissene Ärzteschaft, aus der jede Fachgruppe ihre eigenen Partikularinteressen verfolgt, sich besser positionieren und durchsetzen kann, als wenn wir das gemeinsam tun.«

der ambulanten Haus- und Fachärzte. Hiergegen hatten sich zwölf Mitglieder der VV der KBV, unter anderen der ehemalige Vorstandsvorsitzende der KV Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Wolfgang Eckert, die Vorsitzenden der KVen Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe gewandt. Sie konstatierten ein „... rückwärts gerichtetes Besitzstandsdenken statt innovativer Versorgungsstrukturen“. Es würde nur der Einheitsgedanke einer verfehlten Konzernbildung gesehen, der dem Alleinvertretungsanspruch einer Gruppe diene.

Kommentar: Wenn Sie diese Zeilen lesen, wird die Wahl bereits vorüber sein. Vermutlich dürfte nur eine Nachwahl in den Vorstand stattgefunden haben. Ein weiterer Wahlgang zum Vorstandsvorsitzenden beziehungsweise stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden muss dann noch folgen. Die oben zitierten, diametral gegeneinander ausgerichteten Positionspapiere verdeutlichen die Zerrissenheit der Ärzteschaft zwischen Haus- und Fachärzten. Diese Polarisierung hatte bereits letztendlich zum Rücktritt von Köhler aus Gesundheitsgründen geführt. Man kann eigentlich nicht verstehen, was diese Scharfmacher und



Setzt sich für ein einheitliches KV-System mit gemeinsamer erfolgreicher Interessenvertretung der ambulanten Haus- und Fachärzte ein und gilt vielen als aussichtsreicher Kandidat für den KBV-Vorstand: Dr. Andreas Gassen.

Polarisierer reitet. Es kann doch niemand im Ernst glauben, dass eine zerrissene Ärzteschaft, aus der jede Fachgruppe ihre eigenen Partikularinteressen verfolgt, sich besser positionieren und durchsetzen kann, als wenn wir das gemeinsam tun. Dies gilt auch für die Hausärzte. Dass in einer normativ

paritätisch besetzten KBV-VV Haus- und Fachärzte jeweils ihre eigenen Angelegenheiten regeln, lässt sich kaum verwirklichen, denn die meisten Entscheidungsfelder hängen mehr oder weniger zusammen und lassen sich kaum trennen. Im neuen KBV-Vorstand wird es entscheidend auf die Per-

sonen und die Umgehensweise miteinander ankommen. Gerade jetzt, wo die rot-schwarze Koalition die Weichenstellung der Gesundheitspolitik deutlich modifizieren möchte, brauchen wir eine einige und handlungsfähige Führung der Vertragsärzteschaft.

gc

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Ausbau der „Unabhängigen Patientenberatung“ gefordert

Die Grünen fordern eine erhebliche Kapazitätsausweitung der „Unabhängigen Patientenberatung“. Diese wurde im Jahr 2000 als Regelaufgabe im SGB V festgelegt. Die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) betreibt als gemeinnützige Gesellschaft bundesweit Beratungsstellen. In den letzten beiden Jahren fanden jeweils über 80.000 Beratungen über Gesundheitsprobleme in psychosozialer, rechtlicher und medizinischer Hinsicht statt. Im Wesentlichen ging es dabei um Behandlungsfehler, psychische Erkrankungen, Patientenrechte und Leistungen von

Kostenträgern. Die Grünen vermuten eine Überbeanspruchung, weil im Jahr 2010 pro Stunde nur 66 % der Anrufer am bundesweiten Servicetelefon tatsächlich eine Beratung bekamen, 2013 nur 42 %. Häufig geht es nach Angaben der Grünen auch um medizinische Leistungskonflikte mit den Krankenkassen.

Kommentar: In unserem durchbürokratisierten, durchökonomisierten und turbo-getakteten Gesundheitswesen ist eine unabhängige und von Interessenkonflikten freie Patientenberatung tatsächlich erforderlich.

Allerdings entscheidet der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung über die Fördermittel. Die Beschwerdestellen der Krankenkassen und die Internet-Benotung von Ärzten und Krankenhäusern sind wenig hilfreich. Um aus strukturellen Fehlern in unserem Gesundheitswesen aus Patientensicht lernen zu können, müssen die Beschwerdeanlässe und Gesprächsinhalte bei der UPD jedoch wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.

gc

KRANKENVERSICHERUNGEN

Weniger Übertritte von der GKV in die PKV

Zwischen 2009 und 2013 sank die Zahl der Übertritte von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in die private Krankenversicherung (PKV) von nahezu 90.000 auf etwa 45.000 Versicherte. Die Zahl der von der PKV in die GKV wechselnden Perso-

nen überstieg die Wechsler in die PKV. Dies berichteten verschiedene Medien Anfang Februar 2014.

Kommentar: Vermutlich führten die deutlichen Prämiensteigerungen in den letzten

Jahren zu diesen Wanderungsbewegungen. Die GKV hat zudem unbestrittene Vorteile insbesondere im Bereich der kostenfreien Mitversicherung von nicht arbeitenden Ehepartnern und Kindern. Auch stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind in der GKV in der Regel besser versichert als bei einer privaten Krankenversicherung. Hier besteht allerdings politischer Handlungsbedarf. Denn vor allem die kostenfreie Mitversicherung von nicht arbeitenden Ehepartnern und Kindern in der GKV wird zu Recht als versicherungsfremde familienpolitische Unterstützungsleistung angesehen. Sie müsste daher eigentlich über das steuerliche Transfersystem finanziert werden, dann aber natürlich auch privat Versicherten nicht arbeitenden Ehepartnern und Kindern zugute kommen. Oder Familien müssen die Krankenversicherung jedes Familienmitgliedes selbst finanzieren, als sozialer Ausgleich käme dann beispielsweise ein höheres Kindergeld infrage.

gc



Die kostenfreie Mitversicherung von nicht arbeitenden Ehepartnern und Kindern zählt für Versicherte zu den Vorteilen der GKV.

Erste Zertifikate übergeben

Erfolgsgeschichte EVA-NP

Das erste Curriculum „Entlastende Versorgungsassistent/-in EVA-NP“ ist in Westfalen-Lippe sehr erfolgreich abgeschlossen worden. Im Rahmen einer Feierstunde wurden die ersten Zertifikate übergeben. Die Investitionen in besser ausgebildete Mitarbeiter werden sich für die Praxen nicht nur inhaltlich, sondern auf finanziell lohnen. Ein Vertrag, der den Ärzten mit qualifizierten EVA-NP eine besondere Vergütung gewähren soll, wird derzeit erarbeitet.

Aufgrund sehr guter Erfahrungen mit der Parkinson-Assistentin (PASS) hatte der BVDN vor einigen Jahren die Idee, in den Praxen tätige MFA weiter zu qualifizieren und in den Bereichen Neurologie und Psychiatrie zu schulen. Doch wer hätte gedacht, dass es eine solche Erfolgsgeschichte werden würde? Denn durch den BVDN wurden in den ersten Jahren bundesweit hunderte MFA zu bestimmten Schwerpunktthemen unserer Praxen geschult. Etwa zeitgleich ent-

stand die hausärztliche „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) und von Seiten der Kammer der Wunsch, Qualifizierungen zur EVA auch in anderen Bereichen anzubieten. So kamen wir, Kammer und Berufsverband, problemlos zusammen.

Präsenz und E-Learning

Die bereits bestehenden Inhalte haben wir verbandsintern noch einmal aufbereitet und abgestimmt, so dass für alle

EVA-NP in nervenärztlichen, neurologischen wie psychiatrischen Praxen vertiefende Kenntnisse in wesentlichen Abläufen, in Diagnostik, Therapie und dem Wissen von Krankheiten vermittelt werden konnte. Wir haben großartige Unterstützung durch Professor Gregor Hohenberg von der Hochschule in Hamm erhalten, der für die Aufzeichnungen, den „digitalen Hörsaal“ und gemeinsam mit der Kammer auch für die E-Learning-Plattform verantwortlich war. Die



In Westfalen-Lippe wurden die ersten EVA-NP-Zertifikate am 5. Februar 2014 im Rahmen einer Feierstunde im Ärztehaus Münster übergeben.

EVA-NP-Weiterbildung war ein Pilotprojekt, eine Kombination aus Präsenzveranstaltungen und E-Learning. Die Präsenzveranstaltungen wurden aufgezogen und konnten dann auf der Internet-Plattform ILIAS abgearbeitet werden. So konnte auch jemand, der für die Präsenzveranstaltung verhindert war, das Modul über die Plattform nacharbeiten.

Anspruchsvolle Hausaufgaben

Für den einzigen männlichen Teilnehmer und seine weiblichen Kolleginnen gab es Hausaufgaben, die zum Teil sehr umfangreich waren. So galt es beispielsweise, eine psychosoziale Einrichtung zu besuchen und darüber einen Bericht zu schreiben. Außerdem mussten die Teilnehmer psychosoziale Kontaktadressen aus der Region zusammenzutragen. Hierfür konnten sie das Telefonbuch benutzen, Flyer sammeln oder auf sonstigen Wegen – Kreativität war gefragt – Adressen und Ansprechpartner suchen und finden. Auf die erarbeiteten umfangreichen Ergebnisse kann nunmehr in den Praxen zurückgegriffen werden. Eine andere Hausaufgabe war die Begleitung eines psychisch Kranken über die Dauer von drei Monaten mit Verlaufsbeobachtung und entsprechender Dokumentation.

Auch auf neurologischem Gebiet wurden Aufgaben gestellt, zum Beispiel die Verfassung eines Krankenberichtes über einem Schlaganfallpatienten oder eine Verlaufsbeobachtung und Dokumentation bei einem Parkinson-Kranken.

Die Teilnehmer haben mit großem Engagement und Aufwand diese Hausaufgaben gemeistert und so einen Einblick in Bereiche außerhalb der vier Wände der Praxis erhalten können. Durchweg zeigten sich die Teilnehmer von diesen Erfahrungen überrascht und bereichert.

Einige Module wurden im „digitalen Hörsaal“ vor ein oder zwei Zuhörern aufgezeichnet; etwas gewöhnungsbedürftig, zugegeben. Diese Aufzeichnungen wurden ebenfalls auf die ILIAS-Plattform gestellt, so dass die Teilnehmer die Möglichkeit hatten, sich das eine oder andere Modul auf diesem Wege zu erarbeiten. Das Curriculum wurde mit einer Abschlussprüfung (zweimal zehn Multiple-

Choice-Fragen aus dem Bereich Neurologie und Psychiatrie) beendet.

Rechnet sich die höhere Qualifikation?

Wie soll es denn nun weitergehen? Was sagen die Praxisinhaber, die in ihre Mitarbeiter Geld investiert haben, um sie weiterzubilden und zu qualifizieren? Wie soll sich eine höhere Qualifikation in den Praxen darstellen? Wie kann sich diese Investition für den Arzt rechnen? Vor diesem Hintergrund hatten wir gemeinsam überlegt, der Zertifikatsübergabe einen besonderen Rahmen zu geben. Die Teilnehmer und die Praxisinhaber waren für den 5. Februar 2014 von der Ärztekammer Westfalen-Lippe zur Feierstunde nach Münster eingeladen worden.

Delegation ist das Zauberwort

Nach der Begrüßung der Gäste durch Professor Falk Oppel wies Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe, in seinem Grußwort darauf hin, dass die Weiterqualifizierung von MFA politisch gewollt sei und auch den Notwendigkeiten entspreche. Allerdings, so Dryden ausdrücklich, sei es wichtig, darauf zu achten, dass die MFA nicht ärztliches Tun ersetzen, sondern im Auftrag des Arztes, also in Delegation, qualifiziertere Aufgaben übernehmen, um damit auch den gestiegenen Anforderungen an die MFA in den Praxen gerecht zu werden. Elisabeth Borg, Leiterin des Ressorts Fortbildung der ÄKWL, die das Projekt in dieser Form überhaupt erst ermöglicht hat, wies darauf hin, dass ein zweiter Kurs im Herbst starten wird – es wird bereits jetzt dafür geworben.

Qualität hat ihren Preis

In meinem eigenen Redebeitrag schlug ich den Bogen zum Beginn des Projekts und betonte, dass Qualität auch ihren Preis hat. Die Kolleginnen und Kollegen haben viel Geld investiert, um ihre Helferinnen und Helfer weiter zu qualifizieren, sie haben einen großen finanziellen Einsatz geleistet. Diese Investition, wie auch die Möglichkeit einer höheren tariflichen Vergütung der nunmehr höher qualifizierten Mitarbeiter, zwingt zur Frage der Refinanzierung dieses zusätzlichen Aufwandes.

Vergütungsvertrag wird erarbeitet

Glücklicherweise haben wir in Karsten Menn, Geschäftsbereichsleiter Leistung und Vertrag bei der BARMER GEK, Landesgeschäftsstelle NRW, einen Ansprechpartner mit offenem Ohr gefunden. Menn weiß um die Problematik und hat gemeinsam mit der KV Westfalen-Lippe und Vertretern des BVDN-Westfalen-Lippe an einem Vertrag gearbeitet, der den Ärzten mit qualifizierten EVA-NP eine besondere Vergütung in Aussicht stellt. Der Vertrag, so sicherte Menn zu, soll zum 1. April 2014 unterschriftsreif vorliegen. Außerdem stellte er in Aussicht, weitere Krankenkassen für diesen Vertrag zu gewinnen. Björn Kammering, KV Westfalen-Lippe, wies auf die sehr gute Zusammenarbeit mit der BARMER GEK hin und bestätigte, dass die Vertragsverhandlungen bereits weit fortgeschritten sind und voraussichtlich in Kürze zum Abschluss gebracht werden können. Wir erhoffen uns dadurch eine größere Bereitschaft bei den Praxisinhaberinnen und -inhabern, noch mehr Arzthelferinnen qualifizieren zu lassen.

Update und Erfahrungsaustausch

Um Nachhaltigkeit sicherzustellen und die Freude bei der Weiterentwicklung zu erhalten, wurde gemeinsam mit der Vertreterin der Medizinischen Fachgesellschaften, Brigitte März, und der Kammer überlegt, zweimal jährlich ein Update anzubieten, um den Erfahrungsaustausch zu fördern, anstehende Fragen und Probleme aufzugreifen und das Wissen der EVA-NP zu aktualisieren. Von den EVA-NP war hierfür eine große Bereitschaft signalisiert worden. Und noch eine abschließende Bemerkung: Es ist vorgesehen, das Curriculum nach dem zweiten Durchlauf bei der Bundesärztekammer vorzustellen. □

AUTORIN

Dr. med. Rita Wietfeld

Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Coach BVDN, med. Sachverständige
Annenstrasse 172, 58453 Witten
E-Mail: praxis-dr.wietfeld@onlinehome.de

Jubiläumstagung des VPoS

„Vernetzung und individuelle Freiheit – Wie viel Netz braucht ein Mensch?“

Mehr als trialogisch, eher „polylogisch“ imponierte die Zusammensetzung der Teilnehmer und Referenten der Jubiläumstagung des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit zum zehnjährigen Bestehen am 22. und 23. November 2013 in Berlin-Dahlem: Über 180 Teilnehmer füllten die Plenumsveranstaltungen und Workshops der Tagung zum Thema „Vernetzung und individuelle Freiheit – Wie viel Netz braucht ein Mensch?“

Unter den Teilnehmern der Jubiläumstagung des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPoS) am 22. und 23. November 2013 in Berlin befanden sich Menschen mit psychischer Erkrankung und deren Angehörige, Vertreter der Krankenkassen und der Politik, Religionswissenschaftler, ein Pastor und ein Imam sowie in großer Anzahl professionelle Akteure der ambulanten und stationären Versorgung (Psychiater, psychosomatische Mediziner, Psychotherapeuten, psychiatrische Fachpfleger, Sozio- und Ergotherapeuten). In seiner Begrüßung skizzierte der Vorsitzende Dr. Norbert Mönter die dynamische Entwicklung des Vereins. In das Tagungsthema einführend betonte er die Bedeutung des Spannungsfeldes von (fürsorglicher) Vernetzung und individueller Selbstbestimmung des Menschen gerade angesichts psychischer Erkrankung sowie des korrespondierenden Balanceaktes zwischen sozialer Kontrollfunktion und therapeutischem Anspruch und zitierte aus den Grußworten

des Berliner Gesundheitssenators Mario Czaja und der Brandenburgischen Gesundheitsministerin Anita Tack, die dem VPoS eine erfolgreiche Ausweitung seines Versorgungsnetzes wünschte.

Die Präsidentin elect der DGPPN Dr. Iris Hauth, langjähriges Mitglied des VPoS, sprach in ihrem Grußwort von der Zukunft der psychiatrischen Versorgung, von den schon erreichten Fortschritten wie von den noch notwendigen Anstrengungen in Richtung auf eine patientenzentrierte integrierte Versorgung. Sie bekundete unmissverständlich das weitere Bemühen auch der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für eine künftig stärker ambulantisierte Versorgung.

Kay Herklotz, Vorstandsmitglied des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, sah ein deutliches Voranschreiten im bundesdeutschen Netzwerkaufbau zur Verbesserung der Lebens- und Behandlungssituation psychisch erkrankter Menschen und ihrer Familien. Er betonte, dass für alle Professionen die Veränderung ihrer bisherigen beruflichen

Identität eine wichtige Zukunftsherausforderung sei, um neue fachliche Anknüpfungspunkte zu entwickeln.

Der in Neukölln niedergelassene Nervenarzt und Psychotherapeut Dr. Norbert Hümbts berichtete aus Sicht eines Gründungsmitgliedes über die Entwicklung des „VPoS im Kontext eines sich wandelnden Arzt-Patienten-Verhältnisses und neuer Versorgungsstrukturen“ und führte die vielfältigen Aktivitäten und selbst gewählten Aufgabenstellungen vor Augen. Als eines der jüngsten Projekte stellte er die im Oktober gestartete Veranstaltungsreihe („Psychiatrie-Info in der Moschee“) vor, an der niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten, darunter auch türkische Kollegen und Klinikkollegen mitwirken.

VPoS und integrierte Versorgung

Professor Reinhold Roski, Herausgeber der Zeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“, warf einen Blick von außen auf den VPoS und insbesondere auf seine Projekte sowie Verträge zur integrierten Versorgung (IV): Die Anforderungen an einen versorgungsstrukturellen Innovationsprozess stellten sich vielfältig dar – vom Aufbau verlässlicher Kommunikation beteiligter Leistungserbringer über den organisatorischen Netzaufbau, die Entwicklung einer leitenden Philosophie bis hin zu konkreten direkten und indirekten Führungsaufgaben mittels geeigneter Managementstrukturen. Bei der kritischen Sicht auf die IV des VPoS respektive seiner Managementgesellschaft PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg – resümierte



Der VPoS-Vorstand (v.l.): Norbert Mönter, Barbara Bollmann, Sylvia Matthes, Sabine Streeck, Joachim Schaal, Alicia Navarro, Michael Krebs, Stephan Frühauf und Günter Meyer.

Roski eine beispielgebende Entwicklung. Zu einer ähnlichen Aussage kam auch Professor Joachim Salize, der mit Blick auf die bundesweite Situation zunächst auf anhaltend paradoxe Leistungsanreize und die bekannte Versorgungsfragmentierung hinwies. Er analysierte die verschiedenen Modelle sektorübergreifender Versorgung (IV, „Regionalbudget“) und kam aus wissenschaftlicher Sicht zu der Zusammenfassung, dass keine umfängliche Umstrukturierung traditioneller Finanzierung in Sicht sei und zudem radikale Lösungsvorschläge wohl wenig Chancen auf Realisierung besäßen. Es gehe jedoch unter anderem darum, rehabilitative und komplementäre Sektoren (aus anderen Sozialgesetzbüchern finanziert) zu integrieren und vor allem auch die Betroffenenperspektive zu integrieren.

Sehr grundsätzlich, wenngleich mit deutlich kabarettistischer Unterströ-

therapeutischen und religiösen Basisverständnis menschlicher Existenz ansetzenden – Themenkomplexen „Religiöse Bindung, psychiatrische Erkrankung und individuelle Freiheit“ (mit den renommierten Religionswissenschaftlern Professor Peter Antes und Professor Hartmut Zinser sowie engagierten Mitgliedern des VPStG-Arbeitskreises) sowie „Abhängigkeit, Bindung und Freiheit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht“ (mit Professor Gerd Rudolf, Dr. Ingrid Munk und Professor Andreas Heinz). Dieser Vortrag fand nicht nur wegen des Themas, sondern auch bedingt durch Ansehen und Kompetenz der Referenten eine sehr große Resonanz.

Im Plenum wurde aus jedem Workshop ein dreiminütiger Blitzlicht-Bericht gehalten, was immerhin einen kleinen Einblick in die „Nachbarräume“ verschaffte. Der Tag fand seinen fachlichen und die Zuhörer in Bann nehmenden

Dr. Karin Hoffmann, psychologische Psychotherapeutin an der Charité und QM-Beauftragte für die PIBB, sowie Dr. Norbert Mönter schilderten im Folgenden die Versorgungsmodelle, die Strukturen und den inneren Zusammenhalt des VPStG (bzw. der PIBB). So ging Mönter auf die von Beginn an gewollte identitätsbildende Funktion des Zusammenschlusses der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in dem Verein ein. Die Bedrohung der von niedergelassenen Psychiatern geleisteten ambulanten psychiatrischen Versorgung durch eine zunehmende apparativ-technisierte Medizin einerseits und einer immer umfänglicher werdenden psychotherapeutischen Versorgung breiter Bevölkerungsschichten andererseits habe die Profilierung psychiatrischer Aufgabenstellung dringend erforderlich gemacht. Die Entwicklung ambulanter Behandlungsmodalitäten wie psychiatrischer Fachpflege und Soziotherapie schilderte er als unzureichend. Er skizzierte im Weiteren die vielfältige psychotherapeutische Provenienz und auch die unterschiedliche berufliche Herkunft der jetzt über 230 VPStG-Mitglieder. Diese Vielfalt biete die besondere Chance, den multifaktoriell bedingten psychischen Erkrankungen mit multimodaler Therapiestrategie zu begegnen und somit deren Verlauf positiv zu beeinflussen. Die Stabilisierung müsse ambulant im Lebensumfeld angestrebt und realisiert werden. Auf dem Hintergrund des Wirkens und der Lebensgeschichte von Eugen Bleuler machte Mönter auf perspektivisch entscheidende Aspekte aufmerksam: Respekt vor dem Menschen „hinter der Erkrankung“, Anerkennung der Individualität und der Subjektivität von Erkrankung und Krankheitsbewältigung, die Infragestellung eines allzu schematischen Rollenverständnisses hinsichtlich des Krank- und Betroffenenstatus, Angehörigen- und Therapeutenstatus und nicht zuletzt die Wichtigkeit des Humors in der Psychiatrie.

Karin Hoffmann schilderte sodann die Entwicklung der von VPStG/PIBB organisierten IV, den Stand der Verträge und der Teilnehmerzahlen und Ergebnisse der Datenauswertungen zu Patientenmerkmalen, Verläufen und Effekten sowie Netzcharakteristika. Die Darstel-

»Mich freut, dass das Wirken Ihres Vereins über die Grenzen unserer Bundesländer hinwegreicht.«

Anita Tack, Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

lung, wandte sich der Kölner Alexianer-Chefarzt (und Papstberater) Dr. Manfred Lütz der Situation psychisch Kranker zu. „Irre – wir behandeln die Falschen. Das Problem sind die Normalen“ lautete der Titel seines unterhaltsamen wie ernsthaft Fakten und Positionen aufzeigenden Vortrags (und gleichnamigen Buch-Bestsellers). Die Zuhörer, nicht zuletzt die zahlreich anwesenden Betroffenen und ihre Angehörigen folgten Lütz mit großer Aufmerksamkeit sowie Heiterkeit und nahmen reichlich Diskussionsanregung mit.

Übergreifende Workshops

Die durchweg dialogisch besuchten Workshops des ersten Tages befassten sich mit sehr unterschiedlichen Themen wie „Qualität in der Integrierten Versorgung“ (u. a. mit Professorin Anke Bramesfeld), „Psychiatrische S3-Leitlinien und Praxiswirklichkeit“ (u. a. mit Professor Tom Bschor) und den – sehr am entwicklungspsychologischen, psycho-

Abschluss mit Professor John Haynes (Bernstein Center for Computational Neuroscience) Vortrag über die neurobiologischen Prozesse bei Willensentscheidungen und der anschließenden Podiumsdiskussion.

Der zweite Tagungstag stand ganz besonders im Zeichen der IV: Dr. Gerd Benesch, Vorsitzender des Berufsverbandes der Berliner Nervenärzte, und Gisela Damaschke, langjährige Vorsitzende des Brandenburger Nervenarztverbandes, beide VPStG-Mitglieder, führten in die Probleme ambulanter psychiatrischer Versorgung ein. Dr. Bernhard Gibis, Leiter des Dezernates Verordnungsmanagement der KBV, schilderte die Entwicklung und Förderung der Ärztenetze nach § 87 b und ging speziell der Frage berufsgruppenübergreifender Netze in der Psychiatrie nach. Der VPStG hat in Berlin bereits im August die Zertifizierung nach den anspruchsvollen KBV-Kriterien beantragt und macht sich diesbezüglich berechnete Hoffnungen.

lung der Diagnoseverteilung der in der IV behandelten Patienten kontrastierte sie mit Ergebnissen der repräsentativen DEGS-Studie (RKI 2012). Der sukzessiven Entwicklung der neuen Versorgungsstrukturen mit den niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern in der Koordinierungsfunktion und den breit eingesetzten, engagierten Soziotherapeuten wie der psychiatrischen Fachpflege und den kooperierenden Hausärzten widmete sie besondere Aufmerksamkeit. Als nachhaltig innovativ und für die weitere Entwicklung sehr bedeutsam betonte sie die papierlose Kommunikation, Dokumentation und Abrechnung auf der internetbasierten PIBBnet-Plattform.

Mit Betroffenen und Angehörigen

Der weitere große Vortragsblock des zweiten Tages lief unter dialogischem Motto, es ging um die Einbeziehung Krankheitsbetroffener und ihrer Angehörigen in die Versorgungskette. Hierzu waren auch die Krankenkassen angefragt. Dabei zeigte sich Harald Möhlmann, Geschäftsführer Versorgungsmanagement bei der AOK Nordost, in seinem Vortrag „Was erhoffen sich die Krankenkassen von der IV“ offen für Veränderungen der Versorgungsstrukturen. Er hob in diesem Zusammenhang auch hervor, welche Bedeutung die AOK dem mit der PIBB geschlossenen Vertrag beimisst. Zur Veränderung rechtlicher Vorgaben, wie sie im SGB festgelegt sind, bedürfe es politischer Entscheidungen. Sein Grundtenor war, den jetzigen Aufbruchsschwung zu nutzen, sich aber auf einen längeren Weg einzustellen.

Uwe Wegener, Vorsitzender der Selbsthilfeorganisation bipolaris, widmete sich dem Thema, was Menschen mit psychischen Krisen selbst von der IV erwarten. Wegener machte deutlich, dass für die Betroffenen eine Stärkung und Respektierung ihrer Autonomie in allen Fragen der Behandlung im Vordergrund steht. Daneben wird eine stärkere Einbeziehung der Nutzer in die Planung und Umsetzung bei allen versorgungsrelevanten Fragen gewünscht.

Gudrun Weissenborn als Vertreterin des Angehörigen-Verbandes Berlin wies in ihrem Vortrag auf die bei Betroffenen und Angehörigen von psychisch Kranken oft vorhandene Scham hin. Sie rief

die in der Psychiatrie Tätigen zu einem reflektierten und behutsamen Umgang mit dieser Problematik auf und betonte die Bedeutung von Aufklärungs- und Entstigmatisierungsinitiativen.

Sabine Negenborn, Vertragsmanagerin der DAK Gesundheit, fasste ihre mehrjährigen Erfahrungen mit der IV und ersten Schritten des Einbezugs der Betroffenen- und Angehörigenorganisationen in präziser Bilanz zusammen und ermunterte, auf diesem Weg weiterzugehen.

Die Workshops des Nachmittags standen ganz im Zeichen der Kooperation: In der vielbesuchten Veranstaltung „Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie-Angebot im gemeinsamen Psycho-Versorgungsnetz – (wie) geht das?“ mit dem Berliner Berufsverbandsvorsitzenden Gerd Benesch, dem Berliner Psychotherapeutenkammer-Präsidenten Michael Krenz, dem Vorsitzenden des Berufsverbandes der Psychosomatischen Medizin und Ärztlichen Psychotherapie Dr. Christian Messer und den Klinikleitern Professor Albert Diefenbacher und Dr. Helmut Albrecht wurden die Möglichkeiten einer Verbesserung von Kooperation und Vernetzung engagiert und konstruktiv diskutiert. Im Workshop zu den Synergien und Abgrenzungen beim IV-Einsatz von Soziotherapie, Ergotherapie und psychiatrischer Hauskrankenpflege wurden die differenzialtherapeutischen Wege zu dem gemeinsamen Ziel, den Patienten in seiner selbstständigen Lebensbewältigung zu stärken, erörtert. Eindrucksvoll war hier das Input-Referat von Winfried Reichwald, der aus seiner umfangreichen Erfahrung im IV-Management und beim flächendeckenden Aufbau der psychiatrischen Pflege in Niedersachsen berichtete.

Der bundesweite Austausch zur Kooperation von Psychiatern, Psychotherapeuten und Hausärzten in der IV wurde von den Beteiligten auch deswegen als nützlich erlebt, weil er noch keine richtige Beheimatung in den bestehenden Verbänden und Strukturen gefunden hat.

Franco Basaglias Anti-Psychiatrie

Der letzte Workshop der Tagung „Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia“ war sicher der kontroverseste. Es ging um die grundsätzliche Bewertung psychopharmakologischer Therapie. Zum Disput bereit fanden sich Professor Sepp Bäuml von der TU München, als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation sowie exzellenter Kenner und Befürworter medikamentöser Behandlungsstrategien, und ihm gegenüber als engagierter Pharmakritiker Dr. h.c. Peter Lehmann, Betreiber des Antipsychiatrie-Verlags, Autor zahlreicher Psychiatrie-kritischer Bücher und langjähriges Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrie Erfahrener. Unter der Leitung von Dr. Marion Lautenschlager gelang dann ein bemerkenswert erfreulicher, sachlicher, argumentativ auf hohem Niveau ablaufender Austausch.

Thesen und Themen auf dem Podium

Abschließend wurden im Plenum zwölf Thesen des VPsg zur zukünftigen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung vorgestellt. Diese Thesen lenken zusammengefasst konsequent auf eine verbesserte und vernetzte ambulante Versorgung hin, die das Lebensumfeld und die Arbeitswelt des psychisch Erkrankten im Fokus hat und dabei künftig mehr als je zuvor ressourcenorientiert auch die

Workshop mit Prof. Gerd Rudolf, Moderatorin Dr. Sabine Streeck und Dr. Ingrid Munk.



© Norbert Hübs



Null-Euro-Kleinanzeigen im NEUROTRANSMITTER

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

fonische 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 25.3.2014!

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

Das gemeinnützige MVZ der GGP Rostock GmbH hat ab sofort eine Stelle in Voll- oder Teilzeit als FA für Neurologie (m/w) und/oder Assistenzarzt (m/w) mit Weiterbildungserfahrung im Fachgebiet Neurologie zu besetzen. Bewerbungsunterlagen bitte an die Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH, Personalabteilung, Doberaner Str. 47, 18057 Rostock oder als PDF an info@ggp-rostock.de. Bewerbungskosten inklusive Fahrt- und Vorstellungskosten werden nicht übernommen. Nähere Informationen zur Tätigkeit erhalten Sie von Dr. Claas Pätow. **Kontakt:** claas.paetow@ggp-rostock.de oder Telefon 0381 1237134

Gut eingeführte, umsatzstarke BAG in Neubau assoziiert an Klinik, bietet Möglichkeit zur Übernahme eines nervenärztlichen oder neurologischen Sitzes im Raum S-UL. Gleitender Übergang, ggf. anfangs Anstellung, Weiterbildungsermächtigung. **Kontakt:** kummer-neurologie@t-online.de, www.neurologie-geislingen.de (Dr. G. Kummer)

Seit 25 Jahren ansässige, große psychiatrische/psychotherapeutische Praxis – bis zum altersbedingten Ausscheiden GP, nunmehr Einzelpraxis – möchte durch den weiterpraktizierenden Kollegen zur Hälfte verkauft werden. Gesucht wird ein FA (m/w) für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde mit Psychotherapietitel. Equipment beziehungsweise Rahmenbedingungen in ansprechender Weise gegeben. Kaufpreis Verhandlungssache, deutlichst unter Taxator Apobank. Der Praxisbesitzer beabsichtigt noch viereinhalb (4,5) Jahre in hälftigem Umfang tätig zu sein (Sitz Praxishälfte), somit Realisierung der damit verbleibenden halben Praxis mit Vorkaufsrecht für Käufer einzuräumen. Lage: Stadt, Mittelregion. **Kontakt:** dr.matthiasnitzsche@web.de (PD Dr. Matthias W. Nitzsche)

Biete Weiterbildungsstelle in Praxis ab 1.8.2014. 2 Jahre WB-Ermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie vorhanden, keine Nachdienste, geregelte Arbeitszeit. **Kontakt:** s.stephan@nsg-mainz.de (Dr. Siegfried Stephan)

Wir bieten Kollegen (m/w) die Möglichkeit zu Mitarbeit/Assoziation/Übernahme. **Kontakt:** www.neuropraxis-fuerth.de (Dr. R. Wild)

Suchen FA (m/w) für Psychiatrie/Psychotherapie. 30 Stunden/Woche plus Beteiligung privat. Keine Wochenenddienste. 40 Tage Urlaub. **Kontakt:** mail@mvz-mittweida.de (Telefon 03727 997608)

FA/FÄ für Neurologie oder Psychiatrie zur Anstellung (Voll- oder Teilzeit) im MVZ der Heliosklinik in Wipperfurth gesucht. **Kontakt:** sylviapagel@gmx.de

Kaufen & Verkaufen etc.

Suche gebrauchtes funktionstüchtiges Neurografiegerät! **Kontakt:** dr.schroeder@praxis-jarrestadt.de oder Telefon 040 27075901 (Dr. Sven Schröder)

Zu verkaufen: 50 neuwertige EEG-Faltbücher (1.000 Blatt) 345 x 300 mm zum Beispiel für Nihon Kohden NK 345F/NK 7314. Code-Nr. 718 490/29632/1/10. 12 € (VB) pro Faltpuch. **Kontakt:** info@nz-k.de (Dr. Torsten Müller)

Suche gebrauchtes Gefäß-Dopplergerät, KV-zugelassen, im Wert von ca. 4–5 T €." **Kontakt:** drschum-m@t-online.de (Dr. M. Schumann)

Zu vermieten! Sehr schöner Raum für Psychotherapie – auch tageweise – Kurfürstenplatz München. **Kontakt:** praxis@dr-ursula-schuetz.de

Positionen und die Selbstbestimmung der Betroffenen und ihrer Angehörigen einbezogen. Ambulante Komplexbehandlung auf hohem fachlichen Niveau, ergänzende, in die Langzeitbehandlung integrierte Klinikbehandlung, Unterstützung der Selbsthilfe und gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen sind als markante Zielpunkte zu nennen. Um diese Themen und Thesen entwickelte sich dann auch die abschließende Podiumsdiskussion „Psychiatrie 2030: Befürchtungen, Hoffnungen und Erwartungen?“ unter der Moderation von Ex-Senator Ulf Fink, Vorsitzender des Vereins „Gesundheitsstadt Berlin“.

Auch am Ende der Tagung fand sich ein lebhaftes Informations- und Diskussionsinteresse: Eindrucksvoll, weil bedrückend ob des Versorgungsmangels und hoffnungsvoll, ob des Engagements der Akteure war der Beitrag einer Angehörigen aus Bernau in Brandenburg. Wichtig war auch das Angebot von Michael Mielke, Geschäftsführer der Klinik Königin Elisabeth Herberge in Lichtenberg, den Weg in die weitere Ambulantisierung psychiatrischer Versorgung „vernetzt“ (und nicht klinikzentriert) mitgehen zu wollen, wie auch die von Dr. Carsten Jäger, stellvertretender Vorsitzender der Agentur Deutscher Ärztenetze, skizzierten Perspektiven ambulanter Ärztenetze für eine ganzheitlich organisierte Versorgung psychisch Kranker und last not least natürlich das Votum der DGPPN-Präsidentin elect, Iris Hauth, die für die kommenden Jahre der Lebensumfeld-orientierten psychiatrischen Therapie (und auch Versorgungsforschung) hohe Priorität zuwies.

Schließlich verließen die Teilnehmer eine über viele Versorgungssektoren hinweg bemerkenswert integrative und vernetzende Tagung mit vielen neuen Informationen, Eindrücken, Anregungen und Kontakten „im Gepäck“. □

Eine Tagungsdokumentation mit zahlreichen Originalbeiträgen finden sich auf der Homepage des vpsg: www.psychiatrie-in-berlin.de

AUTOREN

Dr. med. Karin Hoffmann, Charité, QM-Beauftragte des VPsG, Dr. med. Norbert Hümbes, VPsG, Dr. med. Norbert Mönter, VPsG

Faxumfrage des BVDN

Die Bedeutung der Pharmakotherapie in der Facharztpraxis

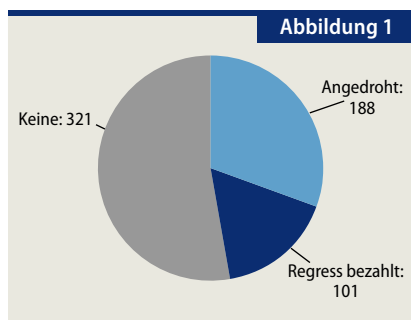
Vor dem Hintergrund der vorbereitenden Arbeiten an der neuen Muster-Weiterbildungsordnung, die 2015 in Kraft treten soll, führte der BVDN im August 2013 eine Faxumfrage zur Bedeutung der Neuro- und Psychopharmakotherapie in Praxen für Neurologie und/oder Psychiatrie durch.

Die Bundesärztekammer hatte Fachgesellschaften und Berufsverbände gebeten, Vorschläge, Ergänzungen und Änderungswünsche zur Muster-Weiterbildungsordnung einzureichen. Im Bereich der Pharmakotherapie hatten sowohl die Fachgesellschaften als auch die Berufsverbände den Eindruck, dass der Weiterbildungsbereich Pharmakotherapie in Relation zu den übrigen Tätigkeitsfeldern eines Facharztes für Psychiatrie oder Neurologie bisher nicht ausreichend dargestellt war. An einer Faxumfrage des BVDN zur Bedeutung der

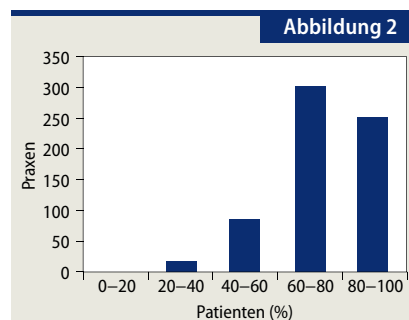
Pharmakotherapie bei 1.753 Kollegen beteiligten sich 400 Nervenärzte, 143 Psychiater und 81 Neurologen. Die Ergebnisse wurden den Berufsverbandsmitgliedern bereits in Kurzform im NeuroTransmitter-Telegramm 4/2013 vorgestellt. Hier folgen nun die ausführlichen Resultate.

Grundlage war ein Fragebogen, der unter anderem nach dem Anteil pharmakologisch behandelter Praxispatienten fragte, dem Zeitrahmen, der für Pharmakotherapie verwendet wurde und dem Anteil medikamentenkriti-

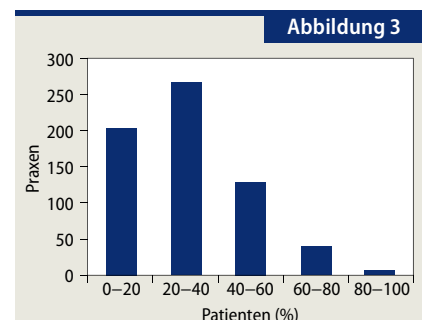
scher Patienten. Erfragt wurde außerdem der Anteil von Fällen mit Polypharmazie und wie häufig Arzneimittel wegen mangelnder Wirksamkeit, Unverträglichkeit oder Wechselwirkungen abgesetzt werden mussten. Zudem interessierte uns die Zusammenarbeit mit Hausärzten bei hausärztlich weiter behandelten Patienten, auch bezüglich notwendiger Labor- und EKG-Kontrollen. Nicht zuletzt fragten wir nach den Erfahrungen mit Medikamentenregressen im Rahmen der GKV-Wirtschaftlichkeitsprüfung.



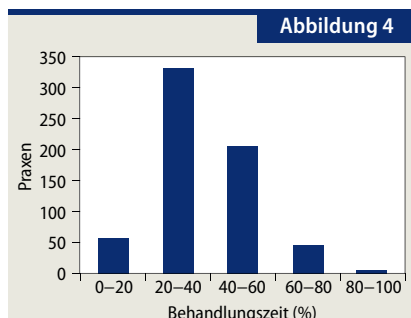
Erfahrungen mit Medikamentenregressverfahren.



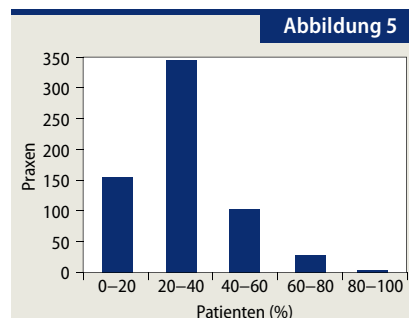
Anteil der Patienten mit einer Pharmakotherapie.



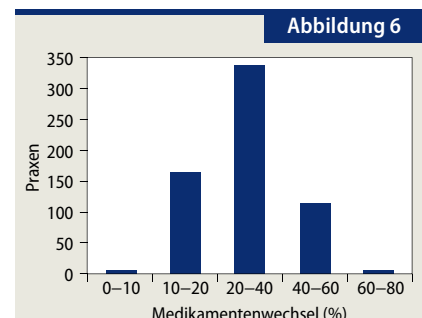
Anteil medikamentenskeptischer Patienten.



Zeitanteil der Pharmakotherapie an der Gesamtbehandlungszeit.

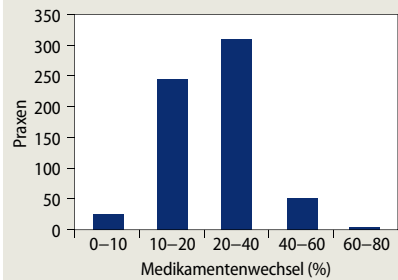


Neuropsychiatrische Polypharmazie (> 3 Neuro- und Psychopharmaka)



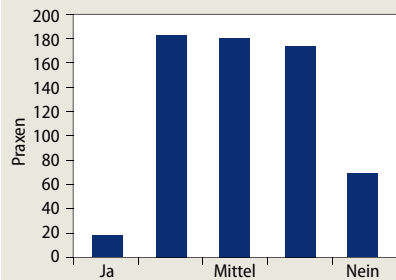
Medikamentenwechsel wegen mangelnder Wirksamkeit.

Abbildung 7



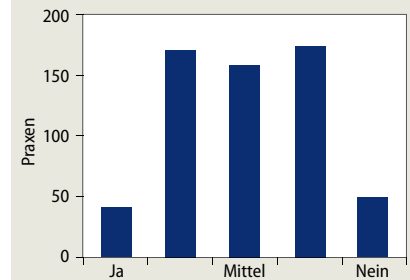
Medikamentenwechsel wegen Neben-/Wechselwirkungen.

Abbildung 8



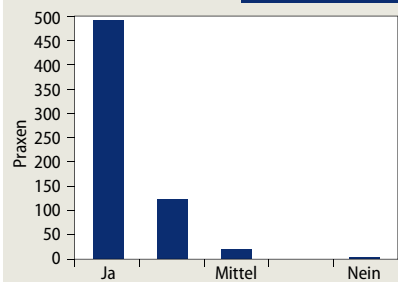
Hausarzt führt Medikation weiter.

Abbildung 9



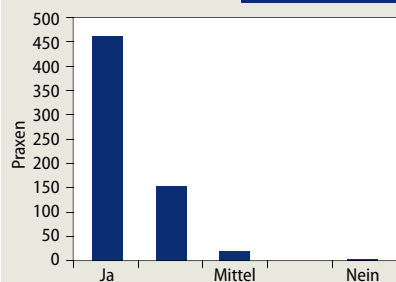
Hausarzt führt Empfehlungen zu Labor-/EKG etc. aus.

Abbildung 10



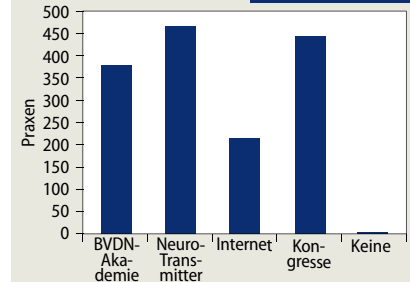
Pharmakotherapie ist eine Kernkompetenz von NÄ, Psychiatern, Neurologen.

Abbildung 11



Die Kompetenzanforderung in der Pharmakotherapie ist steigend.

Abbildung 12



Gewünschte Anbieter von Fortbildungen in Pharmakotherapie.

Die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen musste glücklicherweise bisher noch keine konkrete Bekanntschaft mit Medikamenten-Regressverfahren machen (Abb. 1). Etwa zwei Drittel hatten bereits mit Regressandrohungen zu tun und ein Drittel der antwortenden Kolleginnen und Kollegen musste bereits Regresszahlungen im Rahmen der Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsprüfungen leisten. Dies deckt sich mit früheren Umfrageergebnissen.

In 46 % der Praxen wurden 60–80 % der Patienten unter anderem pharmakotherapeutisch behandelt, in 38 % der Praxen 80–100 % der Patienten (Abb. 2). Dabei wurden im Mittel circa 40 % der Patienten als medikamentenkritisch geschildert (Abb. 3). Die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen schätzte den Zeiteinsatz je Patient, der für Pharmakotherapie aufzuwenden ist, auf 20–40 % ein (Abb. 4). 32 % der Ärzte verwendeten 40–60 % ihrer Kontaktzeit mit dem Patienten pharmakotherapeutisch. Der Anteil polypharmazeutisch mit Neuro- oder Psychopharmaka behandelter Patienten lag bei 20–40 % (Abb. 5). Im

Schnitt bei 20–40 % der Fälle musste ein Neuro- oder Psychopharmakon wegen mangelnder Wirksamkeit gewechselt werden (Abb. 6). Bei etwa über 20 % – mit großer Varianz – wurde über Nebenwirkungen oder Arzneimittelinteraktionen berichtet, die zum Wechsel des Präparates führten (Abb. 7). Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten beim Weiterführen der Pharmakotherapie und der Überwachung mittels Labor- und EKG-Kontrollen wurde mit großer Bandbreite als mittelmäßig zufriedenstellend bezeichnet (Abb. 8 und 9). Legt man die bereits geschilderten Ergebnisse zugrunde, beurteilten die Kolleginnen und Kollegen die pharmakotherapeutische Fachkompetenz erwartungsgemäß mit sehr großer Mehrheit als absolut wichtig für die Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie (Abb. 10). Zudem schätzten sie die pharmakotherapeutischen Qualitätsanforderungen mit ebenso großer Deutlichkeit als steigend ein (Abb. 11). Pharmakotherapeutische Fortbildung hielten die Kollegen mit großer Mehrheit für erforderlich und sprachen sich mit jeweils etwa gleicher Häufigkeit in dieser Hin-

sicht für Fortbildungen in unserer BVDN-BDN-BVDP-Fortbildungsakademie, dem NEUROTRANSMITTER und bei Kongressen aus, jedoch deutlich weniger für das Internet (Abb. 12).

Fazit

Wir stellen fest, dass die psycho- und neuropharmakologische Behandlung in den psychiatrischen und/oder neurologischen Praxen eine noch höhere Bedeutung hat, was Behandlungshäufigkeit und Zeitbedarf anbetrifft, als bisher angenommen. Schon die Verordnungszahlen des jährlich von Schwabe und Paffrath herausgegebenen Arzneiverordnungsreports des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) unterstützen diese Ergebnisse. Hier nehmen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowohl bei Verordnungsumsätzen als auch bei den „Defined Daily Doses“ (DDD) nach den Hausärzten eine führende Stellung ein. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen



Praxisproblem

Versorgung von Heimpatienten

Viele Kolleginnen und Kollegen betreuen neuro-psychiatrisch erkrankte Patienten in Heimen. Bei der Lieferung von Arzneimittelrezepten an die Heime oder an Apotheken sowie bei den erforderlichen Laborüberwachungen in Heimen gilt es, Fallstricke zu umgehen. Drei praxisorientierte Lösungsvorschläge.

Probleme

Rezeptlieferungen an Heime: Weil viele unserer Patienten hirnganisch beeinträchtigt, dement, geistig behindert oder immobil sind, einige auch therapieuneinsichtig, werden die Arzneimittelrezepte von Angehörigen oder Betreuungspersonen in den Praxen abgeholt oder von der Praxis per Post zum Patienten nach Hause oder in das Heim geschickt. In sehr vielen Fällen verwaltet das Heimpersonal den Medikamentenvorrat der Heimpatienten und fordert im Bedarfsfall telefonisch oder per Fax Wiederholungsrezepte in der Praxis an. Etliche Krankenkassen überprüfen mittlerweile die zeitliche Koinzidenz von Rezeptdatum und Krankenhausaufenthalt. Falls dies der Fall ist, stellen sie Antrag auf Erstattung eines sonstigen Schadens.

Rezeptlieferungen an Apotheken: Um den Angehörigen oder Betreuungspersonen dieser Patientengruppe Wege zu ersparen, schicken etliche Kollegen die Rezepte direkt an die Apotheke, wo dann die Medikamente in Empfang genommen werden können. Apotheker klagten jedoch bereits unter Hinweis auf das Wettbewerbsrecht gegen manche Praxen. In zunehmendem Maße haben Heime auch „Verblisterungsverträge“ mit Apotheken geschlossen. Die Heime sparen sich damit Personalaufwendungen beim täglichen Herrichten der Arzneimittelportionen für die Heimbewohner. In diesem Zusammenhang steuern häufig direkt die Apotheker die Rezeptanforderungen an die Ärzte.

Laborüberwachung in Heimen: Vor allem in gerontopsychiatrischen Heimen erhalten die Patienten ihre Medikation überwiegend vom betreuenden Nervenarzt rezeptiert. Aus diesem Grund weigern sich häufig Hausärzte, die entsprechenden Laborkontrollen vorzunehmen.

Lösungen

Rezeptlieferungen an Heime: Gegen die computergestützten Überwachungs- und Ermittlungsmethoden der Krankenkassen kann man sich nur schwer wehren, denn formal sind sie im Recht. Dass sich der betreffende über Betreuungspersonen sein Rezept abholende Patient nicht gleichzeitig im Krankenhaus befindet (wo er Anspruch auf Medikamentenbehandlung hat) oder vielleicht sogar bereits verstorben ist, sollten sich unsere Arzthelferinnen ausdrücklich bei jedem derartigen Rezept mündlich oder schriftlich bestätigen lassen und dokumentieren. Wenn man plausibel machen oder beweisen kann, dass der Besteller des Rezeptes fahrlässig oder absichtlich eine falsche Angabe machte, hat man Aussicht, dem Schadensersatzanspruch der Krankenkasse zu entgehen. Stellt der Arzt ein Wiederholungsrezept ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt aus, ist er berufs- und auch GKV-rechtlich zur Überprüfung verpflichtet, ob die Arzneimittelverordnung weiterhin gerechtfertigt ist. Dies kann und muss natürlich in entsprechenden Versorgungssituationen über Betreuungspersonen erfolgen. In direktem Zusammenhang hiermit steht die mangelhafte Ab-

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

rechenbarkeit dieser Leistung, obwohl der Verwaltungsaufwand in der Praxis hoch ist. Diese besteht bei ausschließlichen Ausstellen eines Rezeptes im Quartal in der GOP 01430, damit handelt es sich um einen nicht budgetrelevanten Fall. Erfolgte über eine Betreuungsperson oder einen Angehörigen ein indirekter Arzt-Patienten-Kontakt, kann die GOP 01435 als alleinige Leistung im Behandlungsfall abgerechnet werden, dies löst dann einen budgetrelevanten Fall aus. Im Rahmen der Heimversorgung sollten aus diesen Gründen alle Patienten, denen ein Rezept ausgestellt wurde, mindestens einmal im Quartal besucht werden. Oder es sollte zumindest ein indirekter Arzt-Patienten-Kontakt, gegebenenfalls auch telefonisch stattfinden.

Rezeptlieferungen an Apotheken: Die Rezeptabgabe direkt an Apotheken, um die Versorgung besonders Betroffener oder Heimpatienten zu erleichtern, sollte auf absolute Ausnahme- oder Notfälle begrenzt werden. Ausnahmefälle sind beispielsweise auch chemotherapeutische Arzneimittelzubereitungen im Rahmen der Mitoxantron-Behandlung bei MS-Patienten. Auch wenn es gut gemeint ist, sollte man schon den Anschein eines Interessenskonfliktes in der Zusammenarbeit mit einem bestimmten Apotheker vermeiden. In aller Regel müssen in diesen Fällen also Angehörige, Betreuungspersonen oder das Heimpersonal die Rezepte beim Apotheker abgeben. Dies gilt ausdrücklich auch wenn es sich um die „Verblisterungsapotheke“ des Heimes



Bei der Heimversorgung sollten alle Patienten, denen ein Rezept ausgestellt wurde, mindestens einmal im Quartal besucht werden. Oder es sollte zumindest ein indirekter Arzt-Patienten-Kontakt, gegebenenfalls auch telefonisch, stattfinden.

handelt. Der „Behandlungspartner“ des Arztes ist und bleibt der Patient oder im medizinisch begründeten Vertretungsfall als Empfänger des Rezeptes ein Angehöriger, Betreuer oder das Heimpersonal. Dies ist jedenfalls nicht der Apotheker, der in die Behandlungskette gar nicht eingebunden, sondern lediglich für die Medikamentenabgabe oder -lieferung zuständig ist. Wir sollten also auch

bei „Verblisterungsverträgen“ zwischen Heimen und Apotheken unsere Rezepte immer nur an das Heim und nicht an die Apotheke herausgeben. Im übrigen tun sich die Heime keinen Gefallen mit dieser vermeintlichen Rationalisierung und Kostenersparnis. Denn sie verlieren dabei wertvolle Kompetenzen im Umgang mit Medikamenten. Außerdem erschweren sie die Kommunikation über die

Arzneimittelbehandlung zwischen Arzt und Heimpersonal. „Verblisterungsverträge“ führen letztendlich in Arztpraxen häufig zu Mehraufwand und damit zu höheren Kosten, zu höheren Fehlmedikationsrisiken und verschleiern die eindeutige Verantwortungskette zwischen Arzt und Heimpersonal bei der Medikamententherapie.

Laborüberwachung in Heimen: Die Blutentnahmen zur Laborkontrolle bei Heimpatienten können entweder im Rahmen des Heimbisuchs durch den Arzt selbst erfolgen oder durch Arzthelferinnen, die die Patienten im Heim zur Blutentnahme besuchen. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall über die GOP 40240 oder die GOP 40260. Es sollte festgelegt sein, bei welchen Patienten in welchen Intervallen welche Blutparameter bestimmt werden. Die Analyseberichte sollten dann auch an den Hausarzt gefaxt und in der Heimdokumentation hinterlegt werden, damit sich weitere betreuende Ärzte informieren können. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Praxisproblem

GOÄ korrekt auslegen (II)

Immer wieder erreichen uns Anfragen von Kollegen nach der korrekten Auslegung der Leistungslegenden in der GOÄ. Die Unsicherheiten beziehen sich sowohl auf allgemeine Gebührenordnungspositionen (GOP) als auch auf unsere neurologischen und psychiatrischen fachspezifischen Leistungslegenden. In diesem zweiten Teil widmen wir uns den GOP 4, 15 und 34.

Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken GOP 4

Die vollständige Leistungslegende der GOP 4 (220 Punkte) lautet: „*Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken ... im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.*“ Hier zeigt sich, wie unaus-

gegoren und wenig aufeinander abgestimmt die Leistungen beziehungsweise die Bewertungsrelationen der GOÄ sind. Die GOP 4 ist zwar nicht neben den GOP 34 (Erörterung der Auswirkung einer Krankheit), 801 (Eingehende psychiatrische Untersuchung), 806 (Psychiatrische Behandlung mindestens 20 Minuten), 835 (Einmalige Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kran-

ken) berechenbar. Die GOP 4 kann jedoch neben der GOP 800 (Eingehende neurologische Untersuchung) oder der GOP 804 (psychiatrische Behandlung) angesetzt werden.

Einleitung und Koordination flankierender Maßnahmen GOP 15

Die vollständige Leistungslegende der GOP 15 lautet: „*Einleitung und Koordi-*

nation flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken ... nur einmal im Kalenderjahr ...“ Die GOP 15 darf nicht neben der GOP 4 (Erhebung der Fremdanamnese ...) und der GOP 34 (Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit ...) abgerechnet werden. Es sollen hier Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungsträgern honoriert werden. Hierzu gehören aus unserem Fachbereich auch die Koordination von stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, Therapiebegleitung beim Psychotherapeuten, dem sozialpsychiatrischen Dienst, Ergotherapeuten oder Krankengymnasten, Kommunikation mit Pflegeheimen, Führerscheinstelle

oder Vormundschaftsgericht. Die GOP 15 muss nicht am Tag eines Arzt-Patienten-Kontaktes abgerechnet werden.

Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit GOP 34

Die Erörterung nach GOP 34 muss mindestens 20 Minuten dauern und sich auf die „... Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung ...“ beziehen. Sie kann höchstens zweimal in sechs Monaten berechnet werden. Als „nachhaltig lebensverändernd“ werden in Kommentaren beispielsweise folgende Erkrankungen genannt: Rheuma, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Asthma, HIV, Implantation von Prothesen, Teileresektion von Organen. Analog trifft dies seitens unserer Fachgebiete

beispielsweise auf die folgenden Erkrankungen zu: Depression, Schlaganfall, Demenz, Epilepsie, Schizophrenie, Parkinson, Multiple Sklerose, Borderline-Störung, radikuläre oder Nervenläsionen, Zwangserkrankung je nach Schweregrad.

Angebot einer Lösung

Mitglieder im BVDN, BDN, BVDP erhalten regelmäßig den GOÄ-Abrechnungskommentar zugesandt, in dem die unsere Fachgruppe betreffenden GOÄ-Abrechnungsprobleme diskutiert werden. Mitglieder können auch zum Problem „Debeka – GOÄ 801“ im Mitgliederbereich der Internetseite der Berufsverbände (www.bvdn.de) Näheres erfahren und Lösungstipps erhalten. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

SPiZ fordert bessere Mittelverteilung

Psychische Gesundheit für Lebenszufriedenheit am wichtigsten

Die psychische Gesundheit ist der Faktor mit dem größten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit des Menschen. Es folgen körperliche Gesundheit, Einkommen und Arbeitslosigkeit. Zu diesem Ergebnis kommt eine Arbeitsgruppe um den Ökonomen Richard Layard vom Centre for Economic Performance der London School of Economics and Political Science.

Psychische Erkrankungen sind den Wissenschaftlern zufolge die Ursache von bis zu 20 % der Erwerbsunfähigkeit. In Behandlung befindet sich aber auch in reichen Ländern nur weniger als ein Drittel der Betroffenen. „Eine kosteneffektive Behandlung von Depressionen und Angststörungen ist heute möglich – mit Heilungsraten von mindestens 50 %“, so Layard. Dennoch gebe kaum eine Regierung mehr als 15 % ihres Gesundheitsetats für die Behandlung seelischer Erkrankungen aus. „Die Prioritäten bei der Mittelverteilung innerhalb des Gesundheitswesens müssen überarbeitet werden. Wir müssen die Versorgung und Erfor-

schung von psychischen Erkrankungen verbessern“, fordert deshalb der Vorsitzende des Spitzenverbandes ZNS (SPiZ), Dr. Frank Bergmann.

Der im Vergleich zu körperlich Erkrankten geringe Mittelaufwand sei für psychisch Erkrankte diskriminierend und zudem wirtschaftlich unvernünftig, so der Ökonom Layard und seine Kollegen. Wenn mehr psychisch Kranke adäquat behandelt würden, könnte der Staat Kosten für Sozialausgaben sparen und würde weniger Steuereinnahmen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit verlieren. Layard: „In reichen Ländern wäre wahrscheinlich eine für die Staatskassen kostendeckende Behandlung der von psychischen Leiden Betroffenen möglich.“ Dem schließt sich der SPiZ an: „Diskriminierung ist ein individuelles Problem für die Betroffenen und ein ökonomisches Problem für die Gesellschaft. Konkret wären nötig: eine bessere regionale Vernetzung und eine angemessene Vergütung der sprechenden Medizin“, so Bergmann.

Layard nutzte Daten des „Sozio-Oekonomischen Panels“ (SOEP), der größten und am längsten laufenden multidisziplinären Langzeitstudie als Teil der Forschungsinfrastruktur in Deutschland. Seit 1984 interviewte hierfür ein Umfrageinstitut jedes Jahr mehrere tausend Menschen. Neben den deutschen Daten werteten die Wissenschaftler auch Daten von Langzeitstudien aus Australien und Großbritannien aus. In die Untersuchung flossen die Daten aller Befragten über 25 Jahren ein.

Als „unglücklich“ definierte Layard jene 25 % der Befragten, die auf Skalen die jeweils niedrigsten Zufriedenheitswerte angegeben hatten.

Presseinformation des SPiZ

Layard R et al. Mental illness and unhappiness. SOEP — The German Socio-Economic Panel Study at DIW Berlin 600-2013

Ultraschall und Riesenzellarteriitis

Positive Sonografie in Kombination mit Klinik kann Biopsie ersparen

Die Riesenzellarteriitis mit ihrer kranialen Form der Arteriitis temporalis (AT) ist die häufigste Vaskulitis des älteren Menschen. Standarddiagnose der AT ist die Biopsie eines Astes der Temporalarterie. Der Zeitverzug von der Entnahme bis zum histologischen Befund beträgt allerdings mehrere Tage. Bei einer Ultraschalluntersuchung wird ein Therapiebeginn hingegen nicht verzögert. Mit der Sonografie kann zusätzlich der Ort einer geplanten Biopsie präzise festgelegt werden. Mit den bildgebenden Verfahren kann zudem der Effekt einer medikamentösen Therapie neben Klinik und BSG direkt am erkrankten Gefäß untersucht werden.

ULRICH SLIWKA, ULRICH JUNGHANS, REMSCHEID



Sichtbare, druck-schmerzhaft
Schläfenarterie als
kinische Manifesta-
tion bei Riesenzell-
arteriitis (Arteriitis
temporalis).

32 Ultraschall und**Riesenzellarteriitis**

Positive Sonografie in
Kombination mit Klinik kann
Biopsie ersparen

36 Botulinumtoxin

Ein neuer Wirkstoff gegen
Depression?

42 „Stehen geblieben“ –

Ullrich-Turner-Syndrom
Psychiatrische Kasuistik

46 CME Gerontopsychiatrie

Somatische Komorbidität bei
Patienten mit psychischen
Alterserkrankungen

52 CME Fragebogen

Ungefähr die Hälfte aller Patienten mit Arteriitis temporalis (AT) hat Symptome einer Polymyalgia Rheumatica. Frauen sind im Verhältnis 3:1 betroffen. Lateralisierte Kopfschmerzen und druckempfindliche Temporalarterien sind häufige Befunde. Die Symptome und Beschwerden sind häufig unspezifisch. Verminderte Leistungsfähigkeit, Gewichtsverlust, Gelenkschmerzen und Sehstörungen sind gerade im höheren Lebensalter von Patienten häufig geäußerte Beschwerden. Zudem fehlt ein die Diagnose beweisender spezifischer Laborparameter. BSG und CRP sind bei fast allen Patienten erhöht. Bei 85 % der Patienten liegt die BSG über 50 mm/h [1]. Daher sind die in der Literatur angegebenen Inzidenzraten von etwa 18/100.000 sicherlich zu niedrig.

Wegen der zum Teil schweren Komplikationen wie Erblindung und Schlaganfall (**Abbildung 1**) und der nebenwirkungsreichen Therapie ist eine sichere Diagnostik von zentraler Bedeutung. Erblindung ist eine der häufigsten schweren Komplikationen.

Anamnese

Die Anamnese ist der entscheidende Baustein der Diagnose, da keine spezifischen Laborwerte existieren. Wichtige Fragen für die Riesenzellarteriitis (RZA) sind in **Tabelle 1** zusammengefasst.

Diagnose

In den Klassifikationskriterien sind für die RZA (nach den Kriterien des American College of Rheumatology, ACR) [3] folgende Punkte aufgeführt:

1. Alter bei Erkrankungsbeginn mindestens 50 Jahre.
2. Neuauftreten lokalisierter Kopfschmerzen.

3. Lokaler Druckschmerz oder abgeschwächte Pulsation einer Temporalarterie (ohne offensichtliche arteriosklerotische Ursache).

4. BSG-Beschleunigung von über 50 mm/Stunde.

5. Biopischer Nachweis (Vaskulitis durch mononukleäre Zellinfiltration oder granulomatöse Gefäßentzündung meist mit Nachweis von Riesenzellen). Liegen mindestens drei Kriterien vor kann die Diagnose einer RZA gestellt werden. Die dargestellten Kriterien haben gegenüber anderen Vaskulitiden eine Sensitivität von 93,5 % und eine Spezifität von 91,2 %.

Die RZA kann auch die großen Gefäße betreffen. Daher ist die Untersuchung der A. subclavia, der A. axillaris, der extra- und intracraniellen hirnversorgenden Gefäße, der Pulmonalarterien, der A. renalis, der proximalen Beinarterien und der proximalen Aorta Teil des Untersuchungsprogrammes. Die beidseitige Blutdruckmessung und die Palpitation der Fußpulse gehört zum Programm bei der klinischen Untersuchung und kann erste Hinweise auf eine RZA der großen Gefäße geben. Sind vorwiegend die großen Gefäße betroffen, handelt es sich um eine Großgefäß-RZA.

Die Untersuchung auf eine aortale Beteiligung kann lebenswichtig sein, da im Krankheitsverlauf ein thorakales Aortenaneurysma oder eine Aortendissektion entstehen kann. Jährliche Röntgen-Thorax-Aufnahmen, bei unklaren Befunden Echokardiografien oder CT-Thorax-Aufnahmen sollten das frühzeitige Entdecken eines Aortenaneurysmas ermöglichen [4].

Als Goldstandard für die Diagnose der AT wird zur Zeit noch die Biopsie eines Astes der Temporalarterie angegeben. Nur durch dieses Verfahren können die

spezifischen vaskulitischen Veränderungen am Gefäß morphologisch gezeigt werden. Die Komplikationsrate der Biopsie liegt bei etwa 0,5 %. Dem entnehmenden Chirurgen sollte mitgeteilt werden, dass die Länge des Biopsates mindestens 1 cm betragen sollte. Bei sachgerechter Entnahme beträgt die Sensitivität der Histologie 85 %. Durch den segmentalen Befall der Arterien kann die Biopsie falsch-negative Befunde liefern. Wenn die proximalen Arterien befallen sind, sinkt die Sensitivität der Biopsie der A. temporalis auf 60 % [5].

Der Zeitverzug bei der Biopsie zwischen Entnahme und histologischer Aufarbeitung und Befund beträgt in der Regel mehrere Tage. Daher sollte bei klinischem Verdacht umgehend mit einer Therapie begonnen werden.

Bildgebende Verfahren, insbesondere die Kombination unterschiedlicher Modalitäten werden die Anzahl der Biopsien in Zukunft deutlich verringern. Mit den bildgebenden Verfahren kann zudem der Effekt einer medikamentösen Therapie neben Klinik und BSG direkt am erkrankten Gefäß untersucht werden.

Sonografie

Ultraschall ist weit verbreitet und kostengünstig einsetzbar. Die Untersuchung der A. temporalis ist zudem schnell durchführbar und benötigt keine besondere Ausrüstung. Sie ist mit den handelsüblichen in der Gefäßdiagnostik eingesetzten Ultraschallgeräten möglich. Durch die Ultraschalluntersuchung wird ein notwendiger Therapiebeginn nicht verzögert. Mit der Sonografie kann zusätzlich der Ort einer eventuell geplanten Biopsie präzise festgelegt werden. Ultraschalluntersuchungen können im Krankheitsverlauf wiederholt durchgeführt werden. Im Gegensatz zur Biop-

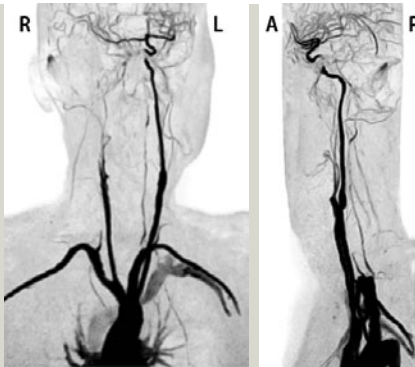
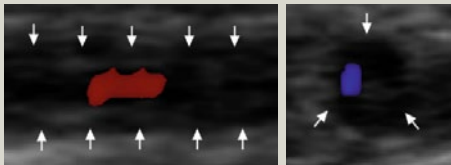


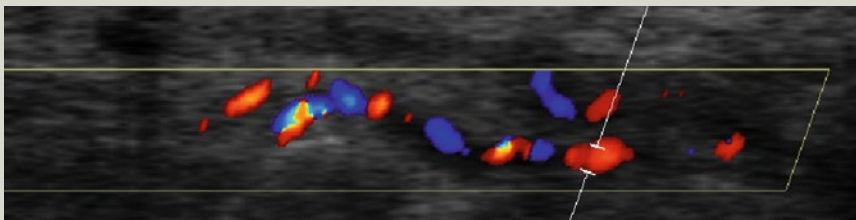
Abbildung 1: Riesenzell-Arteriitis der hirnversorgenden Gefäße. Befund einer Patientin mit bioptisch gesicherter Riesenzellarteriitis und multiplen Hirninfarkten im hinteren Stromkreislauf. Funktionell verbliebenes hirnversorgendes Gefäß ist die linksseitige A. carotis interna mit hochgradiger Siphon-Stenose, die A. carotis interna rechts ist im intrakraniellen Abschnitt subtotal verschlossen, die Aa. vertebrales sowie die A. basilaris sind langstreckig stenotisiert (Kontrastmittel MRT).

Neben dem Halo können auch Gefäßstenosen oder -verschlüsse nachgewiesen werden. Die Stenosen werden durch die Flußbeschleunigung im Farbsignal der farbkodierten Duplexsonografie dargestellt. Mit dem PW-Doppler werden die Flußgeschwindigkeiten gemessen. Die Flußgeschwindigkeit sollte in der Stenose mehr als dreifach so hoch im Vergleich zur poststenotischen Geschwindigkeit sein. Der Nachweis einer Stenose ist in der diagnostischen Wertigkeit als nachrangig gegenüber dem Halo-Zeichen zu werten (**Abbildung 2**).

Abbildung 2: Sonografische Befunde der A. temporalis superficialis bei Arteriitis temporalis



a: Halo-Zeichen im Längs- (links) und Querschnitt (rechts): deutliche Diskrepanz zwischen Gefäßdurchmesser (Pfeile) und durchströmtem Lumen (Farbsignal)



b: Typisches Alias-Phänomen bei mehrsegmentaler Stenosierung



c: Echoarmes Gefäßlumen ohne Fluß-Signal bei Verschluss

sie kann mit dem Ultraschall das untersuchte Gefäß in einem langen Abschnitt kontinuierlich beobachtet werden. Mit den üblichen Sonden, die auch in der Gefäßdiagnostik eingesetzt werden (Frequenzen zwischen 7 und 12 MHz) kann die A. temporalis mit ihren Ästen aber auch die A. carotis, die A. vertebralis und die A. axillaris überprüft werden. Hochfrequente Schallköpfe bis 18 Mhz, die auch in der Nerven- und Muskelsonografie eingesetzt werden, zeigen eine noch bessere Auflösung der Gefäßwand und sind bei der Untersuchung der A. temporalis geeignet, nicht jedoch bei tie-

fer gelegenen Gefäßen. Im Ultraschall zeigt sich als positiver Befund eine echoarme und konzentrische Wandverdickung um das im axialen Schnitt dargestellte Gefäßlumen. Dieses Signal wird als Halo bezeichnet. Selbst dem wenig geübten Untersucher gelingt es rasch gesunde Gefäße von Gefäßen mit einem Halo zu unterscheiden. Der Halo um die A. temporalis sollte mindestens 0,3 mm betragen. Wegen der segmentalen Erkrankung des Gefäßes sollten sowohl beide Seiten als auch die Gefäße in ihrem kompletten Verlauf sowie die A. occipitalis untersucht werden.

Diagnostische Wertigkeit der Sonografie

Dass Ultraschall eine hilfreiche Methode bei der Diagnose der AT sein kann, beschrieb erstmals die Arbeitsgruppe um den Berliner Rheumatologen Schmidt Mitte der 1990er-Jahre [6]. In der Folge erschien eine große Anzahl von Publikationen mit zum Teil sehr unterschiedlichen Ergebnissen über den Wert der Ultraschalldiagnostik bei der AT und der RZA. In einer Metaanalyse konnte eine Sensitivität des Halo-Zeichens von 69 % und eine Spezifität von 82 % im Vergleich zur Biopsie herausgearbeitet werden. Wesentlich für die Aussagekraft der Ultraschalluntersuchung ist die Vortestwahrscheinlichkeit (VTW). Bei hoher klinischer VTW lässt sich bei 82 % der Patienten ein temporaler Halo nachweisen. Bei hoher VTW sind Stenosen der A. temporalis bei bis zu 46 % der Patienten nachweisbar. Somit ist dieses Verfahren ein elementarer Bestandteil in der Diagnostik der AT [7]. Dabei wurden die Patienten in drei Gruppen eingeteilt:

- Patienten mit geringer VTW bei isolierter Polymyalgia rheumatica.
- Patienten mit hoher VTW bei neuer temporal lokalisierter Klinik mit > 3 ACR-Kriterien.
- Patienten mit intermediärer VTW bei mehrdeutigen Kopfschmerzen und weniger als drei ACR-Kriterien.

Bei hoher VTW und pathologischem Befund in der Sonografie kann die Diagnose einer RZA als gesichert angesehen werden. Auf die Biopsie kann bei diesen Patienten verzichtet werden. Eindeutig positive Ultraschallbefunde in Kombination mit der Klinik können bis

zu zwei Drittel der Patienten die Biopsie ersparen.

Bei Patienten mit hoher VTW und unauffälligen Befunden in der Sonografie besteht die Indikation zur Biopsie. Bei Patienten mit niedriger VTW und unauffälligem Ultraschallbefund kann eine RZA nahezu ausgeschlossen werden. Eine Biopsie ist bei dieser Patientengruppe nicht indiziert.

Schwierig ist die Situation bei niedriger VTW und pathologischen Sonografiebefunden. Eine Biopsie sollte bei diesen Patienten zur weiteren Klärung der Diagnose erfolgen.

Eine Untersuchung der A. temporalis sollte auch bei der ischämischen Opticusneuropathie erfolgen, da bis zu 12 % dieser Opticuserkrankungen entzündlich bedingt sein können.

MRT und PET

Alternativ oder ergänzend zur Ultraschalldiagnostik kann eine kontrastmittelunterstützte hochauflösende 3-Tesla-MRT durchgeführt werden. Bei einer AT findet sich eine homogene Wandschwellung. MRT und Ultraschallbefunde zeigen eine gute Übereinstimmung. Da neben den proximalen Arterien auch die thorakale Aorta häufig betroffen ist sollten diese Gefäße zwingend bei einer AT mit untersucht werden. Die CT kann die proximalen Arterien und die thorakale Aorta mit vergleichender diagnostischer Sicherheit abbilden, sie ist jedoch zur Untersuchung der A. temporalis ungeeignet.

Die Positronenemissionstomografie (PET) zeigt einen erhöhten Glukosestoffwechsel in entzündeten Gefäßen. Die Auflösung ist deutlich schlechter und die Gefäße müssen einen Durchmesser von mindestens 3–4 cm haben und ist damit allenfalls für die Aorta geeignet.

Therapie

Der rasche Therapiebeginn ist entscheidend, um ischämische Komplikationen zu vermeiden. Daher sind die RZA und AT ein Notfall. Therapeutika der ersten Wahl sind Glukokortikoide mit einer Dosis von 1 mg Prednisolon-Äquivalent/kg Körpergewicht. Wenn keine ischämischen Komplikationen vorliegen, kann die Dosis bei Patienten, bei denen mit Steroidnebenwirkungen zu rechnen ist,

Wichtige Fragen bei der Anamneseerhebung (nach [2])

Tabelle 1

Fragen	Antworten/Anamnese
Kopfschmerzen?	Neu aufgetretene Kopfschmerzen bei Patienten über 60 Jahren sind immer eine „red Flag“ und hoch verdächtig auf eine AT. Typischerweise ist der Kopfschmerz dauerhaft und bitemporal lokalisiert. Viele Patienten geben einen Berührungsschmerz an.
Kauschmerzen?	Die Claudicatio masticaria ist ein sehr spezifisches anamnestisches Symptom und wird von etwa 40 % der Patienten angegeben.
Sehstörungen?	Plötzliches einseitiges Erblinden.
Allgemeines Krankheitsgefühl?	Abgeschlagenheit und Krankheitsgefühl insbesondere am Morgen wird von den Patienten häufig berichtet.
Polymyalgia rheumatica?	Ein beidseitiger Schultergürtelschmerz wird von der Hälfte der Patienten angegeben. Diese Schmerzen treten oft in Kombination mit Nacken- und Beckengürtelschmerzen auf.
Plötzlicher Krankheitsbeginn?	Die Erkrankung tritt plötzlich auf.
Sonstige Symptome?	Fieber, Nachtschweiß, trockener Husten und Hörminderung können als Begleitsymptome auftreten.

auf 40 mg begrenzt werden. Die initiale Pulstherapie wird nicht empfohlen. Patienten mit ischämischen ophthalmologischen Komplikationen sollten mit einer Hochdosistherapie (250–1.000 mg Prednisolonäquivalent täglich, über drei Tage) behandelt werden. Diese Therapie sollte beim klinischen Verdacht erfolgen. Das Abwarten der Ergebnisse einer eventuellen Temporalisbiopsie ist nicht gerechtfertigt.

Nach dem ersten Monat Therapie kann auch in Abhängigkeit von der BSG die Dosis wöchentlich um 10 mg reduziert werden. Die Zieldosis sind 20 mg Prednisolonäquivalent. Danach sollte die Dosis um 2,5 mg jede Woche reduziert werden. Beim Erreichen von 10 mg Tagesdosis Prednisolonäquivalent sollte die Dosis nur noch um 1 mg jeden weiteren Monat reduziert werden. [8]. Das Abdosieren der Medikamente erfordert eine unauffällige Klinik und die Entzündungsparameter dürfen keinen Anstieg verzeichnen. Kontrollen mit Ultraschall können die Verlaufsuntersuchungen ergänzen.

Können Glukokortikoide eingespart werden?

Fehlende Klinik und unauffällige BSG sind Voraussetzungen für die Reduktion der Steroidmedikation. 10–15 mg Me-

thotrexat (MTX) pro Woche können die Rezidivrate vermindern und die Dosis der Glukokortikoide vermindern. Die Datenlage für andere Immunsuppressiva wie Azathioprin, Ciclosporin und Hydroxychloroquin ist unbefriedigend. Diese Medikamente sind daher als primäre Kombination zur Glukokortikoidmedikation nicht empfehlenswert. Begleitend muss eine Osteoporoseprophylaxe vorgenommen werden. Zusätzlich zur Steroidmedikation sollten mit ASS 100 mg/d unter Magenschutz behandelt werden, da damit das Auftreten ischämischer Komplikationen vermindert werden kann. [8]

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. Dr. med. Ulrich Sliwka
Chefarzt am Sana Klinikum Remscheid
Neurologische Klinik mit klinischer
Neurophysiologie und Stroke Unit
Klinik für Neurologie/Stroke Unit
Burger Straße 211, 42859 Remscheid
E-Mail: u.sliwka@sana.de

PD Dr. med. Ulrich Junghans
Sana Klinikum Remscheid
Neurologische Klinik mit klinischer
Neurophysiologie und Stroke Unit

Literatur

1. Schmidt WA, Gromnica-Ihle E (2005) What is the best approach to diagnose large-vessel vasculitis? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 19:223–242
2. Schmidt WA, Gromnica-Ihle E (2011) Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis (Arteriitis temporalis)). In: Busse O, Fleig WE, Mayet WJ et al (Hrsg) *Rationelle Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin: Leitlinien-basierte Empfehlungen für die Praxis*. Elsevier Deutschland, München
3. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, Edworthy SM, Fauci AS, Leavitt RY, Lie JT, Lightfoot RW, Masi AT, McShane DJ, Mills JA, Wallace SL, Zvaifler NJ (1990) The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthr Rheum* 33:1122–1128
4. Gracia-Martinez A, Hernandez-Rodriguez J, Arguis P et al (2008). Development of aortic aneurysm/dilatation during the follow-up of patients with giant cell arteritis: A cross-sectional screening of fifty-four prospectively followed patients. *Arthritis Rheum* 59:442–430
5. Schmidt WA, Seifert A, Gromnica-Ihle E et al (2008) Ultrasound of proximal upper extremity arteries to increase the diagnostic yield in large-vessel giant cell arteritis. *Rheumatology* 47:96–101
6. Schmidt WA, Kraft HE, Vorpahl K et al (1997) Color duplex sonographie in the diagnosis of temporal arteritis. *N Engl J Med* 337:1336–1342
7. Stammeler F, Grau C, Schnabel A (2009) Wertigkeit der farbcodierten Duplexsonographie in Abhängigkeit der klinischen Vortest-Wahrscheinlichkeit bei Riesenzellarteriitis. *Dtsch Med. Wochenschr* 134:2109–2115
8. Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC et al (2009) EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis* 68:318–323

Botulinumtoxin

Ein neuer Wirkstoff gegen Depressionen?

Der Ausdruck negativer Emotionen wird über propriozeptive Afferenzen der Gesichtsmuskulatur dem ZNS zurückgemeldet und kann darüber möglicherweise eine Depression aufrechterhalten und verstärken. Die Unterbrechung dieser Facial-Feedback-Schleife durch gezielte Hemmung mimischer Muskel in der Glabella-region mithilfe von Botulinumtoxin-Injektionen ist ein neuer Ansatz in der Behandlung der Depression.

AXEL WOLLMER, STEFFIE JUNG, TILLMANN KRÜGER, HAMBURG

Die Behandlung von Glabellafalten mit Botulinumtoxin kann abgesehen von einem rein kosmetischen Nutzen das emotionale Wohlbefinden erhöhen [1] und negative Emotionen wie Angst und Traurigkeit abschwächen [2]. Diese Beobachtungen legen nahe, dass diese Behandlung auch in der Therapie von psychischen Störungen hilfreich sein könnte, bei denen solche

negativen Emotionen im Übermaß vorhanden sind. Derzeit weisen die Ergebnisse einer offenen Fallserie [3], einer weiteren offenen Studie [4] und zweier randomisierter, kontrollierter Studien [5, 6] darauf hin, dass sowohl eine adjuktive als auch eine alleinige Injektion von Botulinumtoxin in die Glabellaregion kurzfristig zu einer anhaltenden Besserung oder Remission der Symptome

einer unipolarer Depression führen kann, auch wenn diese bereits chronifiziert und zum Teil therapieresistent war.

Psychomotorische Symptome der Depression

Depression ist gemäß der WHO die häufigste Ursache für durch Krankheit beeinträchtigte Lebensjahre. Aktuell sind weltweit etwa 121 Millionen Men-

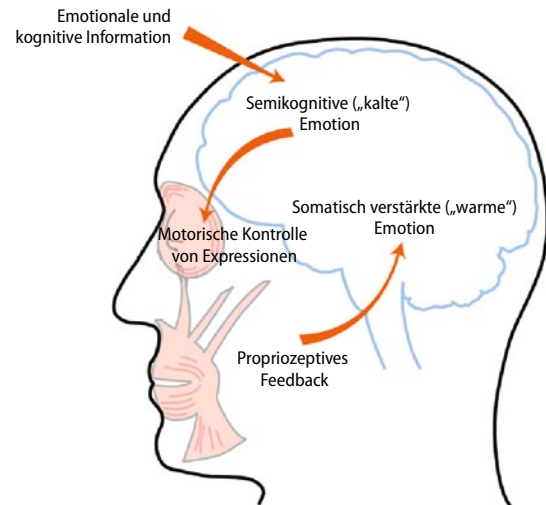


Die Injektion von Botulinumtoxin in die Glabellaregion kann zu einer anhaltenden Besserung oder Remission der Symptome einer unipolaren Depression führen.

schen betroffen [7]. Auch abgesehen von den unterschiedlichen Verlaufsformen affektiver Störungen ist das depressive Syndrom sehr heterogen. Es kann zum Beispiel anhand der psychomotorischen Merkmale Verlangsamung oder Agitation unterteilt werden. Bei der psychomotorischen Verlangsamung liegt eine Reduktion der phasischen Muskelaktivität vor, welche sich in einer reduzierten Geschwindigkeit und Verarmung der Bewegungen in Sprache, Blick, Gang, Gestik oder Gesichtsausdruck manifestieren kann. Bei der Agitation findet sich ein Anstieg psychomotorischer Aktivität, welche zu Unruhe, Unfähigkeit still zu stehen oder zu sitzen, Logorrhö und vermehrtem Auftreten von Manipulatoren wie Händeringen oder Nesteln führen kann. Die gesteigerte psychomotorische Aktivität kann sich auch im Gesicht in Form eines intensiven mimischen Ausdrucks der mit der Depression verbundenen negativen Gefühle, vor allem der Traurigkeit manifestieren. In der oberen Gesichtshälfte wirft die simultane Kontraktion des mittleren Anteils des M. frontalis und der Mm. corrugatores supercilii (den Facial Action Units 1 und 4 des Facial Action Coding System, FACS nach Ekman und Friesen entsprechend) ein charakteristisches Muster von dynamischen Falten auf, das dem griechischen Buchstaben Omega (Ω) ähnelt [8]. Heinrich Schüle prägte 1878 den Begriff „Omega melancholicum“ für dieses Muster, welches zu einem späteren Zeitpunkt bei diversen psychischen Störungen auch als psychomotorisches Korrelat des affektiven Zustandes der Ratlosigkeit beschrieben wurde. Die Aktivierung dieser „Trauermuskeln“ oder „grief muscles“, wie Charles Darwin sie nannte, ruft zudem die Veraguth-Falten hervor, bei denen sich die Haut oberhalb der oberen Augenlider diagonal zwischen den lateralen Winkeln der Augen und dem medialen Ende der Augenbrauen spannt ([9] und dort angegebene Referenzen).

Heutzutage spielt die Einschätzung von psychomotorischen Symptomen einschließlich Gesichtsausdruck eine eher untergeordnete Rolle in der klinischen Beurteilung der Depression. In der Hamilton-Depressions-Skala wer-

Abbildung 1: Die Facial-Feedback-Theorie. Propriozeptive Afferenzen aus den mimischen Muskeln, die zum Ausdruck einer Emotion aktiviert werden, verstärken das Erleben dieser Emotionen (mit freundlicher Genehmigung von Elsevier [17]).



© Elsevier [17]

den sie mit zwei Items, „Verlangsamung“ und „Agitation“ berücksichtigt. Die Mimik kann mithilfe des emotionalen Facial Action Coding Systems (EMFACS) erfasst werden, welches aber fast ausschließlich in der Forschung Anwendung findet. Glabellafalten können mithilfe von Referenzfotografien auf einer vierstufigen klinischen Schweregrad-Skala quantifiziert werden (0 nicht vorhanden, 1 mild, 2 moderat, 3 stark ausgeprägt) [10]. Die so gemessene Schwere der Glabellafalte ist möglicherweise zum Teil anlagebedingt. Sie wird aber über wiederholte oder anhaltende Innervationen der Muskeln in der Glabellaregion vermutlich auch von der mimischen und emotionalen Biografie mitbestimmt. Es gibt allerdings keine Belege dafür, dass Patienten mit depressiven Störungen besonders ausgeprägte Glabellafalten aufwiesen.

Facial-Feedback-Mechanismen in der Pathogenese der Depression

Die Depression ist eine multifaktorielle Störung mit komplexen Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Dabei spielt auch das Konzept der verkörperten Emotionen (Embodiment) eine Rolle, welches die Wechselwirkungen zwischen emotionalen Zuständen und ihren psychomotorischen und psychovegetativen Korrelaten beschreibt. Ein solches Embodiment wird durch die „Facial-Feedback-Theorie“ beschrieben, die auf William

James und Charles Darwin im 19. Jahrhundert zurückgeht. Während die kommunikative Ausdrucksfunktion der Mimik evident ist, hat sich ihre Bedeutung für das eigene emotionale Erleben und ihre Rolle in der Modulation und Verstärkung von Emotionen über eine propriozeptive Rückkopplung erst allmählich erschlossen [11]. James vertrat die Idee, dass Emotionen erst durch den physischen Ausdruck von einer „kalten“ zu einer „warmen“ Emotion werden. Ohne Ausdruck blieben sie lediglich ein „kühles“ Bewusstsein der eigenen inneren Befindlichkeit (**Abbildung 1**).

Negative Emotionen wie Wut, Angst oder Traurigkeit, die im Rahmen depressiver Störungen häufig auftreten, werden unter anderem durch Aktivierung der Mm. corrugatores supercilii in der Glabellaregion des Gesichts ausgedrückt [12]. EMG-Studien zur Aktivität der mimischen Muskulatur weisen darauf hin, dass es bei einer Depression zur situationsabhängigen Beeinträchtigung der Relaxation der Mm. corrugatores supercilii und zu einer allgemein gesteigerten unterschwelligen Aktivierung der Gesichtsmuskulatur kommen kann [13, 14]. Nach der Facial-Feedback-Theorie ist es denkbar, dass bei einer Depression die Aktivierung der mimischen Muskeln, die Emotionen mit negativer Valenz ausdrücken, diese Emotionen über propriozeptive Afferenzen verstärken und so zur Aufrechterhaltung der Depression beitragen kann. Die Unterbre-

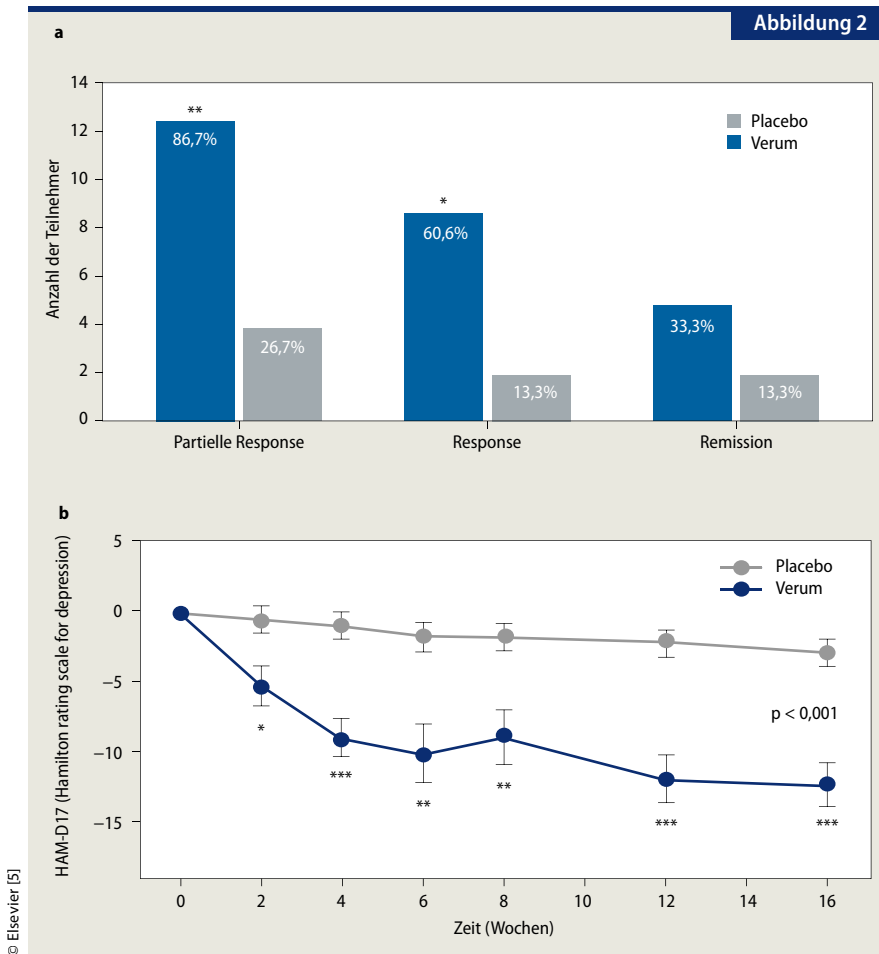


Abbildung 2: Response- und Remissionraten von Patienten mit einer depressiven Episode (n = 30) nach adjunktiver Behandlung mit Botulinumtoxin.
a: Sechs Wochen nach einer einmaligen Behandlung der Glabella-Region mit Botulinumtoxin zeigen 60% der Patienten in der Verumgruppe ein Response, also eine mindestens 50%ige Reduktion des Punktwerts auf der Hamilton Depressions-Skala (HAM-D17).
b: Die Intervention kann kurzfristig zu einer ausgeprägten und anhaltenden Linderung der Symptome der Depression führen (mit freundlicher Genehmigung von Elsevier [5]).

chung dieser Rückkopplung könnte daher zu einer Abschwächung von negativen Emotionen und zu einer Linderung der Depression führen.

Behandlung der Depression mit Botulinumtoxin

Die Behandlung der Depression beinhaltet Pharmakotherapie, Psychotherapie und Sozialtherapie. Darüber hinaus existieren somatische Behandlungsverfahren wie zum Beispiel Lichttherapie, Elektrokonvulsionstherapie (EKT), repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) und tiefe Hirnstimulation (THS). Einige dieser Verfahren erfordern die Infrastruktur von spezialisier-

ten Zentren (EKT, rTMS, THS), während andere relativ einfach umgesetzt werden können (Lichttherapie). Hier könnte sich in Zukunft auch die Behandlung der Depression mit dem hier beschriebenen Ansatz mit Botulinumtoxin einreihen.

In den zwei bisher vorliegenden Studien wurde OnabotulinumtoxinA bei Patienten mit einer depressiven Episode (n = 30, respektive n = 74) mit einer Konzentration von 100 U/2,5 ml verwendet [5, 6]. Die Injektionen wurden mithilfe von Insulinspritzen mit 30G-Nadeln mit einer in der ästhetischen Medizin gängigen Technik an fünf Stellen in der Glabellaregion gesetzt. Frauen erhielten ins-

gesamt 29 Einheiten OnabotulinumtoxinA (sieben in den M. processus, sechs bilateral in den mittleren Teil des M. corrugator supercilii und fünf bilateral in den lateralen Teil des M. corrugator supercilii). Um der höheren Muskelmasse der Männer gerecht zu werden, erhielten diese rund 40 Einheiten, wobei pro Injektionsstelle etwa zwei Einheiten mehr injiziert wurden als bei Frauen. Diese Dosen sind ausreichend, um bei der Mehrheit der Patienten eine vollständige Paralyse der Zielmuskeln zu erreichen. Die Kontrollgruppe erhielt an gleicher Stelle Placeboinjektionen physiologischer Kochsalzlösung.

In den Studien zeigte mehr als die Hälfte der Patienten in der Verumgruppe ein Ansprechen, also eine mindestens 50%ige Reduktion des Punktwerts zum Beispiel auf der Hamilton-Depressions-Skala. Etwa ein Drittel erreichte innerhalb von sechs Wochen nach der Behandlung eine Remission der Depression (**Abbildung 2a**). Bereits zwei Wochen nach der Intervention war eine signifikante Linderung der Depression zu beobachten, die sich im weiteren Verlauf verstärkte und bis zum Ende einer 16-wöchigen Beobachtungszeit mit weiterer Besserungstendenz anhielt (**Abbildung 2b**). Nach unserer klinischen Erfahrung verstärkt sich die Depression bei manchen Patienten wieder, wenn der paralytische Effekt von Botulinumtoxin abklingt. In solchen Fällen stellte sich nach einer weiteren Injektionen von Botulinumtoxin erneut eine Verbesserung oder Remission der Symptomatik ein.

Botulinumtoxin ist zur Behandlung von Glabellafalten zugelassen. Es besteht also grundsätzlich die Möglichkeit, diese Falten, wenn sie denn in relevanter Ausprägung vorhanden sind, indikationsgerecht zu behandeln und dabei auf stimmungsaufhellende Nebenwirkungen abzielen. Da die Behandlung der Depression selbst aber noch eine Off-Label-Therapie ist, kann Botulinumtoxin zurzeit am ehesten in schwierigen Behandlungssituationen in Erwägung gezogen werden, in denen das Therapieziel mit etablierten Methoden nicht erreicht worden ist. Unserer Erfahrung nach können auch Patienten mit schwerer, chronischer oder therapieresistenter De-

pression von einer Behandlung mit Botulinumtoxin profitieren.

Im Sinne der angenommenen Wirkung über Facial-Feedback-Mechanismen könnten Patienten mit einer starken Aktivierung der Glabellamuskulatur besonders gut auf die Behandlung ansprechen. Eine Manifestation dieser Aktivierung kann zum Beispiel das „Omega melancholicum“ sein, welches häufig bei psychomotorisch agitierten Depressionspatienten auftritt [8].

Die gute Sicherheit und Verträglichkeit sowie die langen Behandlungsintervalle sind weitere positive Aspekte der Behandlung mit Botulinumtoxin.

Limitationen und Ausblick

Der Anteil an männlichen Probanden war in allen Studien gering. Aus diesem Grund sollte untersucht werden, ob Männer und Frauen ähnlich gut oder eben unterschiedlich auf die Behandlung ansprechen.

In allen bis heute veröffentlichten Studien wurde OnabotulinumtoxinA verwendet. Allerdings gibt es keinen Grund zu der Annahme, dass nicht auch andere Botulinumtoxin-Präparate eingesetzt werden können.

Wegen des zumeist offensichtlichen kosmetischen Effekts und der damit verbundenen Schwierigkeit in der Verblindung von randomisierten, kontrollierten Studien, kann der Anteil von Placeboeffekten an der klinischen Verbesserung schwer eingeschätzt werden.

Es ist denkbar, dass eine personalisierte Dosierung und Verteilung der Dosen, die von einer objektiven Messung der Gesichtsmuskelmasse und -aktivität geleitet wird, zu noch besseren Ergebnissen führt. Für den Fall, dass da ein „Omega melancholicum“ vorhanden ist, könnte zum Beispiel eine Injektion in die mittleren Anteile des M. frontalis erwogen werden [15]. Darüber hinaus könnten weitere, am traurigen Gesichtsausdruck beteiligte Muskeln wie der M. depressor anguli oris und der M. mentalis mit kleinen Dosen behandelt werden [16].

Den Annahmen der Facial-Feedback-Theorie und den Beobachtungen von positiven Effekten auf die Stimmung bei gesunden Probanden zufolge, wirkt die Injektion von Botulinumtoxin in die Glabellaregion wahrscheinlich nicht

spezifisch gegen eine Depression. Sie schwächt eher das Erleben von negativen Emotionen ab, welche in der Mehrzahl der psychiatrischen Störungen auftreten. Deshalb könnte Botulinumtoxin zukünftig auch zur Behandlung anderer Störungsbilder in der Psychiatrie beforscht und eingesetzt werden.

Fazit für die Praxis

Der Ausdruck negativer Emotionen wird über propriozeptive Afferenzen der Gesichtsmuskulatur dem zentralen Nervensystem zurückgemeldet (Facial-Feedback-Theorie) und kann darüber möglicherweise eine Depression aufrechterhalten und verstärken. Die Unterbrechung dieser Facial-Feedback-Schleife durch gezielte Hemmung mimischer Muskel in der Glabella-region (Mm. Corrugatores supercilii und procerus) mithilfe von Botulinumtoxin-Injektionen ist ein neuer Ansatz in der Behandlung der Depression. Eine Reihe von Studien kommt zu dem Ergebnis, dass eine einmalige Behandlung bei Patienten mit einer Depression innerhalb von kurzer Zeit zu einer deutlichen und anhaltenden Verbesserung der Symptome führt. Zukünftige klinische Studien könnten Aufschluss darüber geben, ob eine Abschwächung negativer Emotionen durch Botulinumtoxin auch in der Behandlung anderer psychischer Störungen genutzt werden kann. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

PD Dr. med. M. Axel Wollmer

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Klinik für Gerontopsychiatrie
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
E-Mail: m.wollmer@asklepios.com

Steffanie Jung M.Sc.

Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für
Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll
Hamburg, Klinik für Gerontopsychiatrie

Prof. Dr. med. Tillmann Krüger

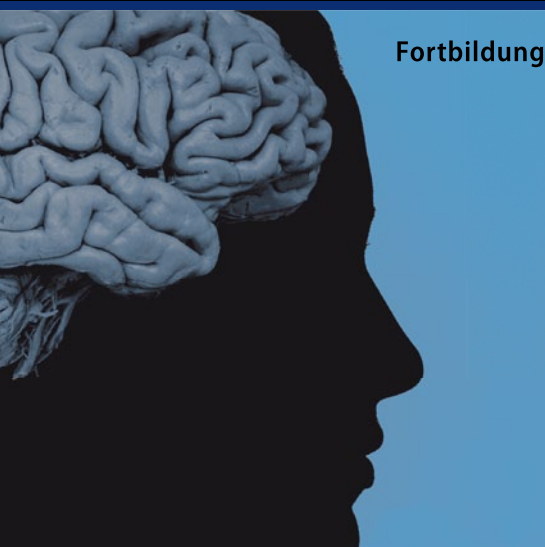
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und
Psychotherapie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Literatur

1. Sommer B, Zschocke I, Bergfeld D, Sattler G, Augustin M. Satisfaction of patients after treatment with botulinum toxin for dynamic facial lines. *Dermatol Surg* 2003; 29: 456–460
2. Lewis MB, Bowler PJ. Botulinum toxin cosmetic therapy correlates with a more positive mood. *J Cosmet Dermatol* 2009; 8: 24–26
3. Finzi E, Wasserman E. Treatment of depression with botulinum toxin A: a case series. *Dermatol Surg* 2006; 32: 645–649
4. Hexsel D, Brum C, Siega C, Schilling-Souza J, Forno TD, Heckmann M, Rodrigues TC. Evaluation of Self-Esteem and Depression Symptoms in Depressed and Nondepressed Subjects Treated with OnabotulinumtoxinA for Glabellar Lines. *Dermatol Surg* 2013; 39: 1088–1096
5. Wollmer MA, de Boer C, Kalak N, Beck J, Götz T, Schmidt T, Hodzic M, Bayer U, Kollmann T, Kollwe K, Sönmez D, Duntsch K, Haug MD, Schedlowski M, Hatzinger M, Dressler D, Brand S, Holsboer-Trachsler E, Kruger TH. Facing depression with botulinum toxin: a randomized controlled trial. *J Psychiatr Res* 2012; 46: 574–581
6. Finzi E, Rosenthal NE. Treatment of depression with onabotulinumtoxinA: A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *J Psychiatr Res* 2013, in press
7. WHO, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
8. Greden JF, Genero N, Price HL. Agitation-increased electromyogram activity in the corrugator muscle region: a possible explanation of the „Omega sign“? *Am J Psychiatry* 1985; 142: 348–351
9. Shorter E. Darwin's contribution to psychiatry. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 473–474
10. Honeck P, Weiss C, Sterry W, Rzany B; Gladys study group. Reproducibility of a four-point clinical severity score for glabellar frown lines. *Br J Dermatol* 2003; 149: 306–310
11. Alam M, Barrett KC, Hodapp RM, Arndt KA. Botulinum toxin and the facial feedback hypothesis: can looking better make you feel happier? *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 1061–1072
12. Ekman P, Friesen WV. Facial action coding system: a technique for the measurement of facial movement. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1978
13. Schwartz GE, Fair PL, Salt P, Mandel MR, Klerman GL. Facial muscle patterning to affective imagery in depressed and nondepressed subjects. *Science* 1976; 192: 489–491
14. Greden JF, Price HL, Genero N, Feinberg M, Levine S. Facial EMG activity levels predict treatment outcome in depression. *Psychiatry Res* 1984; 13: 345–352
15. de Almeida AR, da Costa Marques ER, Bane-gas R, Kadunc BV. Glabellar contraction patterns: a tool to optimize botulinum toxin treatment. *Dermatol Surg* 2012; 38: 1506–1515
16. Raspaldo H, Niforos FR, Gassia V, Dallara JM, Bellity P, Baspeyras M, Belhaouari L; Consensus Group. Lower-face and neck antiaging treatment and prevention using onabotulinumtoxin A: the 2010 multidisciplinary French consensus-part 2. *J Cosmet Dermatol* 2011; 10: 131–149
17. Al Abdulmohsen T, Kruger TH. The contribution of muscular and auditory pathologies to the symptomatology of autism. *Med Hypotheses* 2011; 77: 1038–1047



Psychiatrische Kasuistik

„Stehen geblieben“ –
Ullrich-Turner-Syndrom

Testen Sie Ihr Wissen!

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

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

NT 7–8/2013

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

NT 2/2014

N: Wenn sich der Prolaps spontan auflöst

NT 3/2014

P: „Stehen geblieben“ – Ullrich-Turner-Syndrom

Das Online-Archiv finden Sie auf den
Homepages der Berufsverbände unter
www.bvvn.de
www.neuroscout.de
www.bv-psychoater.de

Anamnese

Die 24-jährige Patientin stellt sich auf Anraten ihrer besten Freundin in der Tagesklinik vor und berichtet, ihre Freundin beklage, dass sie „zu faul“ sei. Sie selbst habe bei sich seit etwa 18 Monaten eine gedrückte Stimmung und verminderten Antrieb bemerkt. Sie grüble viel und könne nur schlecht schlafen. Sie fühle sich sozial isoliert und unselbstständig. Sie sei zudem ängstlich und meide Konflikte sowie Anstrengungen. Sie lebe noch bei ihren Eltern. Sie habe auch seit längerem Schwierigkeiten, eine dauerhafte Beschäftigung als Verkäuferin zu finden und habe bei jeder befristeten Anstellung vergeblich auf Vertragsverlängerung gehofft. Insgesamt habe sie das Gefühl, sie sei „stehen geblieben und komme nicht weiter“.

Soziobiografische Anamnese

Die Patientin sei sehr behütet aufgewachsen und habe nie Pflichten im Elternhaus gehabt. Sie habe eine sehr enge Beziehung zu ihren Eltern und verbringe ihre Freizeit häufig mit ihnen. Kontakte zu anderen Kindern habe es nur im Schulkontext gegeben. Sie habe noch nie eine feste Partnerschaft gehabt.

Im Einschulungstest seien Defizite festgestellt worden und eine Empfehlung zur Rückstellung ausgesprochen worden. Auf Wunsch der Eltern sei sie im Alter von sieben Jahren dennoch eingeschult worden. In der Grundschule sei es häufig zu Hänseleien aufgrund ihres Äußeren gekommen. Sie habe große Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben und Rechnen gehabt und sei am Ende der dritten Klasse zwei Jahre zurückgestuft worden. Ihren Eltern sei gesagt worden, sie sei „ein Fall für die Sonderschule“.

Die Eltern hätten jedoch auf einer Realschule als weiterführende Schule bestanden. Dort sei sie mit Unterstützung relativ gut mitgekommen. Sie habe jedoch große Prüfungsängste und könne sich in Prüfungssituationen nicht an Erlerntes erinnern. Sie habe die Realschulabschlussprüfung zweimal nicht bestanden und die Schule mit dem erweiterten Hauptschulabschluss verlassen. Die Patientin berichtet, dass dieses wiederholte Scheitern in der Prüfung der Beginn erster Zukunftsängste und Insuffizienzgedanken gewesen sei und zu einem starken Motivationseinbruch geführt habe. Nach einem freiwilligen sozialem und einem berufsvorbereitendem Jahr habe sie eine überbetriebliche Ausbildung absolviert. Durch die bestandene Prüfung habe sie nun den Realschulabschluss.

Sie arbeite gerne in ihrem Beruf. Dennoch sei sie immer nur befristet eingestellt worden und nie länger als sechs Monate am Stück in den Betrieben beschäftigt gewesen. Zur Zeit sei sie wieder arbeitssuchend und beziehe ALG I.

Somatische Anamnese

Die Eltern beschreiben eine unauffällige Geburt und frühkindliche Entwicklung der Patientin. Dennoch sei die Patientin aufgrund des Kleinwuchses im Alter von zwei und sechs Jahren je einmalig in der humangenetischen Sprechstunde vorgestellt worden. Laut Unterlagen sei sie bei der Geburt bezüglich Länge und Gewicht auf der 50. Perzentile gewesen. Im fünften Lebensjahr sei das Längenwachstum unter der 3. Perzentile zurückgeblieben. In der humangenetischen Sprechstunde sei damals bei Kleinwuchs, Mittelgesichtshypoplasie



mit eingesunkener Nasenwurzel und breiter Stirn, Brachycarpie und Brachytarsie, 4-Fingerfurche der Verdacht auf ein Larsen-Syndrom gestellt worden. Warum eine weitere Abklärung unterblieb, ist unklar.

Die Patientin habe seit dem fünften Lebensjahr stetig an Gewicht zugenommen und eine Adipositas entwickelt. Sie habe zudem häufige Otitiden gehabt, die das mehrfache Einsetzen von Paukenröhrchen notwendig gemacht und schließlich zu einer Destruktion des Mittelohrs geführt hätten. Das Einsetzen von Gehörknöchelimplantaten sei noch im Grundschulalter erfolgt.

Erst im 16. Lebensjahr erfolgte aufgrund von Kleinwuchs und ausbleiben der Menarche eine Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité. Im Befund zeigte sich ein erheblicher Kleinwuchs (Größe 140,8 cm) mit einem Längenwachstum von 10 cm unter der 3. Perzentile. Weiterhin bestand eine Adipositas (Gewicht 59,2 kg, BMI 30 kg/m²). Die körperliche Entwicklung war retardiert (Pubertätsstadium I nach Tanner) mit Fettmammas und invertierten Mamilien. Im Untersuchungsbefund sind zudem breite Hände, kurze Finger und Zehen und ein kurzer Hals beschrieben. Die Ellenbogen waren nicht durchstreckbar. Eine Röntgenuntersuchung der linken Hand ergab ein retardiertes Skelettalter von etwa 13 Jahren.

Der sonografische Befund ergab einen hypoplastischen Uterus (Volumen nur 1,3 ml), Ovarstrukturen waren nicht fassbar. Laborchemisch wurde die Diagnose eines hypergonadotropen Hypogonadismus gestellt (LH und FSH erhöht).

Es bestand weiter ein Hypertonus. Ophthalmologisch war ein Fundus hypertonicus I° zu erheben. Echokardio- und Nierensonografie ergaben keine pathologische Befunde. Der orale Glukosetoleranztest war grenzwertig erhöht.

Die Chromosomenanalyse ergab den Karyotyp 45, X0 und damit die Diagnose eines Ullrich-Turner-Syndroms. Zunächst erfolgte eine Einstellung des Hypertonus mit Atenolol (50 mg). Kurz daraufhin begann eine Therapie mit Wachstumshormonen (Norditropin 2 mg).

Nach neun Monaten erfolgte eine Wiedervorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum. Unter Norditropin 2 mg

war die Patientin auf 145,5 cm gewachsen (nun 6 cm unter der 3. Perzentile). Aufgrund des Längenwachstums war der BMI auf 29,0 kg/m² gesunken. Der Hypertonus zeigte sich gut eingestellt (RR 146/93 mmHg, Puls 89/min). Die Patientin hatte das Pubertätsstadium III nach Tanner erreicht. Ein Jahr später wurde die Therapie mit Norditropin auf Wunsch der Patientin beendet (Größe von 149,7 cm, 3 cm unter der 3. Perzentile) und eine Hormonersatztherapie begonnen, worunter sich die Brust ausbildete und die Patientin eine regelmäßige Menstruation bekam.

Die Patientin hat einen anerkannten Grad der Behinderung von 20.

Psychiatrische Vorgeschichte

Die Patientin hat 2013 zwei ambulante Verhaltenstherapien begonnen, beide jedoch schnell abgebrochen, da die „Chemie“ zwischen ihr und den Therapeuten nicht gestimmt habe.

Familienanamnese

Leer bezüglich psychiatrischer Erkrankungen.

Suchtmittelanamnese

Selten Alkoholkonsum, der Konsum anderer legaler oder illegaler Suchtmittel wird verneint.

Psychopathologischer Befund

Patientin mit gepflegtem äußeren Erscheinungsbild, im Kontakt zurückhaltend. Die Patientin ist wach, orientiert, Konzentration und Mnestic sind unauffällig. Im formalen Gedankengang geordnet, kein psychotisches Erleben, keine manischen Phasen abgrenzbar. Im Affekt depressiv mit subjektiv eingeschränkter Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit, Grübeln, Insuffizienzgedanken, Antriebsminderung, Durchschlafstörung und morgendliches Frühwachen. Appetit und Libido vermindert. Ängste in sozialen Situationen. Keine Suizidalität, kein Suizidversuch in der Vorgeschichte.

Leichte bis mittelgradige depressive Episode (F 32.1; HAMD-17: 15 Punkte).

Die Kriterien für ängstlich-vermeidende und dependente Persönlichkeitsstörung waren vollständig erfüllt, alle anderen Skalen unauffällig (SKID II).

Internistisch-neurologischer Befund

Es bestand eine Adipositas (75 kg bei 152 cm; BMI 32,5). Auffällig waren zudem der Kleinwuchs mit kurzem Hals, tiefer Haaransatz, breite Hände, kurze Finger und Zehen. Ellenbogengelenk nicht durchstreckbar. Hypakusis beidseits. Der übrige Befund war unauffällig.

Bei bekanntem Hypertonus bestanden bei Aufnahme normotone Blutdruckwerte unter einer antihypertensiven Kombinationstherapie mit Ramipril comp 5/25 mg und Metoprolol 50 mg. Weiterhin erhielt die Patientin eine Hormonersatztherapie (Östrogen-Gestagen Kombination).

Neuropsychologische Testung

Die Testung ergab eine durchschnittliche Intelligenz (IQ von 91 [LPS, U3], 94 [MWT-B]). Auffällig waren jedoch starke Leistungsschwankungen innerhalb der Leistungsbereiche. Die Patientin war schnell verunsichert und abgelenkt durch konstante Selbstabwertung und negative Selbstwirksamkeitserwartung während der Testung, die in Selbstgesprächen deutlich wurden („Ich kann einfach das nicht“, „Das ist zu schwer“).

Labor

Ohne pathologischen Befund.

Das Ullrich-Turner-Syndrom

Das Ullrich-Turner-Syndrom ist die häufigste Chromosomenstörung bei Frauen, etwa eines von 2.500 lebend geborenen Mädchen ist betroffen [1]. Die Beschreibung geht auf den Pädiater Otto Ullrich (1930) und den Endokrinologen Henry Turner (1938) zurück, die ein Syndrom mit Minderwuchs, gedrungene Körperbau, Pterygium Colli (seitliche Hautfalten im Halsbereich), Cubita valga und ausbleibender Geschlechtsentwicklung bei Mädchen beschrieben. Die Erstbeschreibung des Karyotyps 45,X erfolgte 1959 durch Charles E. Ford.

Bei 50 % der betroffenen Mädchen und Frauen fehlt das zweite X-Chromosom (Karyotyp 45,X0), bei der anderen Hälfte liegen Mosaikformen (z.B. 45,X/46,XX) oder andere strukturelle Veränderungen des X-Chromosoms wie Ringbildung oder eine Duplikation des langen Arms [46,X, i(Xq)] vor. Die charakteristischen klinischen Merkmale des

Ullrich-Turner-Syndroms sind Kleinwuchs und Gonadeninsuffizienz mit ausbleibender Pubertätsentwicklung.

Viele andere Organsysteme können jedoch ebenfalls betroffen sein: Insbesondere Malformationen im Herzkreislaufsystem (bis zu 45% der Patientinnen, häufig sind hier u. a. Aortenisthmusstenose und kongenitale Vitien) sowie Fehlbildungen der Niere (bis zu 40%) sind mit verantwortlich für eine erhöhte Mortalität der Patientinnen [2]. Das Ullrich-Turner-Syndrom ist zudem assoziiert mit einer erhöhten Rate an Hypothyreose (bis 30%), Diabetes mellitus und Adipositas, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Strabismus und aufgrund der Skelettmalformation orthopädischen Komplikationen [1]. Wie im dargestellten Fall treten bei den Patientinnen rezidivierende Otitiden auf und können zu erheblichen Komplikationen führen. Ein späterer sensorischer Hörverlust ist sehr häufig, sodass bis zu 30% der Patientinnen auf ein Hörgerät angewiesen sind [1].

Mehrere phänotypische Veränderungen sind mit dem Ullrich-Turner-Syndrom assoziiert: Neben der geringen Körpergröße entstehen durch das verminderte Längenwachstum ein Schildthorax, verbreiterte Hände und Füße, ein kurzer Hals und orofaciale Fehlbildungen. Bei der Geburt können zudem Schwellungen der Hände und Füße sowie seitliche Hautfalten am Hals auffallen. Die Ausprägung der phänotypischen Veränderungen unterliegt jedoch einer erheblichen Varianz oder können auch ganz fehlen, besonders bei Mädchen mit Mosaikformen des Ullrich-Turner-Syndroms [1].

Das Auftreten eines Ring- oder Markerschromosoms ist mit einer Intelligenzminderung oder mentaler Retardierung assoziiert (30% bzw. 60%), ansonsten haben jedoch die meisten Menschen mit Ullrich-Turner-Syndrom eine normale Intelligenz [1]. Dennoch sind diskretere neurokognitive Auffälligkeiten häufig, insbesondere in visuell-räumlichen Domänen, sozialer Kognition, Aufmerksamkeit und non-verbalen Problemlösekompetenzen/Exekutivfunktion [3]. Bis zu 70% der Mädchen zeigen Lernschwierigkeiten, vor allem in der Mathematik, bei räumlich-visuellen Aufgaben (wie

Autofahren), und auch in sozialen Interaktionen [1]. Die Mädchen haben weniger sexuelle Kontakte als Mädchen in altersgepaarten Vergleichsstichproben und beginnen auch später mit der Aufnahme von Partnerschaften [4].

Eine erhöhte Rate an psychiatrischen Erkrankungen ist nicht beschrieben, dennoch scheinen besonders in der Jugend bei den Mädchen Ängste, soziale Isolation, niedriger Selbstwert und Unreife häufig aufzutreten [4]. Zudem ist die bei den allermeisten Patientinnen bestehende Infertilität als weiterer sozialer Belastungsfaktor zu berücksichtigen.

Die Diagnose des Ullrich-Turner-Syndroms wird häufig erst spät gestellt [2], besonders da phänotypische Veränderungen variabel sind und eine Wachstumsretardierung erst im Grundschulalter auffallen kann. Bei etwa zwei Drittel der Patientinnen wird die Erkrankung erst bei ausbleibender Pubertät in der Jugend oder gar erst im Erwachsenenalter diagnostiziert [2].

Ein früher Behandlungsbeginn mit rekombinantem Wachstumshormon ist essenziell. Später wird zu Einleitung der Pubertät und Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Zyklus mit einer Hormonersatztherapie (zunächst Östrogen, dann eine Östrogen-Gestagen-Kombination) begonnen, welche jedoch das Längenwachstum einschränkt, sodass mit den Betroffenen sorgfältig über einen geeigneten Zeitpunkt gesprochen werden muss [1]. Aufgrund der leichten, neurokognitiven Funktionseinschränkungen ist eine frühe Förderung wichtig [3]. Des Weiteren sollte ein soziales Kompetenztraining und andere psychosoziale Unterstützung (z. B. Anbindung an eine Selbsthilfegruppe) erwogen werden.

Weiterer Krankheitsverlauf

Es erfolgte eine Einstellung auf Sertralin bis 100 mg, worunter die depressiven Symptome vollständig remittierten. Psychotherapeutisch standen die enge Beziehung zu den Eltern sowie der Wunsch nach mehr Eigenständigkeit im Vordergrund. Die Patientin wünschte sich eine eigene Wohnung. Zeitgleich formulierte sie große Ängste, dass die Eltern sterben könnten. Sie zeigte starke Vermeidungstendenzen bezüglich einer Wohnungssuche oder der Beteiligung am Haushalt

und musste häufig ermutigt werden. Insgesamt wurden erhebliche soziale Defizite deutlich. Zusätzlich zur Grunderkrankung waren mangelnde Förderung, auch in Bezug auf Hobbies und Freizeitaktivitäten, sowie fehlende Sozialkontakte außerhalb der Familie, starke Hänseleien in der Kindheit und wiederholtes Scheitern in Prüfungssituationen für die Entwicklung der psychiatrischen Symptomatik erkennbar.

Sozialtherapeutisch lag der Fokus auf den Möglichkeiten einer Qualifizierung und beruflichen Umorientierung. Die Patientin wünschte sich eine Arbeit als Erzieherin, war jedoch sehr ängstlich gegenüber einer erneuten Abschlussprüfung und eines eventuellen Scheiterns. Auch hier zeigte sie starke Vermeidungstendenzen und berichtete von Überforderungsgefühlen. In allen Teilbereichen wurde sehr kleinschrittig gearbeitet. Im Anschluss an die Tagesklinik ist eine längerfristige ambulante Psychotherapie empfohlen.

Diagnosen

- Depressive Episode (leicht bis mittelgradig) (F 32.1)
- Verdacht auf Persönlichkeitsstörung (ängstlich-vermeidend)
- Ullrich-Turner-Syndrom
- Arterieller Hypertonus
- Adipositas
- Hypakusis re > li



LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

PD Dr. med. Kim Hinkelmann

Saskia Mitreuter

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

Prof. Dr. med. Michael Dettling

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité, Universitätsmedizin Berlin
E-Mail: michael.dettling@charite.de

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche Aussage zum Ullrich-Turner-Syndrom trifft zu?

- a. In den meisten Fällen liegt eine Ringbildung des X-Chromosoms zugrunde.
- b. Jungen und Mädchen sind gleich häufig betroffen.
- c. Es ist die häufigste Chromosomenstörung bei Mädchen.
- d. Das Chromosom 18 liegt in den meisten Fällen dreifach vor.

Lösung

Richtig ist Antwort c, es sind nur Mädchen betroffen, in etwa 50 % fehlt das zweite X-Chromosom. Eine Trisomie 18 wird als Edwards-Syndrom bezeichnet.

Frage 2

Welche klinischen Befunde kennzeichnen das Ullrich-Turner-Syndrom?

- a. Mittelgesichtshypoplasie und Hypophyseninsuffizienz

- b. Hohlkreuz und Senkfuß
- c. Sattelnase und 4-Fingerfurche
- d. Kleinwuchs und Gonadeninsuffizienz

Lösung

Richtig ist Antwort d. Charakteristisch sind Kleinwuchs und Gonadeninsuffizienz mit ausbleibender Pubertätsentwicklung. Phänotypische Veränderungen in Kopf- und Halsbereich können fehlen, insbesondere bei Mosaikformen der Chromosomenstörung. Charakteristisch sind auch eher ein hypergonadotroper Hypogonadismus und damit eine Erhöhung von LH und FSH.

Frage 3

Welche Aussage zu neurokognitiven Funktionen bei Patientinnen mit Ullrich-Turner-Syndrom trifft zu?

- a. Das Ullrich-Turner-Syndrom ist regelhaft mit Intelligenzminderung assoziiert.
- b. Diskrete Auffälligkeiten in visuell-räumlichen Domänen sind häufig.

- c. Nur wenige Kinder mit Ullrich-Turner-Syndrom haben Lernschwierigkeiten.
- d. Die soziale Kognition ist stets unbeeinträchtigt.

Lösung

Richtig ist Antwort b, die meisten Betroffenen haben eine normale Intelligenz, dennoch sind Lernschwierigkeiten und soziale Defizite häufig.

Frage 4

Welche neuropsychiatrischen Symptome sind häufig beim Ullrich-Turner-Syndrom?

- a. Ängste und niedriger Selbstwert
- b. Gesteigerter Selbstwert und Rededrang
- c. Gedächtnisstörungen und optische Halluzinationen
- d. Suizidgedanken und selbstverletzendes Verhalten

Lösung

Richtig ist Antwort a.

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.

Literatur

1. Sybert VP, McCauley E. Turner's syndrome. *N Engl J Med*. 2004;351:1227–38
2. Stochholm K, Juul S, Juel K, Naeraa RW, Gravholt CH. Prevalence, incidence, diagnostic delay, and mortality in Turner syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91:3897–3902
3. Knickmeyer RC. Turner syndrome: advances in understanding altered cognition, brain structure and function. *Curr Opin Neurol*. 2012 Apr;25(2):144–9
4. McCauley E, Feuillan P, Kushner H, Ross JL. Psychosocial development in adolescents with Turner syndrome. *J Dev Behav Pediatr*. 2001;22:360–5

Gerontopsychiatrie

Somatische Komorbidität bei Patienten mit psychischen Alterserkrankungen

Bei Patienten mit gerontopsychiatrischen Syndromen wie Delir, Demenz und Depression sind häufig multiple, oft unerkannte Begleiterkrankungen feststellbar. Aus dieser Ko- und Multimorbidität bei Alterspatienten ergeben sich dann oft hochkomplexe klinische Fragen. Angesichts der wachsenden Zahl betroffener Patienten sind Lösungsansätze wie interdisziplinäre Versorgungsmodelle gefragt, welche dieser Komplexität sowohl ambulant als auch stationär gerecht werden.

WALTER HEWER, ROTTWEIL



In der Praxis bleiben psychische und komorbide somatische Störungen alter Menschen häufig unentdeckt.

Komorbidität ist eine Konstellation, bei der neben einer Indexerkrankung – hier einer psychischen Alterserkrankung – eine oder mehrere weitere Erkrankungen bestehen. Dabei kann die Beziehung zwischen der Index- und den weiteren Erkrankungen sehr unterschiedlich sein [1]:

- Es kann sich um eine Koinzidenz handeln, das heißt, ein statistischer oder sonstiger Zusammenhang zwischen den Erkrankungen ist nicht gegeben (dies gilt z. B. für das Zusammentreffen einer Schizophrenie mit den meisten Tumorerkrankungen).
- Bei einer assoziativen Komorbidität besteht eine statistische Assoziation und zwar meist in der Weise, dass zwei Erkrankungen gehäuft miteinander auftreten (z. B. Diabetes mellitus/Depression, Demenz/Depression).
- Bei kausaler Komorbidität geht man von einem kausalen Zusammenhang aus, das heißt, ein Krankheitsbild bedingt das andere (metabolische Störungen wie Hyperkalzämie oder Hyponatriämie als Ursache für ein Delir).

Komorbidität beziehungsweise Multimorbidität stellen ein weit verbreitetes Phänomen dar, das mit steigendem Alter zunimmt. So ist davon auszugehen, dass bei etwa 80 % der über 80-Jährigen mindestens zwei chronische Erkrankungen vorliegen, bei einem Viertel sind es mehr als fünf Erkrankungen [2]. Diese Zusammenhänge gelten auch für Patienten mit psychischen Alterserkrankungen. So wurde in einer klinischen Population gezeigt, dass bei gerontopsychiatrischen Patienten im Durchschnitt fünf bis sechs Begleiterkrankungen bestanden, ohne dass wesentliche Unterschiede in Bezug auf die psychiatrische Hauptdiagnose festzustellen waren. Die Häufung von Begleiterkrankungen war nicht nur bei Patienten mit organischen psychischen Störungen, sondern in ähnlichem Umfang auch bei Patienten mit Alterspsychosen und affektiven Störungen nachweisbar [3].

In einer neueren epidemiologischen Studie, die sich auf alle Altersgruppen bezieht, wurden sehr deutliche Assoziationen zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit aufgezeigt: Bei Patienten schottischer Hausärzte war mit steigender Zahl somatischer Erkrankungen ein signifikant erhöhtes Risiko hinsichtlich des gleichzeitigen Vorliegens psychischer Störungen nachweisbar. Daneben erwies sich der soziale Status als eine weitere wichtige Einflussgröße [4]. Die Ergebnisse dieser Studie können so zusammengefasst werden, dass körperliche und psychische Morbidität in allen Altersgruppen offenbar in einem engen Zusammenhang stehen und durch ungünstige soziale Verhältnisse eine weitere Risikosteigerung zustande kommt.

Somatische Komorbiditäten

Im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen Interaktionen zwischen den häufigsten psychiatrischen Syndromen im Alter (Delir, Demenz, Depression) und ausgewählten somatischen Komorbiditäten.

Delir

Beim Delir besteht ein organisches Psychosyndrom mit akutem Verlauf, das durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

- Störungen von Bewusstsein/Aufmerksamkeit,
- neu aufgetretene kognitive Störung oder akute Verschlechterung einer vorbestehenden kognitiven Beeinträchtigung,

— akuter und fluktuierender Verlauf,

- Störungen von Psychomotorik (Hyper-, Hypoaktivität), Tag-Nacht-Rhythmus, Emotionalität, psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen).

Im Alter handelt es sich meist um nicht substanzbedingte Delirien, die nach ICD-10 unter F05 kodiert werden und durch primäre Hirnerkrankungen, auf das Hirn einwirkende pathogene Faktoren bei extrazerebralen Erkrankungen oder exogen-toxische Faktoren (am häufigsten Medikamente) bedingt sind.

Delirien treten sehr häufig auf, im klinischen Bereich (z. B. Innere Medizin/Geriatrie, Alterschirurgie) sind Prävalenzen im zweistelligen Prozentbereich nachgewiesen [5]. Da steigendes Lebensalter und demenzielle Prozesse das Risiko deliranter Dekompensationen erhöhen, sind hochaltrige Patienten mit vorbestehender kognitiver Beeinträchtigung besonders gefährdet. Neuere Studien (z. B. [6]) ergeben Anhaltspunkte für eine steigende Prävalenz deliranter Syndrome bei Bewohnern von Pflegeheimen. Wenn es sich um Einrichtungen handelt, in denen überwiegend hochaltrige, multimorbide und häufig nach kurzem Aufenthalt in Allgemeinkrankenhäusern dorthin entlassene Personen versorgt werden, sind Delirhäufigkeiten von 10 % und mehr nicht ungewöhnlich.

Wie bereits von Bonhoeffer gezeigt wurde, besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Manifestation eines Delirs und den dieses psychopathologische Syndrom verursachenden oder auslösenden somatischen Erkrankungen. Dabei können im Sinne einer gemeinsamen Endstrecke unterschiedliche pathophysiologische Faktoren (häufig auch in Kombination) zur Geltung kommen. Dazu gehören etwa Sauerstoffmangel (Pneumonie, COPD), Minderdurchblutung (Herzinsuffizienz, zerebrovaskuläre Erkrankungen), Störungen des Wasserhaushalts (hypoosmolare Zustände bei Hyponatriämie oder Hyperosmolarität bei Hyponatriämie) oder immunologische Prozesse (z. B. durch Zytokine vermittelte delirogene Wirkungen bei bronchopulmonalen und Harnwegsinfektionen oder Sepsis). Hinzu kommen potenziell ungünstige Auswirkungen der bei multimorbiden Patienten häufig verordneten Polypharmazie [7]. Neben gut bekannten delirogenen Effekten von Neuropsychopharmaka sind hier auch vergleichbare Wirkungen einer größeren Zahl primär systemisch wirkender Medikamente zu bedenken (z. B. bestimmte Antibiotika, Steroide, Digitalis, Theophyllin, Urologika).

Das Delir als ein Krankheitsbild, das zahlreiche interdisziplinäre Aspekte und Fragestellungen aufwirft [8], gehört seit einigen Jahren zu den intensiv beforschten medizinischen Themen, wie sich an einer stetig wachsenden Anzahl von Publikationen zeigt. Von den zahlreichen Facetten, die Gegenstand der aktuellen Forschung sind, können hier nur einzelne angesprochen werden. Untersuchungen zur Epidemiologie des Delirs haben gezeigt, dass trotz zweifelsfrei steigendem Bekanntheitsgrad des Krankheitsbilds der Anteil der Patienten, bei denen es unerkannt bleibt, nach wie vor hoch ist und geschätzt bei etwa 40 % liegt [9].

Es liegen gut fundierte Erkenntnisse vor, wonach bei einem wesentlichen Anteil der Patienten ungünstige Verläufe zu beobachten sind. Dies betrifft

- den substanzialen Anteil von Patienten, die nach einem Delir bezüglich ihrer kognitiven Kompetenz nicht mehr die Ausgangslage erreichen,

Tabelle 1

Somatische Grunderkrankungen deliranter Patienten (n = 346) [14]

Diagnose	n
Bronchopneumonie, oft schon chronifiziert	121
Diabetes mellitus Typ 2	88
Herzinsuffizienz ab Stadium III – IV	86
Harnwegsinfekte	76
Medikamente	71
COPD mit respiratorischer Insuffizienz	52
Exsikkose	47
Herzrhythmusstörungen	36
Hirnfarkt (kleineres Areal, meist subkortikal)	34
Sonstige Erkrankungen	176
Ursache unklar	61
Summe	848

Tabelle 2

Somatische Interventionen bei 50 Demenzkranken [26]

Intervention	n
Antibiotische Behandlung	23
Kardiovaskuläre Behandlung (ACE-Hemmer, Diuretika ...)	19
Substitution von Eisen/Vitamin B12/Folsäure	6
Chirurgische Behandlungsmaßnahmen	5
Insulinbehandlung: Einleitung/Modifikation	4
Einstellung Parkinson-Syndrom	2
PEG-Anlage	2
Infusionstherapie bei prärenal Niereninsuffizienz	1
Verlegung Innere Medizin wegen Lungenembolie	1
Verlegung Innere Medizin wegen Pneumonie mit Ateminsuffizienz	1
Sonstige	18
Summe	82

- die signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Patienten in der Post-Delirphase in Pflegeheimen aufgenommen werden und ein
- eindeutig erhöhtes Mortalitätsrisiko bei den Betroffenen [10]. Da beim Delir, wie bei anderen Krankheitsbildern auch davon auszugehen ist, dass eine frühe und gezielte Intervention bessere Ergebnisse erzielt, wurde aus den oben referierten Erkenntnissen gefolgert, dass verstärkte Anstrengungen unternommen werden müssen, um die Rate früh erkannter Delirien zu erhöhen, und zwar vor allem durch Anwendung geeigneter Screeningverfahren. Wenn etwa durch die Anwendung der zunehmend verbreiteten „Confusion-Assessment-Method“ die Frühdiagnose verbessert werden kann [9], resultiert daraus, dass bei den als delirant erkannten Patienten neben der syndromal ori-

entierten psychiatrischen Diagnostik und Therapie frühzeitig intensiv nach den ursächlichen oder auslösenden körperlichen Ursachen gefahndet werden kann und damit die Aussicht besteht, diese mit besseren Erfolgsaussichten zu behandeln. Dazu sei ergänzt, dass sich die aktuellen Delirleitlinien darin einig sind, dass der erste und zentrale Schritt bei der Versorgung deliranter Patienten nach erfolgter Diagnostik immer in der möglichst zielgerichteten Behandlung ätiologischer Faktoren liegt. Dem gegenüber kommt der psychopharmakologischen Therapie eine nachrangige Bedeutung zu, soweit es sich nicht um substanzbedingte Delirien handelt [11, 12].

Eigene Daten von über 300 Patienten, die wegen eines Delirs stationär gerontopsychiatrisch behandelt wurden (mehrheitlich bei vorbekannter Demenz) zeigen auf, dass der Anteil klinisch relevanter und häufig nicht diagnostizierter körperlicher Leiden hoch ist. Dies konnte auch anhand von Routinelaboraten nachvollzogen werden [13]. So waren unter den Patienten bei mehr als einem Viertel erniedrigte Hämoglobinwerte nachzuweisen (25,9%), bei gut einem Drittel bestand eine klinisch relevante Nierenfunktionsstörung (35,6%), bei der Hälfte war das Gesamteiweiß als Indikator für eine Malnutrition erniedrigt (50,5%), bei mehr als jedem Zehnten bestand eine deutliche Erniedrigung (< 55,0 g/l; 11,0%). Das CRP als wichtiger Entzündungsparameter war bei fast der Hälfte der Patienten mindestens einmal im stationären Verlauf mit > 30 mg/l signifikant erhöht (47,9%). Ebenso bestanden häufig deutliche Normabweichungen bei den Serumelektrolyten (Natrium 8,5 %, Kalium 8,2 %). Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit einer Untersuchung, in der über somatische Grund- und Begleiterkrankungen bei deliranten Patienten in einer gerontopsychiatrischen Abteilung mit regionalem Versorgungsauftrag berichtet wurde [14]. In diesem Kollektiv wurden im Durchschnitt zwei bis drei klinisch relevante Diagnosen pro Patient festgestellt, wobei es sich um ein breites Spektrum internistischer Krankheitsbilder handelte (**Tabelle 1**). Diese Daten veranschaulichen, dass delirante Patienten aufgrund komplexer Komorbiditäten in der Regel einer interdisziplinären Versorgung bedürfen. Dabei ist eine fundierte psychopathologische Diagnostik mit der daraus abgeleiteten syndromal orientierten Therapie ebenso essenziell wie ein internistisch-geriatrisches Assessment, das die Grundlage für die Behandlung der aktuell relevanten somatischen Krankheitsbilder darstellt.

Demenz

Demenzkrankungen werden überwiegend durch neurodegenerative und zerebrovaskuläre Prozesse verursacht. Verglichen damit sind anderweitige, vor allem extrazerebrale Grunderkrankungen selten. Sie sind dennoch von erheblicher klinischer Bedeutung, da es sich um potenziell behandelbare Krankheitsbilder handelt, also Störungsbilder, die bei rechtzeitig einsetzender und zielgerichteter ursächlicher Therapie eine Rückbildung des Demenzsyndroms erwarten lassen. Die S3-Leitlinie Demenz nennt in diesem Zusammenhang unter anderem Funktionsstörungen von Schilddrüse und Nebenschilddrüse, Vitaminmangelzustände und chronische Infektionserkrankungen (M. Whipple, Neurosyphilis, Neuroborreliose, HIV-Enzephalitis) als differenzialdiagnostisch zu beachtende Krankheitsbilder [15].

Internistische Erkrankungen können, auch ohne Ursache eines Demenzsyndroms im engeren Sinn zu sein, eine wesentliche Rolle im Sinne eines Risikofaktors spielen. Entsprechende Erkenntnisse liegen beispielsweise für Bluthochdruck und Diabetes mellitus vor. Ergebnisse epidemiologischer Verlaufsstudien zeigen auf, dass Personen mit Bluthochdruck ein signifikant erhöhtes Demenzrisiko haben, das mutmaßlich durch assoziierte vaskuläre Schädigungsmechanismen bedingt ist [16]. Es liegen auch Studien vor, wonach durch blutdrucksenkende Behandlung eine Risikoreduktion erzielt werden kann [16]. Allerdings ist diese Aussage (folgt man den kürzlich publizierten europäischen Hypertonieleitlinien) noch nicht hinreichend evidenzbasiert [17].

Auch bei Typ-2-Diabetes besteht ein deutlich erhöhtes Demenzrisiko [18]. Neben vaskulären Prozessen, die bei Diabetes mellitus bekanntlich zu den häufigsten Sekundärschäden gehören und auch bei der Alzheimer-Demenz den Krankheitsverlauf beeinflussen können, scheinen sich mit der diabetischen Stoffwechsellaage assoziierte metabolische Faktoren auch unmittelbar auf neurodegenerative Prozesse auszuwirken [19]. So existieren Hinweise darauf, dass die Acetylcholinwirkung im ZNS durch Veränderungen des Blutzuckers oder durch eine Insulinresistenz beeinflusst wird, ebenso der Prozess der Amyloidablagerung im Gehirn [20]. Neuerdings wird die Frage aufgeworfen, ob Demenzen bei Typ-2-Diabetikern durch einen neurodegenerativen Prozess, der sich von dem der Alzheimer-Demenz unterscheidet, verursacht sein könnten [21]. Ähnlich wie bei der Hypertonie kann bisher keine eindeutige Aussage dazu, ob durch eine effektive antidiabetische Behandlung eine Senkung des Demenzrisikos erzielt werden kann, getroffen werden [21]. Ausgehend von Evidenzen, die auf eine pathophysiologische Bedeutung einer neuronalen Insulinresistenz für die Entstehung degenerativer Demenzen vorliegen, könnte die intranasale Insulinapplikation in Zukunft einen neuartigen therapeutischen Ansatz darstellen [21].

Trotz der angesprochenen offenen Fragen erscheint es aus klinischer Perspektive angemessen, Patienten darauf hinzuweisen, dass Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes hinsichtlich der Senkung des Demenzrisikos grundsätzlich empfohlen werden können. Dies gilt in jedem Fall für die beiden Volkskrankheiten begünstigenden Lebensstilmerkmale, also insbesondere körperliche Inaktivität sowie Über- und Fehlernährung [16, 17].

Bei manifester Demenzerkrankung sind zahlreiche Wechselwirkungen mit somatischen Erkrankungen zu berücksichtigen. Wie bereits ausgeführt, spielen diese häufig eine wesentliche Rolle bei der Manifestation deliranter Zustände. Da eine zerebrale Vorschädigung, wie sie mehr oder minder ausgeprägt bei Demenzerkrankungen besteht, die Delirschwelle senkt, können vielfältige somatische Erkrankungen, wie zum Beispiel Infektionen im bronchopulmonalen oder urologischen Bereich oder Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts (vor allem Exsikkose, Hyponatriämie), auslösend wirken, auch wenn sie in nicht sehr ausgeprägter Form auftreten [5].

Weiterhin sind komorbide somatische Störungen bei psychischen und Verhaltensstörungen Demenzkranker unbedingt zu beachten. Unruhezustände, aggressives Verhalten, Schlafstö-

rungen etc. können durch eine Vielzahl somatischer Faktoren ausgelöst oder verstärkt werden. Neben den bereits genannten Infektionen und Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts sind hier vor allem Schmerzen und Störungen der Ausscheidungsfunktionen (Harnverhalt, Koprostase) bedeutsam. Bezüglich schmerzbedingter Beeinträchtigungen der Patienten ist es wichtig zu beachten, dass mit zunehmendem Schweregrad der Demenz die Wahrscheinlichkeit zielführender verbaler Angaben seitens der Patienten abnimmt. Dem trägt Rechnung, dass in den letzten Jahren diverse Verfahren zur Schmerzbeurteilung entwickelt wurden, die teilweise bereits in das pflegerische Assessment von Demenzkranken Eingang gefunden haben, so etwa die BESD-Skala (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz [22]). Nicht zuletzt sind auch kardiopulmonale Erkrankungen, wie Herzinsuffizienz oder schlafbezogene Atemregulationsstörungen zu bedenken.

Die Bedeutung begleitender körperlicher Störungen bildet sich auch in den Empfehlungen zur Behandlung psychischer und Verhaltensstörungen bei Demenzkranken ab. Algorithmen, die sich auf die Anwendung von Medikamenten zur Behandlung der psychischen und Verhaltensstörungen beziehen, schließen eine Beurteilung der körperlichen Situation mit den gegebenenfalls daraus resultierenden Interventionen als unverzichtbares Element ein [23, 24]. Im Wesentlichen besagen diese Empfehlungen, dass bei den betroffenen Patienten zunächst die Möglichkeit ursächlicher körperlicher Ursachen diagnostisch und therapeutisch bedacht werden muss, bevor die Anwendung von Psychopharmaka erwogen wird. Bei vermuteten Schmerzzuständen kann dies bedeuten, dass bei unklarem klinischen Bild eine probatorische Schmerzbehandlung eine therapeutische Option darstellt. So konnte zum Beispiel in einer in Norwegen durchgeführten kontrollierten Studie gezeigt werden, dass auf diese Art und Weise die Rate der Anwendung von Antipsychotika gesenkt werden kann [25].

Die Bedeutung somatischer Behandlungsmaßnahmen bei stationär gerontopsychiatrisch behandelten Demenzkranken geht aus einer eigenen retrospektiven Untersuchung hervor [26]. In dieser wurde gezeigt, dass bei 50 konsekutiv behandelten Patienten während des stationären Aufenthalts im Mittel pro Patient 1,6 Interventionen auf allgemeinmedizinisch-internistischem Gebiet erforderlich waren. In **Tabelle 2** sind die häufigsten und wichtigsten durchgeführten Interventionen aufgelistet.

Von hoher praktischer Relevanz sind die Auswirkungen kognitiver und nicht kognitiver Störungen bei Demenz auf die Behandlung somatischer Begleiterkrankungen. Dies sei am Beispiel des Diabetes mellitus erläutert. Bei Demenzkranken, die Antidiabetika mit potenziell Hypoglykämie erzeugender Wirkung erhalten, muss besonders sorgfältig auf die Vermeidung dieser unerwünschten Wirkung geachtet werden. Vor allem bei fortgeschrittener Demenz ist ein erhöhtes Hypoglykämierisiko zu bedenken, welches wesentlich durch Unwägbarkeiten bei der Nahrungsaufnahme bedingt ist. Da insbesondere protrahierte Hypoglykämien mit dem Risiko zusätzlicher kognitiver Leistungseinbußen verbunden sind, gehen die geltenden Behandlungsempfehlungen in die Richtung, bei Demenzkranken eine zu „scharfe“ Blutzuckereinstellung zu vermeiden. Bezogen auf den HbA_{1c}-Wert kann dies bedeuten, dass

Tabelle 3

Somatische Diagnostik in der Gerontopsychiatrie**Ausgangslage**

- Hohe Morbidität, häufig unentdeckte Erkrankungen
- Symptome oft wenig prägnant (Schmerzen, Durst ...)
- Symptome unspezifisch (Gewichtsverlust, Schlafstörungen ...)
- Atypisches Bild vieler Erkrankungen
- Eingeschränkte Untersuchbarkeit vieler Patienten (kognitive Dysfunktion, depressive Hemmung, Wahn, Immobilität, Hypakusis ...)

Diagnostische Fallgruben

- „Stumme/leise“ Symptompräsentation: generell im Alter häufig, bei gerontopsychiatrischen Patienten vermutlich besonders häufig
- „Lärmende“ Symptompräsentation: zum Teil dramatisch vorgebrachte, potenziell irreführende somatische Symptome, zum Beispiel Schmerzen, Stenokardien, Atemnot (bei vordergründiger psychischer Störung)
- Vorschnelle „Psychiatisierung“
- Übersehen iatrogenen Schäden, zum Beispiel bei Polypharmazie

Werte in der Größenordnung von 7,0–8,0 % als akzeptabel betrachtet werden. Unter solchen metabolischen Bedingungen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit die akuten Auswirkungen einer Hyperglykämie ebenso wie Hypoglykämien vermieden [18, 27].

Generell gilt es bezüglich der Wechselwirkungen von Demenzen und somatischen Begleiterkrankungen Folgendes zu beachten (angelehnt an [28]):

- Ein guter Allgemeinzustand stärkt das Wohlbefinden der Patienten.
- Verschlechterungen der Kognition im Verlauf einer Demenzerkrankung können durch Auswirkungen von Begleiterkrankungen auf die Hirnleistung bedingt sein.
- Bei Verhaltensstörungen von Demenzkranken müssen immer auch körperliche Ursachen bedacht werden.
- Unzureichend behandelte körperliche Begleiterkrankungen bei Demenzkranken führen zu einer vermehrten Belastung der Bezugspersonen.

Depression

Depressive Störungen treten bei körperlich nicht oder wenig beeinträchtigten älteren Menschen nicht häufiger als bei Jüngeren auf. Hingegen ist das Risiko bei gebrechlichen Alterspatienten erhöht [29]: während nach einer aktuellen Metaanalyse die Punktprävalenz behandlungsbedürftiger depressiver Syndrome insgesamt bei über 75-Jährigen bei etwa 7 % liegt [30], ist bei alten Menschen mit ausgeprägter somatischer Komorbidität und entsprechenden Behinderungen von Prävalenzen in einer Größenordnung von 15–25 % auszugehen [31]. Wechselbeziehungen zwischen Depressionen und komorbiden somatischen Erkrankungen können eine neurobiologische Grundlage haben, so etwa bei vaskulären Hirnprozessen [32]. Ebenso sind die Konsequenzen zu bedenken, die aus den mit den Begleiterkrankungen verbundenen Einschränkungen auf Lebensgewohnheiten, die für den Erhalt des psychischen Gleichgewichts wichtig sind, resultieren (z. B. soziale und Freizeitaktivitäten betreffend).

Bei der Therapieplanung sind immer vielfältige, individuell sehr unterschiedliche Interaktionen allgemeinmedizinischer und biologischer Faktoren mit psychosozialen Belastungsmomenten zu berücksichtigen. George Alexopoulos, ein weltweit anerkannter Experte auf dem Gebiet der Alterdepression, hat depressive Syndrome bei alten Menschen sehr treffend wie folgt charakterisiert [33]: „Late life depressive disorders often arise in the context of psychosocial adversity, chronic medical diseases, and disability, and besides suffering and family disruption worsen medical outcomes.“ Wie dieses Zitat deutlich macht, muss von einer wechselseitigen Risikokonstellation dergestalt ausgegangen werden, dass depressive Störungen bei älteren Menschen nachteilige Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben ebenso wie dies umgekehrt der Fall ist. Insofern stellt das Zusammentreffen von gravierenden körperlichen Beeinträchtigungen und depressiven Syndromen eine Herausforderung sowohl für die somatische als auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar.

Bezüglich der Pharmakotherapie gelten grundsätzlich die gleichen Empfehlungen wie für andere Patientengruppen. Die am häufigsten und bei der Mehrzahl der Patienten mit guter Verträglichkeit eingesetzten angewandten Pharmaka sind Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Mirtazapin. Evidenzbasierte Daten liegen unter anderem für die Behandlung von Patienten koronarer Herzkrankheit vor, zum Beispiel mit Sertralin oder Mirtazapin [34]. Bei Patienten mit Untergewicht oder Appetitstörungen ist es gängige Praxis, Mirtazapin gegenüber den SSRI den Vorzug zu geben.

Zu beachten sind speziell bei den SSRI pharmakodynamische Interaktionen, die sich aus der dieser Substanzklasse eigenen Beeinflussung der Thrombozytenfunktion ergeben. Diese ist vermutlich der Grund für ein leicht erhöhtes gastrointestinales Blutungsrisiko unter Einnahme von SSRI. Während die, absolut gesehen, geringe Erhöhung der Blutungswahrscheinlichkeit in unkomplizierten Fällen nicht klinisch relevant erscheint, muss dieser Aspekt bei Risikopatienten (z. B. mit gastrointestinalen Blutungen in der Anamnese, Leberzirrhose) sorgfältig beachtet werden. Dies gilt ebenso für Patienten, die Medikamente einnehmen, deren Anwendung bekanntermaßen mit erhöhten Blutungsrisiken verbunden ist, wie Antikoagulanzen, Thrombozytenaggregationshemmer und nicht-steroidale Antirheumatika [35, 36, 37]. Werden entsprechende Kombinationen als notwendig angesehen, ist die gleichzeitige Verordnung eines Protonenpumpenhemmers zu erwägen. Alternativ kommt in solchen Fällen die Verordnung eines Antidepressivums mit weitgehend fehlender Affinität zum Serotonintransporter, wie Mirtazapin, in Betracht [24].

Ferner sind mögliche Wirkungen serotonerger Pharmaka auf die Plasmaosmolalität im Sinne einer Hyponatriämie zu beachten (Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion – SIADH). Wenn die Patienten zusätzlich Diuretika (vor allem Thiazide) einnehmen, ist von einem signifikant erhöhten Risiko für Hyponatriämien auszugehen [24].

Nicht zuletzt sei darauf hingewiesen, dass multimorbide Alterspatienten sehr häufig einem erhöhten Sturzrisiko unterliegen. Bei Anwendung psychotroper Substanzen, und damit auch bei Antidepressiva, ist generell eine Zunahme der Sturz-

gefährdung zu unterstellen, und zwar vor allem wenn dies im Rahmen einer Polypharmazie geschieht [38].

Es liegen in begrenztem Maße Studien zur Psychotherapie depressiv erkrankter Alterspatienten mit signifikanter somatischer Komorbidität vor. Untersucht wurde insbesondere die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie [29, 31]. Die Behandlungsergebnisse scheinen bei der genannten Patientengruppe nicht schlechter auszufallen als bei gleichaltrigen, körperlich Gesünderen. In der Praxis kommen jedoch leider nur sehr wenige ältere und speziell multimorbide Patienten in den Genuss einer psychotherapeutischen Behandlung [39]. Es ist zu hoffen, dass zukünftig die hier bestehenden Barrieren zumindest reduziert werden können.

Diagnostische und therapeutische Aspekte

In der Praxis bleiben psychische wie körperliche Erkrankungen bei alten Menschen häufig unentdeckt. Exemplarisch genannt seien hypoaktive Delirien oder bestimmte körperliche Erkrankungen, die mit einer unspezifischen Verschlechterung des Allgemeinzustands assoziiert sein können (Infektionen, Malignome, Hyperthyreose etc.). Deshalb gilt es, ein hohes Maß an diagnostischer Aufmerksamkeit an den Tag zu legen und die bei multimorbiden Alterspatienten relevanten differenzialdiagnostischen Fallgruben sorgfältig zu beachten (**Tabelle 3**).

Auch im Zeitalter hochtechnisierter Medizin stellen Anamnese und Befund sowie die Beobachtung des Krankheitsverlaufes die Basis jeglicher Diagnostik dar. Dies gestaltet sich in der Praxis aber häufig zeitaufwändig, woraus – unter heutigen Versorgungsbedingungen – eine wesentliche Einschränkung resultiert. Apparative Untersuchungen, wie zum Beispiel Ultraschall Diagnostik, sollten Alterspatienten bei definierter Indikation nicht vorenthalten werden. Damit ist das nicht einfach zu lösende Problem der Verfügbarkeit dieser Verfahren angesprochen, das sich insbesondere bei immobilen Patienten und Heimbewohnern ergibt. Klinisch-chemische und hämatologische Labordiagnostik ist hingegen auch für diese Gruppe von Patienten meist verfügbar. Dies ist angesichts der zitierten hohen Rate klinisch relevanter pathologischer Laborbefunde von substanzieller Bedeutung.

Therapeutisch besteht bei gerontopsychiatrischen Patienten mit relevanter somatischer Komorbidität regelhaft eine Herausforderung darin, in einem Gesamtbehandlungskonzept psychiatrische Therapiemaßnahmen mit den auf somatischem Gebiet erforderlichen Interventionen abzustimmen.

Bei der Pharmakotherapie ergibt sich immer wieder die Frage, welche Prioritäten zu setzen sind. Erläutert sei dies am Beispiel der überaus häufigen Komorbidität einer koronaren Herzkrankheit mit Zustand nach Infarkt, einer Herzinsuffizienz sowie Vorhofflimmern mit einer rezidivierenden Depression. In einem solchen Fall lässt sich aus den geltenden Behandlungsleitlinien die Notwendigkeit der Behandlung mit einer größeren Zahl an Medikamenten ableiten: ein Antidepressivum, unter Umständen ergänzt durch ein Phasenprophylaktikum, und dies in Kombination mit einem oralen Antikoagulans oder ein bis zwei Thrombozytenaggregationshemmern, einem Betablocker sowie ACE-Hemmer, Diuretikum und Statin. Wenn dann noch andere Komorbiditäten hinzu kommen, wie zum Beispiel

ein Diabetes mellitus, eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung und eine Osteoporose, zeigt sich das Dilemma einer aus den verschiedenen Leitlinien abgeleiteten Polypharmazie noch deutlicher [40]. Leider gibt es keine einfachen Lösungen für solche Probleme. In jedem Fall muss aber das Prinzip des *primum nil nocere* (zuerst einmal nicht schaden) angesichts der substanziellen Risiken beachtet werden, die mit einer Polypharmazie verbunden sind. Es kann auch gefragt werden, in welchem Umfang vorhandene Leitlinien Gültigkeit für die Behandlung multimorbider Alterspatienten beanspruchen können. Wehling stellt dazu aus Sicht der klinischen Pharmakologie fest, dass dies bei den meisten Leitlinien nicht ohne Weiteres unterstellt werden darf, da sie mit dem Fokus auf einer Erkrankung erstellt wurden, und damit der Aspekt der Multimorbidität im Alter nicht hinreichend berücksichtigt wurde [41].

Fazit für die Praxis

In der vorliegenden Übersicht wurden ausgewählte Probleme zusammengefasst, die sich bei den häufigsten gerontopsychiatrischen Syndromen im Kontext somatischer Komorbiditäten ergeben. Deutlich wurde, dass aus dem Vorliegen von Ko- und Multimorbidität bei Alterspatienten sehr häufig hochkomplexe klinische Fragen resultieren. Angesichts der wachsenden Zahl betroffener Patienten sind Lösungsansätze gefragt, die dieser Komplexität gerecht werden. In deren Mittelpunkt könnte die (Weiter-) Entwicklung interdisziplinärer Versorgungsmodelle stehen, und zwar sowohl ambulant – zum Beispiel eine verstärkte Kooperation von Haus- und Nervenärzten beinhaltend – als auch stationär und ebenso an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor. Die Realisierung solcher innovativer Versorgungsmodelle wird nicht zuletzt davon abhängen, ob die erforderlichen Ressourcen für die Gruppe der in hohem Maße körperlich und psychisch beeinträchtigten Alterspatienten zur Verfügung stehen werden. □

LITERATUR

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Prof. (apl.) Dr. med. W. Hewer

Zentrum für Gerontopsychiatrie

Vinzenz von Paul Hospital

78628 Rottweil

E-Mail: walter.hewer@christophsbad.de

Interessenkonflikt

Die Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrags von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ 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 NT1403Ar

gültig bis 28.03.2014

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/s15016-014-0002-4

Somatische Komorbidität psychischer Alterserkrankungen

Welches sind *keine* typischen Ursachen oder Auslöser des Delirs im Alter?

- ☐ Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts, wie zum Beispiel Hyponatriämie oder Exsikkose.
- ☐ Bestimmte Pharmaka, wie zum Beispiel viele Neuropsychopharmaka, Digitalis, Theophyllin.
- ☐ Infektionen und damit verbundene Veränderungen der Zytokinaktivität.
- ☐ Frühe Stadien einer amyotrophen Lateralsklerose.
- ☐ Ausgeprägte Veränderungen des Blutzuckers (Hypo-, Hyperglykämie)

Welche Aussage zur Epidemiologie des Delirs im Alter ist richtig?

- ☐ In Pflegeheimen liegt die Prävalenz des Delirs unter 1 %.
- ☐ Bei einer Alzheimer-Demenz besteht kein erhöhtes Delirrisiko.
- ☐ In Akutkliniken mit hohem Anteil von Alterspatienten ist von Prävalenzen im zweistelligen Prozentbereich auszugehen.
- ☐ Delirien stehen nicht in einem Zusammenhang mit dem Mortalitätsrisiko der Betroffenen.
- ☐ Die Dunkelziffer nicht diagnostizierter Delirien liegt unter 5 %.

Ein 74-jähriger im Alltag bisher unbeeinträchtigt Mann mit leerer psychiatrischer Anamnese entwickelt an einem Samstag innerhalb einer Stunde ein Delir mit Bewusstseinsstrübung, Desorientierung, Wechsel zwischen Unruhe und

Apathie. Welche Aussage bezüglich weiterer Maßnahmen trifft zu?

- ☐ Die intermittierenden Unruhezustände sollten mit Haloperidol oder Melperon behandelt werden.
- ☐ Der Patient kann unter ambulanten Bedingungen beobachtet werden. Bei ausbleibender Besserung sollte der Hausarzt am Montag weitere Maßnahmen veranlassen.
- ☐ Der Patient muss zeitnah beziehungsweise notfallmäßig zur Abklärung in eine entsprechend ausgerüstete Klinik eingewiesen werden (u. a. mit der Möglichkeit, eine zerebrale Bildgebung durchzuführen).
- ☐ Eine Blutzuckerbestimmung wäre im Falle einer Insulinbehandlung indiziert.
- ☐ Eine zerebrale Bildgebung käme bei Vorliegen frischer fokal-neurologischer Symptome in Betracht.

Welche Aussage zu den komorbiden somatischen Erkrankungen bei Demenz ist *nicht* richtig?

- ☐ Bluthochdruck gilt als Risikofaktor für Demenzerkrankungen, der Diabetes mellitus hingegen nicht.
- ☐ Speziell in fortgeschrittenen Stadien von Demenzerkrankungen können vielfältige somatische Erkrankungen ein Delir auslösen.
- ☐ Selten können internistische Erkrankungen, wie etwa endokrine Störungen Ursache eines Demenzsyndroms sein.
- ☐ Interventionen, die sich auf Lebensstil bezogene Risikofaktoren, wie Über- und

Fehlernährung oder Bewegungsmangel, beziehen, sind möglicherweise auch für die Demenzprävention von Interesse.

- ☐ Vaskuläre Mechanismen spielen vermutlich eine entscheidende Rolle für eine Erhöhung des Demenzrisikos bei Bluthochdruck.

Ein 80-jähriger Patient mit einer mittlerweile fortgeschrittenen Demenz vom Mischtyp (Alzheimer und vaskulär) lebt in einem Pflegeheim und wird wegen seines seit vielen Jahren bestehenden Diabetes mellitus mit einem oralen Antidiabetikum in Kombination mit einem morgens und abends verabreichten Mischinsulin behandelt. Die Blutzuckerwerte der letzten vier Wochen bewegten sich in einem Bereich zwischen 60 und 160 mg %, das HbA_{1c} liegt bei 6,4 %. Vom Pflegedienst werden häufiger auftretende Unruhezustände, vor allem nachmittags aber auch nachts beschrieben. Welche Aussage zu den in dieser Situation relevanten Überlegungen und Maßnahmen ist *falsch*?

- ☐ Den Unruhezuständen könnten Hypoglykämien zugrunde liegen.
- ☐ Der Pflegedienst muss befragt werden, ob der Patient seine Mahlzeiten regelmäßig zu sich nimmt.
- ☐ Da Diabetes mellitus vermutlich das Demenzrisiko erhöht, ist eine gute Stoffwechseleinstellung, wie in diesem Fall, zu begrüßen, da sie einen Beitrag hinsichtlich der Verlangsamung der Demenzprogression leisten kann.
- ☐ In der beschriebenen Situation sollten die Blutzuckerwerte intensiviert gemessen

sen werden, bevor erwogen wird, die Unruhezustände psychopharmakologisch zu behandeln.

- ☐ Bei diesem Patienten ist vermutlich eine Reduktion der antidiabetischen Behandlung indiziert, da von einem substanzialen Hypoglykämierisiko auszugehen ist.

Welche Aussage zu psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankten ist **nicht** richtig?

- ☐ Vom Patienten nicht geäußerte Störungen der Ausscheidungsfunktionen (Harnverhalt, Koprostase) sind zu beachten.
- ☐ Fluktuationen der Kognition im Verlauf einer Demenzerkrankung können durch Auswirkungen von Begleiterkrankungen auf die Hirnleistung bedingt sein.
- ☐ Schmerzskaleten können eine Hilfe bei der Identifizierung schmerzbedingter Verhaltensprobleme darstellen.
- ☐ In manchen Fällen kann eine probatorische Schmerzbehandlung versucht werden.
- ☐ Den Verhaltensproblemen zugrunde liegende körperliche Ursachen sind dann in Betracht zu ziehen, wenn die primär eingeleitete Therapie mit Psychopharmaka nicht zum Erfolg führte.

Welche Aussage zu Wechselwirkungen von Depressionen im Alter und komorbiden somatischen Erkrankungen ist **richtig**?

- ☐ Unabhängig vom körperlichen Gesundheitszustand steigt die Prävalenz der Depression – ähnlich wie bei den Demenzen – mit dem Lebensalter.
- ☐ Komorbide somatische Leiden und neurobiologische Faktoren (Hirnalte- rung) sind bei Altersdepressionen ätiologisch wesentlich bedeutsamer als psychosoziale Faktoren.
- ☐ Evidenzbasierte Aussagen zur Pharmakotherapie können bei den betroffenen Patienten nicht getroffen werden.
- ☐ Die Wechselbeziehungen zwischen Depressionen und somatischer Komorbidität sind komplex: Depressionen können sich in verschiedenster Weise negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken, ebenso sind vielfältige negative Einflüsse komorbider körperlicher Lei-

den auf Entstehung und Verlauf von Depressionen möglich.

- ☐ Psychotherapeutische Interventionen kommen bei der betroffenen Patienten- gruppe mangels Wirksamkeit nicht in Betracht.

Welche der folgenden Aussagen zur Therapie mit Antidepressiva bei Alterspatienten mit Depressionen und komorbiden somatischen Erkrankungen ist **falsch**?

- ☐ Serotonerge Antidepressiva verursachen selten ein Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH), das zu einer Hyponatriämie führt.
- ☐ Ein erhöhtes Sturzrisiko muss auch bei Antidepressiva bedacht werden.
- ☐ Ein erhöhtes gastrointestinales Blutungsrisiko unter selektiven Serotonin- Wiederaufnahmehemmern (SSRI) ist vor allem dann zu beachten, wenn bestimmte Pharmaka gleichzeitig verordnet werden (z. B. Antikoagulanzen, nicht-steroidale Antirheumatika).
- ☐ Auswirkungen auf die Thrombozytenfunktion im Sinne erhöhter Blutungsrisiken müssen bei allen Antidepressiva gleichermaßen bedacht werden.
- ☐ Eine Gewichtszunahme unter Mirtazapin kann einen erwünschten Begleiteffekt der antidepressiven Therapie bei untergewichtigen Patienten darstellen.

Welche der folgenden Aussagen zur Diagnostik und Therapie bei psychisch erkrankten Alterspatienten mit relevanter somatischer Komorbidität ist **nicht** richtig?

- ☐ Die speziell bei multimorbiden Patienten auftretenden klinischen Fragen können auf der Basis vorhandener Leitlinien in der Regel eindeutig beantwortet werden.
- ☐ Die aus den komplexen Problemen bei somatisch-psychiatrischer Komorbidität speziell bei multimorbiden Alterspatienten resultierenden Herausforderungen stellen ein Argument dar für die (Weiter-) Entwicklung interdisziplinärer und sektorübergreifender Versorgungsmodelle.
- ☐ Auch im Zeitalter hochtechnisierter Medizin dürfen Anamnese und klinische Befunderhebung nicht vernachlässigt werden.

- ☐ Bei Vorliegen mehrerer Erkrankungen müssen relevante Empfehlungen zur Pharmakotherapie, entsprechend den jeweiligen Leitlinien, im Einzelfall abgewogen werden, um eine potenziell gefährliche Polypharmazie zu vermeiden.
- ☐ Psychische und körperliche Erkrankungen verlaufen häufig atypisch und oligosymptomatisch und werden deshalb leicht übersehen.

Welche Aussage zur Komorbidität somatischer und psychiatrischer Erkrankungen im Alter ist **nicht** richtig?

- ☐ Das Spektrum möglicher Zusammenhänge reicht von einem zufälligen Zusammentreffen (Koinzidenz) bis hin zur Kausalität, das heißt die eine Erkrankung stellt die eindeutige Ursache einer anderen dar.
- ☐ Somatische Begleiterkrankungen spielen vor allem bei Patienten mit organischen psychischen Störungen eine Rolle (Demenz, Delir etc.).
- ☐ Epidemiologische Daten sprechen dafür, dass körperliche und seelische Gesundheit in einem wechselseitigen Bedingungsverhältnis stehen.
- ☐ Ungünstige soziale Verhältnisse stellen einen relevanten Risikofaktor hinsichtlich körperlicher und psychischer Erkrankungen dar.
- ☐ Diabetes mellitus und Depression sind gehäuft gemeinsam auftretende Krankheitsbilder.

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

Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit (Richtig- oder Falschaussage) zutreffend. Sowohl die Fragen als auch die zugehörigen Antwortoptionen werden im Online-Fragebogen in zufälliger Reihenfolge ausgespielt, weshalb die Nummerierung von Fragen und Antworten im gedruckten Fragebogen unterbleibt. Prüfen Sie beim Übertragen der Lösungen aus dem Heft daher bitte die richtige Zuordnung.

Literatur

1. Baumeister H, Kury S, Bengel J Somatopsychische Komorbidität. Bundesgesundheitsblatt 2011; 54: 9–14
2. Thiem U, Theile G, Junius-Walker U et al Prerequisites for a new health care model for elderly people with multimorbidity. Z Gerontol Geriat 2011; 44: 115–120
3. Zubenko GS, Marino LJ, Sweet RA Medical comorbidity in elderly psychiatric inpatients. Biol Psychiatry 1997; 41: 724–736
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37–43
5. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS Delirium in elderly people. Lancet doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1. Published Online August 27, 2013
6. McCusker J, Cole MG, Voyer P et al Prevalence and incidence of delirium in long-term care. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26: 1152–1161
7. Wehling M Medikation im Alter: Kognitionseinschränkende Pharmaka. Internist 2012; 53:1240–1247
8. Hewer W Versorgung des akut verwirrten alten Menschen – eine interdisziplinäre Aufgabe. Dtsch Arztebl 2003; 100: A2008-2012
9. Thomas C, Driessen M, Arolt V Diagnostik und Behandlung akuter psychoorganischer Syndrome. Nervenarzt 2010; 81:613–630
10. Witlox J, Eurelings LSM, de Jonghe JMF Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia: A Meta-analysis. JAMA 2010; 304: 443–451
11. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence): Clinical Guideline 103 Delirium: diagnosis, prevention and management. 2010 www.nice.org.uk/guidance/CG103/PublicInfo
12. Barr J, Fraser GL, Puntillo K et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. Crit Care Med 2013; 41:263–306
13. Hewer W, Stark H-W Unveröffentlichte Daten 2009
14. Heckelmann H Demenz oder Delir? Eine häufige Differentialdiagnose. Med. Klinik 2004; 99: 77–88
15. DGPPN, DGN Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Springer Berlin Heidelberg New York 2010
16. Leithäuser B, Leithäuser, T, Zerm, A, Raji, G, Winkler. Kognition und kardiovaskuläre Erkrankungen: eine komplexe Beziehung. Aktuell Kardiologie 2013; 2: 47–51
17. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K et al 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens 2013; 31: 1281–1357
18. Kulzer B, Albus C, Herpertz S et al Psychosoziales und Diabetes (Teil 1). S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung. Diabetologie und Stoffwechsel 2013; 8: 198–242
19. Reitz C, Brayne C, Mayeux R Epidemiology of Alzheimer disease. Nat Rev Neurol 2011; 7: 137–152
20. Akter K, Lanza EA, Martin SA et al Diabetes mellitus and Alzheimer's disease: shared pathology and treatment? Br J Clin Pharmacol 2011
21. Kopf D Diabetes mellitus und Demenz: neue Daten. Dtsch Med Wochenschr 2013; 138: 2512–2514
22. Lukas A, Schuler M, Fischer TW et al Pain and dementia: a diagnostic challenge. Z Gerontol Geriat 2012; 45: 45–49
23. Sink KM, Holden KF, Yaffe K Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. JAMA. 2005; 293: 596–608
24. Benkert O, Hippus H Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 9. Aufl. Springer Heidelberg Berlin 2013
25. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R et al Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ 2011; 343: d4065. doi: 10.1136/bmj.d4065.
26. Hewer W, Stark H-W General medical interventions in patients with dementia treated in a psychogeriatric unit. Z Gerontol Geriat 2010; 43:180–182
27. Bahrmann A, Bahrmann P, Kubiak T et al. Diabetes und Demenz Z Gerontol Geriat 2012; 45: 17–22
28. Deutsche Alzheimergesellschaft Empfehlungen zum Umgang mit medizinischer Behandlung bei Demenz. 2006 <http://www.deutsche-alzheimer.de/>
29. Kopf D, Hummel J Depression beim gebrechlichen Alterspatienten: Diagnostik und Therapie. Zschr Gerontol Geriat 2013; 46: 127–133
30. Luppá M, Sikorski C, Luck T et al Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2012; 136:212–221
31. NVL Unipolare Depression S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung Version 1.3 Januar 2012 AWMF-Register-Nr.: nvl-005
32. Carota A, Bogousslavsky J Mood disorders after stroke. Front Neurol Neurosci 2012; 30: 70–74
33. Alexopoulos GS Depression in the elderly. Lancet 2005; 365: 1961–1970
34. Lange-Asschenfeldt C, Lederbogen F Antidepressive Therapie bei koronarer Herzkrankheit. Nervenarzt 2011; 82:657–666
35. Andrade C, Sandarsh S, Chethan KB, Nagesh KS Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding: a review for clinicians and a reconsideration of mechanisms. J Clin Psychiatry 2010; 71: 1565–1575
36. Strubel T, Birkhofer A, Mößner G, Förstl H Blutungsrisiko unter SSRI-Behandlung. Nervenarzt 2010; 81: 549–555
37. Wang YP, Chen YT, Tsai CF et al Short-Term Use of Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Upper Gastrointestinal Bleeding. Am J Psychiatry. 2013; doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12111467
38. Wehling M, Burkhardt H: Arzneimitteltherapie für Ältere. 3. Aufl. Springer Heidelberg Berlin 2013
39. Melchinger H Psychotherapie im Alter: Anspruch und Wirklichkeit. NeuroTransmitter 2011; 10: 16–22
40. Boyd CM, Darer J, Boult C et al Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance JAMA 2005; 294: 716–724
41. Wehling M: Guideline-driven polypharmacy in elderly, multimorbid patients is basically flawed: there are almost no guidelines for these patients. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 376–377

Chinin wird verschreibungspflichtig

Die Mitglieder des Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht (SVA) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) setzen die EU-Guideline „OTC-Switch“ zur Verkaufsabgrenzung der Apothekenpflicht des Wirkstoffes Chinin in niedriger Dosierung (Limpitar® N) nun auch in Deutschland um. In Großbritannien und Frankreich wurde bereits 2010 und 2012 die Anwendung von Chinin in niedriger Dosierung unter die Verschreibungspflicht gestellt. Sofern das Bundesministerium für Gesundheit der Empfehlung folgt, endet das Verfahren mit der Publikation einer Änderungsverordnung zur Verschreibungspflicht im Bundesgesetzblatt Ende Juni 2014. Hierbei spielt auch die Fähigkeit des Patienten zur Beurteilung und Kontrolle von Wechselwirkungen und Gegenanzeigen eines Arzneimittels eine wichtige Rolle, die nach Meinung des BfArM im Fall von Chinin nur durch die Ärzteschaft erfolgen kann. Eine veränderte Einschätzung der Sicherheit des Arzneimittels liegt aber nicht vor. Der Wirkstoff Chinin weist nach wie vor ein bekanntes stabiles Sicherheitsprofil sowie ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis auf.

Nach Informationen von Cassella-med

Neuer oraler Faktor-Xa-Inhibitor

Daiichi Sankyo hat die Marktzulassung für den oralen, einmal täglich einzunehmenden direkten Faktor-Xa-Inhibitor Edoxaban bei der europäischen Arzneimittelagentur für folgende Indikationen beantragt: zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen embolischen Ereignissen bei Patienten mit nicht-valvulär bedingtem Vorhofflimmern (VHF) sowie zur Behandlung der tiefen Venenthrombose oder Lungenembolie und Prävention rezidivierender symptomatischer venöser Thromboembolien (VTE). Der Zulassungsantrag basiert auf zwei klinischen Phase-III-Vergleichsstudien mit einem oralen Antikoagulans bei Patienten mit nicht-valvulär bedingtem VHF oder symptomatischen venösen Thromboembolien.

Nach Informationen Daiichi Sankyo

Auch forensische Patienten können von Methylphenidat profitieren

➔ Eine bis ins Erwachsenenalter persistierende ADHS beeinträchtigt die Betroffenen in sämtlichen alltagsrelevanten Bereichen. Komorbiditäten wie Schlafstörungen, affektive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen können die Diagnose einer adulten ADHS erschweren. ADHS im Erwachsenenalter erhöht auch das Risiko für die Entwicklung dissozialer Verhaltensweisen und von Kriminalität. Eine frühe und konsequente Pharmakotherapie verbessert die Symptomatik und hat einen günstigen Einfluss auf die Kriminalitätsrate. Mittlerweile gibt es auch für Erwachsene mit ADHS zugelassene Medikamente wie das Methylphenidat-Präparat Medikinet® adult, mit denen sich eine adäquate Symptomkontrolle erreichen lässt. In forensischen Populationen ist die Prävalenz der ADHS bei Männern mit rund 30 % besonders hoch. Komorbide Störungen des Sozialverhaltens und eine antisoziale Persönlichkeitsstörung werden als Risikofaktoren für das Auftreten späterer Delinquenz und anhaltendem kriminellen Verhalten angesehen, berichtete Professor Michael Rösler, Direktor des Instituts für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar.

Reaktive Gewalt kommt häufiger vor

In einer Untersuchung von 138 Straftätern hat Rösler festgestellt, dass proaktive Gewalttätigkeit bei Personen mit und ohne ADHS gleich häufig vorkommt. Demgegen-

über zeigte sich in der Population der Straftäter mit ADHS ein massiver Exzess der reaktiven gegenüber der proaktiven Gewalt [Retz W, Rösler M. Atten Defic Hyperact Disord 2010; 2: 195–202]. „ADHS ist ein Risikofaktor für reaktive Gewalttätigkeit“, so der Experte. Dass auch diese Patientenpopulation von Methylphenidat (MPH) profitieren kann, belegen die Ergebnisse einer randomisierten, placebokontrollierten Studie bei 30 Insassen mit ADHS eines schwedischen Gefängnisses. Ein früher Therapiebeginn ging mit einer signifikanten Verbesserung der Symptomatik und der globalen Funktionalität einher ($p < 0,001$ versus Placebo) [Ginsberg Y, Lindefors N. Br J Psychiatry 2012; 200: 68–73]. Die Patienten der Placebogruppe wurden nach fünf Wochen auf MPH umgestellt. Auch bei ihnen war eine bessere Symptomkontrolle erkennbar; sie erreichten aber nicht das Niveau der von Anfang an behandelten Insassen. Eine epidemiologische Untersuchung bei 25.656 Patienten mit ADHS zeigte, dass die Kriminalitätsrate in Phasen einer Pharmakotherapie bei Männern um 32 % und bei Frauen um 41 % im Vergleich zu behandlungsfreien Phasen reduziert wurde [Lichtenstein et al. N Engl J Med 2012; 367: 2006–14].

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „ADHS und psychische Begleiterkrankungen“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2013 in Berlin, 29.11.2013; Veranstalter: Medice

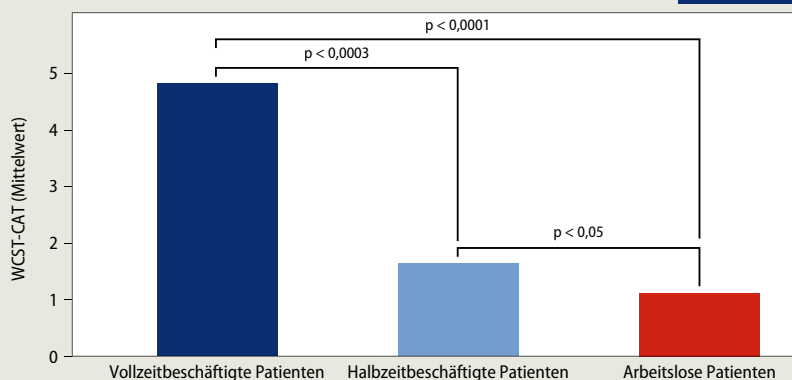
Schizophrenie: Behandlungserfolge nachhaltig sichern

➔ In der Therapie schizophrener Störungen sollten über die Kontrolle der psychotischen Symptome hinaus stets auch weitere Ziele wie eine langfristige Remission und Rehabilitation der Patienten verfolgt werden. Die Pharmakotherapie spielt in dieser Hinsicht eine wesentliche Rolle [Agid O et al. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 23: 1017–22]. „Drei Viertel der Ersterkrankten“, so Privatdozent Dr. Stephan Heres, München, „sprechen auf die Gabe von Antipsychotika an.“

Adhärenz-fördernde Behandlungsstrategien

Allerdings limitiere die oftmals fehlende Therapietreue der Betroffenen die Wirksamkeit der Antipsychotikatherapie stark. Eine partielle oder fehlende Adhärenz wirkt sich bei Patienten mit Schizophrenie negativ auf den Krankheitsverlauf und das Erreichen der Therapieziele aus. „Deshalb sollten unbedingt Adhärenz-fördernde Behandlungsstrategien zur Optimierung der Pharmakotherapie genutzt werden“, forderte Heres.

Abbildung 1



Exekutive Funktionen und Arbeitsfähigkeit bei Patienten mit Schizophrenie, gemessen anhand des Wisconsin Card Sorting Test: Categories Correct (WCST-CAT).

Wie der Psychiater weiter ausführte, können in dieser Hinsicht lang wirksame, intramuskulär applizierbare Depot-Präparate wie Paliperidonpalmitat (Xeplion®) einen wesentlichen Beitrag zur Therapieoptimierung leisten. Heres erläuterte, dass Depotpräparate in der Langzeitbehandlung der Schizophrenie die für eine wirksame Rezidivprophylaxe unverzichtbare Therapiekontinuität sichern, die Therapieadhärenz der Patienten transparent machen, den Aufbau eines regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakts fördern sowie eine gute Patientenführung und gute emotionale Bindung der Patienten ermöglichen.

Funktionelle und soziale Autonomie

Professor Georg Juckel, Bochum, betonte, dass für die Langzeitprognose der Patienten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und anderer Elemente der Teilhabe am Alltagsleben neben einer guten Kontrolle der psychopathologischen Symptome auch eine Verbesserung kognitiver Störungen und des psychosozialen Funktionsniveaus bedeutsam

sind. „Die Verbesserung kognitiver Symptome scheint im Gegensatz zur Verbesserung der Psychopathologie insbesondere für die berufliche Rehabilitation einen prädiktiven Wert zu haben“, erläuterte Juckel anhand von Studiendaten [McGurk SR, Meltzer HY Schizophr Res 2000; 45: 175–84] (Abb. 1). „Bislang wird die Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit bei der Planung der Therapieziele oder bei der Entscheidung für eine bestimmte Therapie oft nicht ausreichend berücksichtigt“, kritisierte der Psychiater. Es sei jedoch wünschenswert, die Verbesserung kognitiver und sozialer Fähigkeiten zusammen mit einer Verbesserung der Lebensqualität und der beruflichen Rehabilitation verstärkt als Erfolgskriterien für eine antipsychotische Behandlung zu etablieren, forderte Juckel.

Dr. Silke Wedekind

Diskussionsforum „Schizophrenie: Früh und nachhaltig behandeln – Therapieziele erreichen“ anlässlich des DGPPN-Kongresses 2013 in Berlin, 27. 11. 2013; Veranstalter: Janssen-Cilag

Epilepsie in der Pädiatrie – individuelles Therapiemanagement ist möglich

➔ Zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gehört eine fokale Epilepsie. Eine zentrale Rolle in der Initialtherapie nimmt die medikamentöse Behandlung ein. Bei annähernd gleicher Wirksamkeit der verfügbaren antiepileptischen Substanzen liegt der Fokus auf einer individualisierten, gut verträglichen Medikation, erklärte Professor Bern-

hard J. Steinhoff, Chefarzt am Epilepsiezentrum Kork. Eine antiepileptische Therapie beruht auf der Gabe von ein bis zwei antiepileptischen Substanzen in Mono- oder Kombinationstherapie. Die zusätzliche Verabreichung eines weiteren Antikonvulsivums bietet die Chance, bei pharmakoresistenten Patienten doch noch eine Anfallsreduktion zu erreichen.

Tranlycypromin in der Fachpraxis

Der irreversible MAO-A/B-Hemmer Tranlycypromin (Jatrosom®) wird bevorzugt bei therapieresistenter oder chronifizierter Depression verabreicht. Für den niedergelassenen Facharzt gibt es eine Reihe von Materialien, die bei der Verordnung hilfreich sind. Das Therapieschema im Postkartenformat zeigt auf einen Blick, wie die Um- und Einstellung auf Tranlycypromin problemlos gehandhabt werden kann. Die Therapiekarte listet kontraindizierte Arzneimittel auf und bietet zugleich Alternativen, damit auch die Komedikation reibungslos weiterlaufen kann. Zur Abgabe an den Patienten, um ihn bei der empfohlenen tyraminarmen Ernährung zu unterstützen, gibt es die Ernährungsrichtlinien mit erlaubten und zu meidenden Nahrungsmitteln sowie einen Zwei-Wochen-Ernährungsplan mit Rezeptvorschlägen. Infos zu allen Materialien unter: www.jatrosom.de

Nach Informationen von Aristo Pharma

11. ADHS-Förderpreis – jetzt bewerben!

Bis zum 30. April 2014 werden Bewerbungen um den vom Unternehmen Shire ausgeschriebenen 11. ADHS-Förderpreis entgegengenommen. Aufgerufen sind alle sich bereits in der Umsetzung befindlichen Projekte aus Deutschland, die zu einer Verbesserung der Versorgungslage von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen mit ADHS beitragen. Besonderes Interesse liegt auf Projekten, die ADHS mit den alltagsrelevanten Themen Frühintervention, Adhärenz, chronische Begleiterkrankungen und Sport verknüpfen. Weitere Informationen unter: www.ADHS-Foerderpreis.de. Preisträger des ADHS-Förderpreises 2013 ist das Berufsbildungswerk Waiblingen mit seinem Projekt „Anders Denken Handeln Sein“, das lernbehinderte Jugendliche mit ADHS im Rahmen der beruflichen Rehabilitation unterstützt. Jurymitglied Professor Manfred Döpfner, Köln, überreichte den mit 10.000 € dotierten Förderpreis im Rahmen der „3. Mannheimer ADHS-Tagung“ im Dezember 2013.

Nach Informationen von Shire Deutschland

Bundesweite Schizophrenie-Expertenumfrage

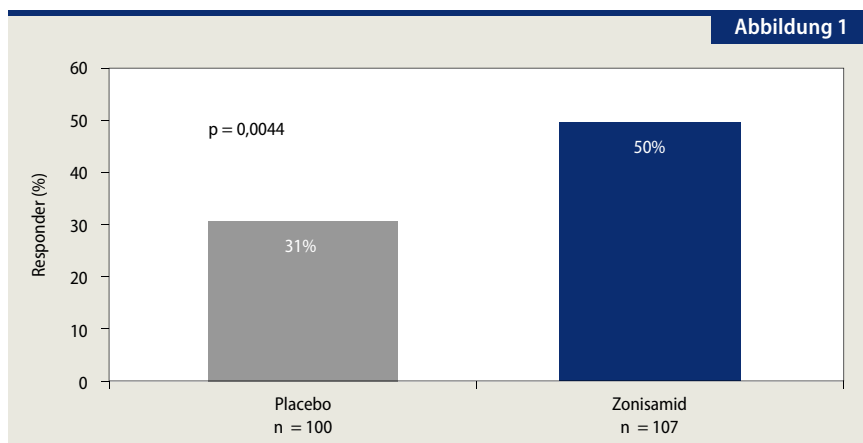
— Eine aktuelle Umfrage zu Therapiezielen und Therapiestrategien bei mehr als 1.000 Fachärzten aus Klinik und Praxis beim DGPPN-Kongress bestätigte die Ergebnisse der „Initiative Therapieerfolg bei Schizophrenie“. In deren Rahmen wurden mehr als 600 Psychiater zu ihren wichtigsten Therapiezielen und ihren Strategien zur Erreichung dieser Ziele in der Schizophreniebehandlung befragt. Zu den meistgenannten Zielen in der psychotischen Akutphase gehören eine schnelle Symptomreduktion, die Verhinderung von Eigen- und Fremdgefährdung sowie der Aufbau einer therapeutischen Beziehung. In der Langzeittherapie stehen die soziale und berufliche Reintegration, die Adhärenz sowie die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund. Aus Sicht der befragten Ärzte kann dies therapeutisch am besten mit Antipsychotika wie Aripiprazol (Abilify®) erreicht werden. Abilify Maintena® als einmal monatlich zu injizierende Form von Aripiprazol zur Behandlung der Schizophrenie ist seit Mitte November 2013 von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zugelassen.

Nach Informationen von Otsuka/Lundbeck

GAD im Alter

— Während andere Angststörungen normalerweise mit dem Alter abnehmen nimmt die Prävalenz der generalisierten Angststörung (GAD) mit steigendem Alter zu. Oft überlagern sich Grunderkrankung und psychische und somatische Komorbiditäten und erschweren die Diagnose und Therapie. Bei älteren Erwachsenen spielen zudem stereotype Bilder des Alters dabei eine wichtige Rolle, betonten Experten bei einem Symposium im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2013 in Berlin. Hier ermöglicht der Kalziumkanalmodulator Pregabalin (Lyrica®) eine individuelle und evidenzbasierte Pharmakotherapie, von deren günstigen Effekten auf Komorbiditäten und dem geringen Potenzial für Wechselwirkungen insbesondere ältere Patienten mit Polymedikation profitieren.

Nach Informationen von Pfizer



Ansprechen auf Zonisamid während der zwölfwöchigen Dosiserhaltungsphase. Anteil der Patienten mit Reduktion der epileptischen Anfälle um $\geq 50\%$ (Responderdefinition).

Für Kinder ab sechs Jahren besteht nun eine neue Therapieoption: Zonisamid (Zonégren®), ein Antikonvulsivum mit breitem Wirkspektrum. Anhand der Ergebnisse einer klinischen Phase-III-Studie mit Zonisamid wurde 2013 eine Zulassungserweiterung als Zusatztherapie für die Behandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung auch bei Jugendlichen und Kindern ab sechs Jahren erteilt [Guerrini R et al., *Epilepsia* 2013; 8 (54): 1473–80]. Zonisamid wurde als Zusatztherapie über acht Wochen bis zur Zieldosis von 8 mg/kg/d (Maximaldosis 500 mg/d) aufdosiert und anschließend über zwölf Wochen verabreicht. 50 % der Zonisamid-Patienten erreichten den primären Wirksamkeitsendpunkt, eine Verminderung der Anfallshäufigkeit um 50 % (Abb. 1). In der Placebo-

gruppe lag der Anteil bei 31 % ($p=0,0044$). Wie Privatdozent Dr. Thomas Bast ausführte, lag die Gesamtinzidenz von unerwünschten Ereignissen in beiden Gruppen auf vergleichbarem Niveau. Damit erwies sich Zonisamid als wirksam und gut verträglich bei pädiatrischen Patienten mit fokaler Epilepsie. Aktuelle Daten einer offenen Verlängerungsstudie über 45 bis 57 Wochen bestätigten das gute Sicherheitsprofil der Substanz.

Dr. Ingeborg König

Fachpresse-Workshop Neuropädiatrie
„Neue Therapieoptionen für junge Patienten mit Epilepsie“, Epilepsiezentrum Kork,
5.12.2013; Veranstalter: Eisai GmbH, Frankfurt

Welche Antipsychotika sind gut verträglich?

➡ Neben der klinischen Erfahrung ist die Kenntnis der Nebenwirkungen entscheidend für die Auswahl einer antipsychotischen Therapie. Eine Metaanalyse von 212 Studien mit 43.000 Patienten mit Schizophrenie analysierte die Wirksamkeit und Verträglichkeit von 15 Antipsychotika im direkten und indirekten Vergleich [Leucht S et al., *Lancet* 2013; 382: 951–62]. Danach waren alle untersuchten Substanzen in der antipsychotischen Wirksamkeit Placebo signifikant überlegen. „Alle aktiven Substanzen zeichneten sich gegenüber Placebo auch durch eine signifikant geringere Drop-out-Rate aus“, erklärte Professor Hans-Peter Volz, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses

für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck. Am günstigsten schnitt Amisulprid (OR: 0,43) ab, am ungünstigsten Haloperidol (OR: 0,80). Unterschiedlich ist der Einfluss der Antipsychotika auf das Körpergewicht: Unter Haloperidol, Ziprasidon und Lurasidon kam es zu keiner signifikanten Gewichtszunahme, unter Zotepin und Olanzapin war die Zunahme am höchsten. Extrapyramidal-motorische Störungen (EPS) waren unter Clozapin signifikant seltener als unter Placebo. Für Sertindol, Olanzapin, Quetiapin, Aripiprazol, Iloperidon, Amisulprid und Asenapin war der Effekt nicht signifikant. Paliperidon, Risperidon, Lurasidon, Chlorpromazin und

Zotepin steigerten das Risiko um das 2- bis 3-Fache, Haloperidol um das 5-Fache.

Den geringsten Einfluss auf die Prolaktinkonzentration hatten Aripiprazol und Quetiapin. Während Risperidon und Paliperidon Prolaktin am stärksten steigerten, war der Effekt für Asenapin, Chlorpromazin und Iloperidon nicht signifikant. Fast alle Psychopharmaka können das Herzfrequenzkorrigierte QT-Intervall (QTc) verlängern und lebensbedrohliche polymorphe Kammer-tachyarrhythmien auslösen. Die Metaanalyse zeigte hier für Lurasidon, Aripiprazol und Paliperidon keine signifikante Verlängerung. Sertindol verlängert das Intervall am

stärksten. Hinsichtlich Sedierung schnitt Clozapin am schlechtesten ab, ohne signifikante sedierende Wirkung blieben Amisulprid, Paliperidon, Sertindol und Iloperidon. Volz bildete aus diesen Einzelrankings ein Gesamtranking der Verträglichkeit: Danach belegten Aripiprazol, Lurasidon und Quetiapin die Plätze 1 bis 3.

Michael Koczorek

**Symposium „Optionen der individualisierten Schizophrenietherapie“ im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2013 in Berlin, 28.11.2013
Veranstalter: Takeda Pharma**

Wenn Zappelphilipp erwachsen wird

☞ In der Publikumspresse oft angezweifelt, in der wissenschaftlichen Welt jedoch unumstritten: Bei vielen Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) besteht die Erkrankung mit abgewandelter Symptomatik im Erwachsenenalter fort. Die Prävalenz wird auf etwa 3–4 % geschätzt, berichtete Dr. Barbara Alm, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit der Universität Mannheim.

Zwei Drittel der Patienten unerkannt

Kernsymptome erwachsener Patienten sind Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Häufig kommen Stimmungsschwankungen, Stressintoleranz sowie ein geringes Selbstwertgefühl hinzu. Schnelle Ablenkbarkeit, Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit, chaotisches Zeitmanagement sowie emotionale Instabilität machen den Patienten, die in der Regel den ganzen Tag in Beruf und/oder Familie funktionieren müssen, das Leben schwer. Viele berichten, so Alm, eine hohe Energie aufbringen zu müssen, damit einfache Dinge funktionieren. Arbeitsverhältnisse und private Beziehungen sind oft von kurzer Dauer.

Solche Symptome beobachten viele Menschen mehr oder minder stark auch bei sich selbst oder im persönlichen Umfeld. Der Unterschied zur Krankheit besteht darin, dass Patienten an ihren Aufgaben in der Regel scheitern, erklärte Alm. Sie erleiden erhebliche psychosoziale Folgen bezüglich Arbeit, Familie und Finanzen, können Komorbiditäten wie Depression, Angst oder Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten aufweisen, nehmen in erheblichem

Maße medizinische Versorgung in Anspruch und werden mitunter straffällig.

Die Therapie fußt auf drei Säulen: Psychoedukation in Form von „Coaching“ und Information, Psychotherapie und Pharmakotherapie, nebst Behandlung der Komorbiditäten. Medikamentös steht Erwachsenen seit Mitte 2013 neben dem Psychostimulans Methylphenidat auch der Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin (Strattera®) zur Verfügung, der nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fällt, so Professor Johannes Thome, Universitätsmedizin Rostock. Die Substanz wirkt primär noradrenerg, es gibt jedoch auch Hinweise auf eine Erhöhung der Dopaminaktivität im präfrontalen Kortex. Ihre Wirksamkeit wurde bei circa 5.000 erwachsenen Patienten getestet. Nach ein bis zwei, in einzelnen Fällen bis zu vier Wochen kommt es zu einer signifikanten Besserung der ADHS-Symptomatik, zu emotionaler Stabilisierung und Besserung der Lebensqualität allgemein. Zu den Nebenwirkungen zählen Übelkeit, Mundtrockenheit, Müdigkeit und Appetitlosigkeit sowie Harnverhalt oder Erektionsstörungen, berichtete Thome. Ferner kann die Substanz die Herzfrequenz und den Blutdruck erhöhen, weshalb bei Herzpatienten Vorsicht geboten ist.

Dr. Dirk Einecke

Pressegespräch „ADHS im Erwachsenenalter – Grundlagen und Versorgungssituation in Deutschland“/„Atomoxetin, eine neue Option zur Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter“, DGPPN-Kongress 2013 in Berlin, 27.11.2013; Veranstalter: Lilly

Neuzulassung in der Indikation MS

— Die Europäische Kommission hat Dimethylfumarat (DMF, Tecfidera®) als orale Basistherapie für Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) zugelassen. Die Zulassung basiert auf den Ergebnissen eines umfangreichen klinischen Studienprogramms mit über 3.000 MS-Patienten in den beiden globalen Phase-III-Studien DEFINE und CONFIRM sowie auf der laufenden Erweiterungsstudie ENDORSE. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass DMF die Krankheitsaktivität, einschließlich Schübe und Hirnläsionen, reduzieren und das Fortschreiten der Behinderung verlangsamen kann, bei einem gleichzeitig günstigen Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil. Das neue, oral verabreichte Medikament verbindet somit hohe Wirksamkeit mit einer geringen Therapiebelastung.

Nach Informationen Biogen Idec

Mischzustände bei bipolaren Störungen leichter identifizieren

— Im neuen DSM-5 wurde die Definition von Mischzuständen bei Patienten mit bipolaren Störungen breiter gefasst und stärker an die klinische Realität angepasst. Die neue Definition kann dabei helfen, die Symptome für eine gemischte Episode frühzeitig zu erkennen und so möglicherweise therapeutisch adäquater darauf einzugehen sowie die Prognose zu verbessern. Speziell zur Beurteilung der depressiven Symptome im Rahmen der Manie anhand der aktuellen DSM-5-Kriterien wurde das Diagnose-Tool MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) entwickelt. Die neun einfachen Fragen zu depressiven Symptomkomplexen (Stimmung, Kognition, Anhedonie, Energie, Selbstwert, Schuldgefühle/psychotische Merkmale, Suizidalität) können vom Patienten selbst innerhalb weniger Minuten ausgefüllt werden. Der Fragebogen kann von Fachkreisen kostenlos bei Lundbeck GmbH unter germany@lundbeck.com angefordert oder unter www.coliquio.de/lp2_zns_mini heruntergeladen werden.

Nach Informationen von Lundbeck

Journal

Ugo Riccarelli

„Die Residenz des Doktor Rattazzi“

Als der italienische Schriftsteller Ugo Riccarelli im Juli 2013 im Alter von 59 Jahren starb, trauerte die literarische Welt Europas um einen Autor, dessen Werk hauptsächlich um zwei große Themen zu kreisen schien: um den Schmerz und um den Sport. Die Gründe für diese Annahme liegen auf der Hand, wenn man sich allein die Titel jener beiden Veröffentlichungen anschaut, die Riccarelli berühmt gemacht haben: „Il dolore perfetto“ und „Fausto Coppis Engel“. In seinem Roman „Die Residenz des Doktor Rattazzi“, veröffentlicht kurz vor seinem Tode, wird der Wahnsinn zur Endlosschleife in seiner Geschichte.



Doktor Rattazzi sorgt für eine menschlichere Pflege in einem kleinstädtischen Irrenhaus in der Toskana. Als er seine Irren vergewaltigt zum Schutz vor dem Zweiten Weltkrieg in einem einsamen Landhaus unterbringt, muss er erkennen, dass der wirkliche Wahnsinn niemals besiegt werden würde.

© Stefan Thiermayer / Fotolia.com

60 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Die Residenz des Doktor Rattazzi“

Sieg und Niederlage, Schmerz und Triumph, Ruhm und Vergessen sind elementare Inhalte in Ugi Riccarellis Geschichten. Die Psychiatrie knüpft er eng an den Wahnsinn, den er mit seinem Doktor Rattazzi vergebens zu heilen versucht.

64 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Jungmin Park

bietet Sekundbruchteile eines Augenblicks, ein an sich schnell sich veränderndes Bild, erstarrt, eingefroren in Öl auf Leinwand an und hatte damit bereits viel Erfolg auf großen Ausstellungen.

Im Jahr 2004 wurde dem italienischen Schriftsteller Ugo Riccarelli der bedeutende italienische Literaturpreis Premio Strega für den Roman „Il dolore perfetto“ (dt.: Der vollkommene Schmerz, 2006) zugesprochen, und im selben Jahr erschien sein Erzählband „Fausto Coppis Engel“ in deutscher Sprache. Ältere Leserinnen und Leser werden sich erinnern: Fausto Coppi war ein berühmter italienischer Radrennfahrer. In dem kurzweiligen Sammelband mit ganz ausgezeichneten Sportgeschichten geht es außerdem um den krummbeinigen Fußballer Garrincha, den Autorennfahrer Tazio Nuvolari, den Langstreckenläufer Emil Zatopek oder die beiden Bergsteiger Jean Antoine Carrel und Edward Whymper, den Erstbesteiger des Matterhorn, dem weiland schon Luis Trenker ein Denkmal gesetzt hat. Sieg und Niederlage, Schmerz und Triumph, Ruhm und Vergessen, das sind die elementaren Inhalte in Riccarellis Geschichten. Der Philosoph, Theatermann und Journalist, galt zeitweilig im Feuilleton aufgrund seiner Vorliebe für die epischen Geschichten kleiner Leute im Spiegel großer epochaler Umwälzungen als „Italiens Gabriel Garcia Márquez“ („Die Welt“ vom 22. Juli 2013), doch tut man ihm damit ein wenig Unrecht, denn seine Stärke lag nicht unbedingt in der großen, weit ausholenden Erzählform, sondern vielmehr in der kürzeren Prosa und in der Biografie, wie sein Roman über den in der Ukraine von der SS ermordeten polnisch-jüdischen Schriftsteller und Maler Bruno Schulz mit dem

Titel „Ein Mann, der vielleicht Schulz hieß“ zeigt (dt. 1999). Näher kommt dem Autor die Journalistin Maike Albath in der „Neuen Zürcher Zeitung“ (vom 22. Juli 2013), wenn sie ihn selbst als einen glänzenden Verlierer porträtiert, eingedenk seines Lebensmottos, eines Zitates seines sizilianischen Schriftstellerkollegen Gesualdo Buffalino: „Wer gewinnt, weiß nicht, was er verliert“. „Ugo Riccarelli war ein zarter Mann mit ungeheueren Kräften. Seit seiner Kindheit von Erkrankungen der Atemorgane geplagt, musste er oft monatelang das Bett hüten und tat nichts anderes, als zu lesen. Die Phantasie wurde zu einem wohltuenden Fluchtraum. (...) 1995 machte er die lebensrettende Herz- und Lungentransplantation zum Gegenstand seines Debüts „Le scarpe appese al cuore“.

Der Roman „Die Residenz des Doktor Rattazzi“ (Originaltitel: „Comallamore“) ist erst kurz vor seinem Tod 2013 in deutscher Sprache erschienen. Der Klappentext verrät dem Leser, worum es in diesem knapp 190 Seiten starken Roman geht: „Eine hohe Mauer trennt das Irrenhaus einer Kleinstadt in der Toskana von der Außenwelt. Durch eine Lücke beobachtet der kleine Beniamino fasziniert die Geisteskranken, wie sie Blumen essen, ihre komischen Gesten, ihr geheimnisvolles Verhalten. Als er einige Jahre später nach einem Unfall sein Medizinstudium aufgeben muss, findet er in der Einrichtung Arbeit als Assistent. Bei den Irren ist der sensible junge Mann sehr beliebt, vom wissenschaftsgläubigen herzlosen Personal, das auch Elektro-

schocks einsetzt, wird er dagegen argwöhnisch beäugt. Doch es kommt ein neuer Arzt namens Rattazzi, der mit alternativen Methoden für eine menschlichere Pflege sorgt. Als während des Zweiten Weltkriegs die Bombardierungen immer bedrohlicher werden, lässt Rattazzi seine Irren in einem einsamen Landhaus auf dem Apennin unterbringen. Doch auch in dieser idyllischen Landschaft sind die Insassen vor der Brutalität der Nazis nicht sicher. Der verrückte Professor Cavani, der nur in Homer-Versen spricht, wird umgebracht. Einem weiteren Geisteskranken, Fosco, der wie die Vögel fliegen will, gelingt die Flucht, und er landet bei den Partisanen. Beniamino erzählt die Geschichte dieser Außenseiter, die sich untrennbar mit der großen Geschichte des 20. Jahrhunderts vermischt.“

Karl Jaspers Motto

Von besonderem Interesse ist, dass Riccarelli seinem Roman ein Motto von Karl Jaspers voranstellt, dessen „Allgemeine Psychopathologie“ von 1913 noch immer ein ebenso bemerkens- wie leistungswertes Werk darstellt: „Wir leben in einer Zeit des künstlichen Nachmachens, der Verwandlung jeder Geistigkeit in Betrieb und Institution, des bloßen Willens zu einer Existenzart und des Machens aus Einsicht, des schauspielerhaften Erlebens, in einer Zeit von Menschen, die, was sie sind, zugleich wissen, ja von Menschen mit gewollter Schlichtheit und nachgemachter dionysischer Erfahrung und gestaltender Disziplin,



deren beider sie sich zugleich befriedigt bewusst werden. Ist in solchen Zeiten vielleicht das Schizophrene Bedingung einer Echtheit (...).“ Nach diesem Motto, das bekanntlich die Aufgabe hat, die metaphorischen Koordinaten des Romangeschehens auf einer gewissermaßen höheren Verweisebene zu verdeutlichen und schon vorab einen gewissen Anhalt für die Interpretation des Textes zu liefern, entwickelt sich das Romangeschehen aus dem umfassenden Phänomen des Sehens heraus. Der Leser folgt den Blicken eines von einer Journalistin befragten Alten, der über einem Marktplatz einen Schwarm Stare auffliegen sieht: „Die Blicke des Alten folgten diesen akrobatischen Figuren, sie folgten ihnen so, wie man die Reihe der Wörter auf einer Buchseite verfolgt. Dieser bewegliche Klumpen dunkler Punkte öffnete für ihn ein Buch, in das er vor vielen Jahren etwas geschrieben hatte, was er nicht vergessen konnte und jetzt einer unbekannten Journalistin erzählen sollte.“ Der Geist des alten Mannes kehrt zurück durch die Zeit, durchquert diese, bis er bei sich selbst, einem Jungen namens Beniamino, angelangt ist, der einen verwirrten Menschen namens Fosco beobachtet, der wiederum auf den Vogelflug starrt und wie diese Vögel über den Hof einer Irrenanstalt rennt, „ausgebreitete Arme schwirrten in der Luft, ein verwirrtes, seliges Fliegen. Beniamino beobachtete ihn, er folgte diesen Bewegungen wie ein kleiner Junge, der mit offenem Mund den Übungen eines Zirkusakrobaten zuschaut, verwundert über die Schnelligkeit, mit der Fosco die Richtung wechselte, über die Kraft, die der Junge entfaltete, wirklich ein freier Vogel im Gefängnis des Irrenhauses.“

Das Erzählen entwickelt sich gewissermaßen aus der Beobachtung des Beobachters beim Beobachten. (...) Und Beniamino wird weiterhin seinem Schauen frönen, den Verboten der Mutter und dem Schimpfen der Großmutter zum Trotz, so groß ist die Faszination an dieser fremden Welt, die er da durch die Lücke in einer Mauer des Irrenhauses erkennen kann: „Er klammerte sich an die eisernen Maschen, um die Kranken bei ihrem Rundgang zu beobachten, um gebrummte Reden zu belauschen, um bei jähen Schreien oder unerwarteten Bewegungen zusammenzuzucken. (...) Beniamino starrte sie hingerissen an. Er achtete nicht auf die Rufe seiner Großmutter, verharrete reglos und sah diesen Geistern dabei zu, wie sie Rosen aßen. (...) Er hätte sie gerne nachgeahmt.“

Nach dem Tod des Vaters und einem Sportunfall, der ihn hindert, sein fortgeschrittenes Medizinstudium abzuschließen, wird Beniamino Teil dieser Anstalt werden. Dies geschieht zu einem Zeitpunkt, da sich seine hochfliegenden Zukunftspläne durch schicksalhafte Umstände in Nichts aufgelöst hatten. In seiner Verzweiflung beobachtet er wieder einmal die Kranken, „ihren zwanghaft schlenkernden Gang und dachte über diese ihrem Schicksal überlassenen Existenzen nach, die ihm jetzt mehr denn je ziellos dahinzutreiben schienen. Wie er selbst.“ Aus der kindlichen Neugier ist eine seltsame Faszination geworden, die sich über die Stufe des Mitleids hin zur Identifikation entwickelt hat.

Der seit seinem Unfall gezeichnete, weil hinkende Medizinstudent Beniamino, der nicht nur seine Familie unterstützen, sondern auch sein Examen nachholen will, tritt in die Dienste des Anstaltsleiters Professor Tiziani zu einem Zeitpunkt, da aufgrund des Krieges Italiens mit Abessinien Mangel an männlichem Personal herrscht. Die Anstalt sei ihm ein seit seinen Kindertagen bekannter Ort, versichert der junge Mann, „als wäre er ein Teil meines Elternhauses.“ Der Erzähler selbst scheint dem zu widersprechen, wenn er von einem Ort zwiespältiger Gefühle schreibt, schwankend zwischen Neugier und Unbehagen, zumal die Anstalt in der Stadt liegt, welche diese Einrichtung hingenommen habe, „wie man einen unbe-

quemen Verwandten in der eigenen Familie hinnimmt, wie etwas, was es gibt, mit dem man aber tunlichst nicht viel Umgang pflegt, oder das man, wenn möglich, sogar besser vergisst.“ Ugo Riccarelli gelingt es, Tabuisierung und Stigmatisierung auf den Punkt zu bringen, wenn er schreibt: „Wenn über das Haus geredet werden musste, redete man vorsichtig, in Anspielungen, oder auch erregt, wütend über einen Fluch oder eine Drohung, in Ausbrüchen wie bei einem starken Gewitter, die keine Spuren hinterließen außer diesem Bewusstsein von einer latenten Gefahr.“ Und noch ehe einzelne Patienten individualisiert werden, gibt der Erzähler allgemein Auskunft über die Bewohner dieses Hauses: „Während das Gehirn also bei manchen schon holpernd geboren wurde oder sich im Lauf der Zeit nach und nach immer mehr verhedderte, wie bei alten Leuten, die sich nicht mal an ihren Namen erinnerten, gab es andere, denen die Vernunft urplötzlich abhanden kam. (...) So wie ein Bein brach, konnte also auch im Kopf etwas zerbrechen, konnte schlecht werden und faulen (...)“ Und der Erzähler unterscheidet „Leute, die man von den Carabinieri abholen lassen musste“ von solchen, die „in das Haus aus dunklen Steinen eingesperrt wurden, zum Kummer oder zur Erleichterung derjenigen, die draußen vor der hohen Umfriedungsmauer blieben und nicht genau wissen wollten, was dort drinnen vor sich ging, denn die Schande eines Menschen ohne Verstand gab schon genug Anlass zur Sorge und Trauer, da musste man nicht auch noch etwas verstehen oder seine Gedanken ernsthaft verfolgen wollen.“ Denn dafür gab es die studierten Ärzte, die Spezialisten, die wussten, „wie sie Kopf und Hände gebrauchen mussten, um die sonderbaren Gedankensprünge von einem zu verstehen, der ein wurmstichiges Hirn hat. Und es gab die Schwestern, die barmherzigen Töchter Christi, die dort drinnen eingeschlossen waren, genauso wie die Verrückten, für die zu sorgen sie gelobt hatten. Frauen, ebenso streng wie mildtätig, die Geschrei und Tobsuchtsanfällen die Stirn bieten konnten, wilden Veitstänzen, die sogar einen Soldaten erschreckt hätten. Frauen, die sich geduldig hinsetzten, um dem Lallen und Greinen aus

schiefen Mündern zuzuhören (...). Außerdem gab es die Aufseher und Helfer, Menschen wie Felsen, viele hatten starke Arme und Hände von der Feldarbeit, genau die richtigen Kräfte für diese viehische Plackerei. Denn das war jedem klar, hinter den Mauern waren Menschen eingeschlossen wie in Ställen, Menschen, die außer zwei Beinen, Kopf und Armen oft nichts Menschliches mehr zu haben schienen.“

So sehr der Erzähler mit seiner Geschichte um Beniamino und die einzelnen Kranken um Verständnis und Sympathie wirbt, so sehr bemüht er sich zugleich, jedwede Romantisierung oder ideologisch verbrämte Idyllisierung der Psychiatrie zu vermeiden. Dieser humane Ansatz, der sich gerade im differenzierten Ambivalenten zeigt und den Leser für das Romangeschehen einnimmt, lässt Beniamino mit den Patienten Krieg und Elektroschocks entfliehen und dem Arzt Rattazzi in eine ruhige Region folgen, um dort jenen Schutz zu finden, der vielleicht auch den Wahn selbst lindern kann. Die Bedeutung des Arztes Rattazzi liegt weniger in der Tatsache, dass er sich schützend vor seine Patienten stellt, sondern vor allem darin, dass er seinem Schüler Beniamino lehrt, dass er seine eigene Individualität mitsamt ihren Problemen akzeptieren muss, um die Klinikpatienten so zu nehmen, wie diese in ihrer ver-rückten (sic) Individualität sind. Aber der Krieg erscheint zuletzt doch mächtiger als alles andere, er holt alle ein, frisst sie regelrecht auf, wie den „Albatros“ Fosco, denn „man muss bezahlen. Für den Frieden. Die Liebe.“

Der Wahnsinn

Der Wahnsinn, so schreibt Sabrina Brugner in der virtuellen Literaturzeitschrift „www.sandammeer.at“, „zieht sich wie ein Faden von der ersten bis zur letzten Seite des Buches. Mit ungeahnter Leichtigkeit vermittelt Riccarelli dem Leser diesen Wahnsinn. Ob es der Wahnsinn der Großmutter ist, die ihren eigenen Gedanken nicht mehr folgen kann, der Wahnsinn, der die Irren fest in seinem Griff hält, der Wahnsinn des Krieges oder Beniaminos ganz persönlicher Wahnsinn, sie alle sind miteinander verbunden. Der Krieg und die Irrenanstalt zeichnen ein unverkennbares Bild

der Zeit. Riccarelli versteht es, die wichtige Aussage mit Details zu verknüpfen.“ Einer der Vorzüge dieses kleinen Romanes besteht auch darin, dass sich dieses Buch auf unterschiedlich differenzierte Weise deuten lässt. Für einen Rezensenten der Online-Buchhandlung „libro fantastico“ liegt das wesentlich an dem weiten Bogen von „ganz zart bis erschreckend grausam“. Dabei zeige sich, dass das scheinbar „unmenschliche“ Verhalten von Soldaten im Krieg „ebenso Teil der im Menschen angelegten Möglichkeiten ist wie der von der Gesellschaft als solcher definierte ‚Wahnsinn‘. Und dass jede Existenz Brechungen sowie Begrenzungen hat und die mitfühlende Aufmerksamkeit anderer Menschen sucht.“

Ugo Riccarelli erzählt aus der Perspektive des jungen Beniamino eine Geschichte von Außenseitern, die sich auf gänzlich verschiedenen Ebenen lesen lässt: „Mit Fokus auf die Welt der psychisch Kranken und der Methoden, mit denen sie damals behandelt wurden, auf die Zeit des Zweiten Weltkriegs und des Faschismus oder auf die Lebensgeschichte Beniaminos. Faszinierend dabei ist, wie es dem Autor gelingt, den Kern der Lebensgeschichte eines Menschen, das, was ihn antreibt, in wenigen Sätzen zu vermitteln. So werden wir beim Lesen mit Figuren vertraut, die uns lange begleiten werden.“ Es baut sich hier allerdings vor dem Leser auch eine eigenartige Dichotomie zwischen Wahnsinn und Krieg auf, denn „der Wahnsinn ist schuldlos – anders als der Krieg, der in diesem Buch den Gegenpol zum leidvollen, doch friedlichen Kosmos der Irrenanstalt darstellt“, wie die Kritikerin Aureliana Sorrento anmerkt, die sich an der gelegentlich aufscheinenden Innerlichkeit der Darstellungsmethode Riccarelli reibt. Als ein (mit seiner Reitpeitsche etwas arg klischeehaft geratener) deutscher Offizier auf der Suche nach versteckten Juden oder Partisanen, „von eugenischem Furor getrieben“, alle Kranken an die Wand stellen lässt und einen von ihnen, den ständig Homer zitierenden Literaturprofessor, erschießt, merkt Sorrento an: „Die Einsicht, dass die vermeintlich gesunden Kriegstreiber in Wahrheit verrückter sind als die Irren, würde sich allein aus der Erzählung dieser Begebenheiten ergeben.“ Dabei heißt

es im Roman: „Und in dieser kurzen Zeitspanne, bevor die Tropfen auf dem Kies explodierten wie die Bomben, die vom Himmel fielen, erkannte Rattazzi, dass der wirkliche Wahnsinn niemals besiegt werden würde, denn er war das innerste Wesen der Normalität, die gerade auf sie zukam. Er waren die Männer mit den Soldatenuniformen und den gebrüllten Befehlen, die Schreie derjenigen, die auf jeden Fall sterben würden, sei es für die Freiheit oder für den Führer, während Fosco und Rattazzi friedlich in den Himmel schauten.“ Ähnlich kritisch wie Aureliana Sorrento äußert sich auch Olaf Müller im Rezensionsforum „literaturkritik.de“, der dem Roman einige Konstruiertheiten sowie eine bis fast zur Selbstparodie gehende Ansammlung „zusammengefügtter Bilder“ vorwirft und abschließend zu dem Ergebnis kommt, die Geschichte werde insgesamt nicht um ihrer selbst willen erzählt, sondern stehe für „etwas anderes. Dieses andere ist sicher gut gemeint, aber gute Absichten machen bekanntlich nicht unbedingt gute Literatur“ (Müller) – so wenig allerdings auch willkürlich herausgefischte „Stellen“, wie sie sonst gerne von moralinsauren Sittenwächtern zitiert werden, gute Rezensionen ausmachen. Einer Diskussion wert ist allerdings der Einwand, dass Krankheit als Metapher im Sinne Susan Son-tags nicht nur ideologisch problematisch ist, sondern bei ausschließlicher Verwendung auch literarische Probleme aufwirft. Maïke Albath dagegen, eine in der italienischen Literatur ebenso kenntnisreich wie kritisch bewanderte Essayistin, kommt zu einem differenzierteren Fazit, wenn sie ihre Besprechung mit den Worten schließt: „So wohlthuend Riccarelli in seinem Humanismus ist, so wenig zeitgenössisch wirkt sein Buch. Der Wahlrömer vertritt einen wackeren Realismus, der mitunter etwas Betuliches bekommt. Immerhin: mitten in der popkulturellen Gegenwart pflegt er die Tugenden des Erzählens und ergreift Partei für die Schwachen.“ □

LITERATUR BEIM VERFASSER

Prof. Dr. Gerhard Köpf

Ariboweg 10, 81673 München

E-Mail: aribo10@web.de

Jungmin Park

Alles fließt

Der etwas andere Blick auf die Welt – das uralte Thema der Kunst – dazu bestimmt, dem Betrachter eine unerwartete, Tiefenschichten der Wirklichkeit freilegende Sicht auf die Dinge, auf das umgebende Leben zu vermitteln, gelingt Jungmin Park dadurch, dass sie ein sich veränderndes Medium dem Auge und der Welt zwischenschaltet: das Wasser.



Unter Wasser 4, 120 c 160 cm, Öl auf Leinwand, 2012



140 x 100 cm, Öl auf Leinwand, 2013

Jungmin Park malt klassisch in Öl auf Leinwand Ansichten, die Sekundenbruchteile eines „Augenblicks“ erstarren lassen, lässt einen an sich schnell sich verändernden Bildeindruck „gefrieren“, indem sie in ihren Bildern einen Moment einfängt, der eine malerisch-ästhetisch überzeugende Komposition gezaubert hat. Dadurch gelingt es ihr, einen Grundgedanken der Philosophie in ihre Gemälde zu fassen: die Unstetigkeit der Wirklichkeit und damit ihre Vergänglichkeit.

Verschlierter Blick auf die Welt

Den Grundgehalt des Aphorismus „Panta rhei“ – Heraklit zugeschrieben, aber wohl erst von Plato so ausgedrückt, meist übersetzt mit „alles ist im Fluß“, wörtlich „alles fließt“, finden wir in Jungmin Parks Gemälden bildgeworden. Ob der Blick auf eine Ampel, auf vorausfahrende Autos, oder einfach auf Unidentifizierbares fällt, die herablaufenden Regenschlieren, die fallenden Tropfen verändern das Gesehene ununterbrochen und im Grunde rasend schnell. Künstlich und künstlerisch lässt Jungmin Park die Zeit innehalten, verfremdet sie damit und irritiert so den Betrachter, konfrontiert ihn mit der steten Vorläufigkeit jedes Augenblicks unseres Lebens und der uns umgebenden Wirklichkeit.

Jungmin Park, geboren 1983 in Südkorea, hat von 2004 bis 2008 an der Sungkyunkwan University Seoul Kunst studiert und ihr Studium mit dem Bachelor of Arts in Fine Arts abge-



Rote Ampel, 100 x 80 cm, Öl auf Leinwand, 2013

schlossen. An der Akademie der bildenden Künste in München hat sie ab 2010 ihr Studium bei Professor Jean-Marc Bustamante fortgesetzt. 2011 wurde ihr der erste Preis des Target Partners Stipendiums zugesprochen und 2013 der Framos Förderpreis.

Nach Ausstellungen in Seoul, München und Toulouse wurden ihre Bilder 2013 über die Galerie Isabelle Lesmeister auf der Bloom-Art-Fair Cologne in Köln ausgestellt und sie werden im Sommer 2014 auch in Regensburg in der Galerie Isabelle Lesmeister selbst zu sehen sein. □

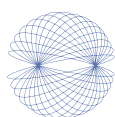
AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg

Mit freundlicher Genehmigung der Galerie Isabelle Lesmeister!
www.galerie-lesmeister.de

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2014		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
22.3.2014 Hotel Best Western, Karl-Klipp-Str. 13, Alzey	RP Mitgliederversammlung des Landesverbandes Rheinland-Pfalz	Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
4.4.2014 Park Inn Köln City West, Innere Kanalstr. 15, Köln	Psychopharmakotherapie für Kenner und Könner Referent: Prof. Dr. Gerhard Gründer, Aachen Seminarankündigung kommt in Kürze!	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN,BDN,BVDP, Nadya Daoud Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
5.4.2014 Beginn 8.30 Uhr Park Inn Köln City West – Innere Kanalstr. 15, Köln	12. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag Thema: Fatigue in Neurologie und Psychiatrie	Geschäftsstelle Krefeld, D. Differt-Fritz Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546921, Fax: 02151 4546925 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
9. – 11.5.2014 Parkhotel Klüschenberg, Klüschenberg 14, 19395 Plau am See	MV Frühjahrstagung des BVDN Landesverband Mecklenburg-Vorpommern	Geschäftsstelle Krefeld, D. Differt-Fritz Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 4546921, Fax: 02151 4546925 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
10.5.2014 Klinikum R. d. Isar, Hörsaal, München CME-Punkte	BAY Mitgliederversammlung/Fortbildung Thema: Qualität bei veranlassten Leistungen in Neurologie und Psychiatrie – Zusammenarbeit mit dem MDK – abgestimmte Patientenversorgung	Fortbildungsakademie der Berufsverbände Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 E-Mail: N.Daoud@akademie-psych-neuro.de
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		
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: 036413116243 E-Mail: iccn2014@conventus.de www.iccn2014.de
20. – 21.3.2014 Rhein-Main-Hallen, Friedrich-Ebert-Allee, Wiesbaden	5. Deutscher Interdisziplinärer 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 Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e. V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Marit Herrnberger Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116362, Fax: 03641 3116243 E-Mail: marit.herrnberger@conventus.de www.dgsm-paediatrie.de

Fortbildungsveranstaltungen 2014		
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
5. – 6.4.2014 Sala Schloß Mondsee, Schlosshof 1a	17. Substitutionsforum der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) Der „süchtige“ Jugendliche Das genaue Programm wird in Kürze auf der Website www.oegabs.at veröffentlicht	MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbe-gesellschaft Freyung 6, 1010 Wien Tel.: (+43/1) 536 63-71 oder 42, Fax: (+43/1) 535 60-16 E-Mail: maw@media.co.at
8. – 11.5.2014 Hilton 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
14. – 17.5.2014 World Conference Center Bonn, Platz der Vereinten Nationen 2, Bonn	52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e. V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 31 16-305/-350 Fax: 03641 31 16-243 www.conventus.de
16. – 17.5.2014 Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Zum Hospitalgraben 8, Weimar	89. Jahrestagung der Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie Thema: Schmerz und Trauma	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Dirk Eichelberger/Sandra Gottschalg Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 31 16-305/-350 Fax: 03641 31 16-243 E-Mail: dirk.eichelberger@conventus.de E-Mail: sandra.gottschalg@conventus.de www.conventus.de
16. – 18.5.2014 Bad Bevensen, Lüneburger Heide ÄK Niedersachsen 30 CME-Punkte	Drei-Tage-Seminar Dr. Will „Burnout-Prävention und Resilienztraining für Ärzte und Therapeuten“	www.dr-markus-will.de
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
25. – 30.5.2014 Bad Bevensen, Lüneburger Heide ÄK Niedersachsen 71 CME-Punkte	Seminarwoche Dr. Will „Burnout-Prävention und Resilienztraining für Ärzte und Therapeuten“	www.dr-markus-will.de
30./31.5.2014 Stadthalle am Schloss, Schlossplatz 1, Aschaffenburg	16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) e. V. Thema: Neuroimaging bei der Begutachtung	Geschäftsstelle der DGNB e. V., Gabriele Agerer Hirschstr. 18, 89278 Nersingen-Strass Tel.: 07308 / 923-261, Fax -262 E-Mail: sekretariat@dgnb-ev.de



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 Biedenapp
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 Neuhoof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
 E-Mail: bvbn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
 Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvbn.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

DGNR: 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-Merk
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
Migration sensible 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 Bennemann
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 ☐ niedergelassen ☐ in der Klinik tätig ☐ Chefarzt ☐ Facharzt
☐ Weiterbildungsassistent ☐ Neurologe ☐ Nervenarzt ☐ Psychiater
☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ ☐ in MVZ tätig mit: _____

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband:	BADEN-WÜRTTEMBERG					
Prof. Dr. J. Aschoff	Ulm	nein	ÄK	0731 69717		
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	ÄK/KV	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband:	BAYERN					
Dr. 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@klemm-bauersachs.de

Dr. Gerd Benesch

Bundesallee 95, 12161 Berlin
Tel.: 030 3123783, Fax: -32765024
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 Bohlken

Klosterstr. 34-35, 13581 Berlin
Tel.: 030 33290000, Fax: -33290017
E-Mail: dr.j.bohlken@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: hphaust@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@nervenaerztpraxis-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: uweier@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

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

Dr. Christian Raida

Urbacher Weg 31, 51149 Köln
Tel.: 02203 560888, Fax: 503065
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

Holzhofstr. 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: dmbschmidt@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: praxcvogel@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-mechin.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-mechin.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 Fernsehauzeichnung 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 Gebührenerzahlung 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

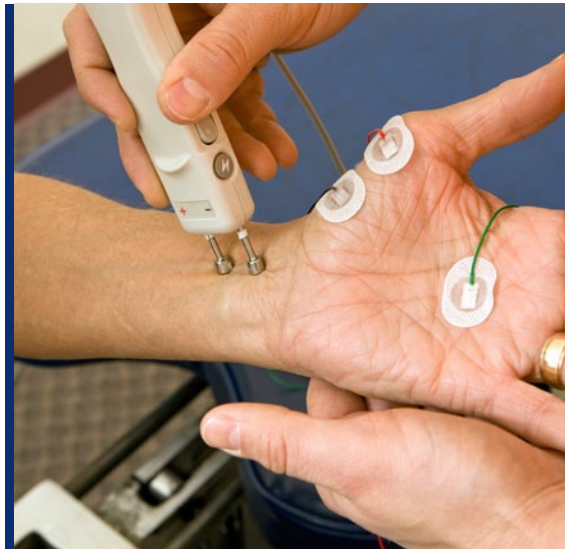
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München

ISSN 1436-123X



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2012



© BanksPhotos / iStockphoto.com

Vorschau

Ausgabe 4/2014

April

Erscheint am 16.4.2014

Polyneuropathie Stufendiagnostik

Anamnese, Klinik, Elektrophysiologie, Labor, Liquoruntersuchung und Histologie stellen komplementäre Wege zur Identifizierung einer Neuropathieursache dar. Trotzdem bleibt in 10–15% auch an spezialisierten Kliniken die Ursache ungeklärt.

Psychisch bedingte AU

Die mündliche sozialmedizinische Fallberatung hat sich als wichtige Komponente im Beratungsportfolio für die Zusammenarbeit mit Krankenkassen in der Fallsteuerung von Arbeitsunfähigkeits- und Krankengeldfällen herauskristallisiert.

Neuromyelitis optica

Mit Entdeckung der Aquaporin-4-AK und Etablierung von AQP-4-AK-Detektionsmethoden ist die spezifische NMO-Diagnose sicherer geworden. Dies hat auch die Evaluation verfügbarer Therapeutika beflügelt. So hat sich die Therapie mit monoklonalen B-Zell-AK als ein erster Standard etabliert.