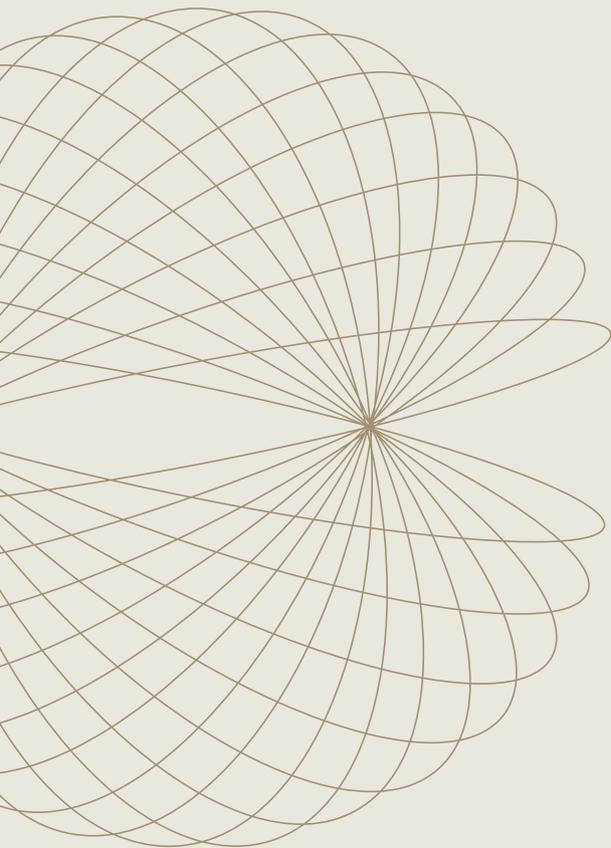
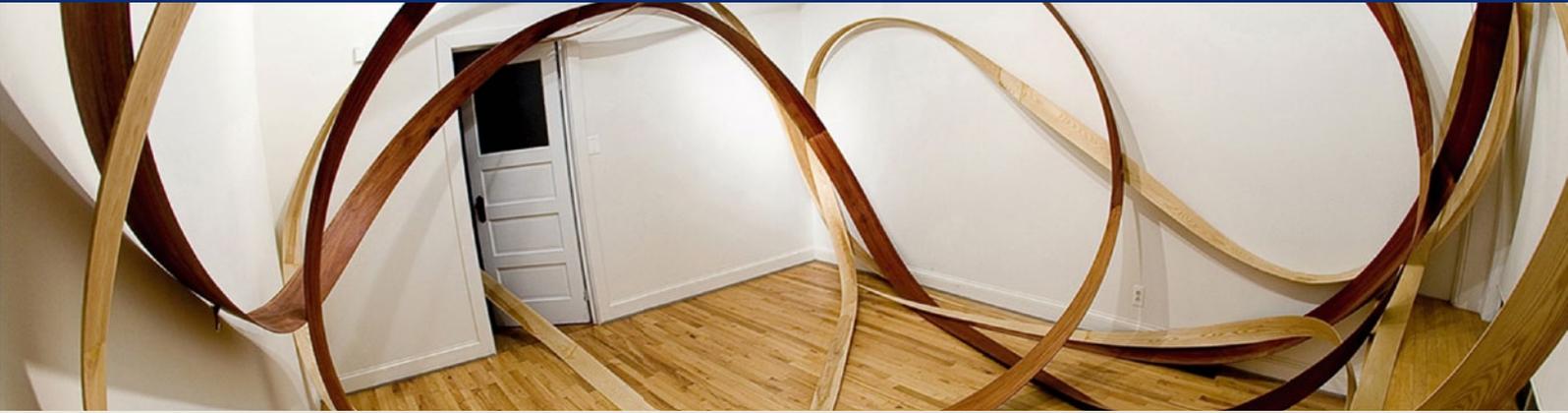


# NEUROTRANSMITTER

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



**CME:** Neuropsychiatrische Störungen  
**Limbische Enzephalitiden**

ADHS-Statuskonferenz

**Wo liegen die Versorgungsprobleme?**

Biografische Anamnese

**GOP 35140 und 35142 – wann und wie oft abrechenbar?**

Psychiatrische Kasuistik

**PTSD mit psychotischem Erleben bei Kriegsoffizieren**

NeuroTransmitter-Telegramm 1/2015  
Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände  
**„PIAs: Ergebnisse der BVDN-Fax-Umfrage“**



»Die politisch Verantwortlichen haben noch kein überzeugendes Argument geliefert, wie einerseits Wartezeiten verkürzt und andererseits Praxissitze abgebaut werden können.«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach  
Vorsitzende des BVDP

## Was bedeuten die neuen Gesetze für uns?

Die Bundesregierung arbeitet nach der Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Dezember 2014 derzeit noch an zwei weiteren Gesetzentwürfen. Alle drei werden deutliche Auswirkungen auf unsere tägliche Arbeit in den Praxen haben.

### Präventionsgesetz

Das Präventionsgesetz beinhaltet als Gesundheitsziel erstmals auch die Prävention psychischer Störungen. Die Erkennung von psychischen Störungen wird in die Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern aufgenommen. Die Früherkennungsuntersuchungen sollen zu präventionsorientierten Gesundheitsuntersuchungen entwickelt werden. Die Prävention in kleineren und mittleren Betrieben stellt einen besonderen Schwerpunkt dar. „Depressionen verhindern, früher erkennen und nachhaltig behandeln“, „Gesund älter werden“ und „Reduktion des Tabakkonsums“ sind neue Präventionsziele und gleichzeitig schon lange zentrale Anliegen unserer Berufsgruppe. Besondere berufliche und familiäre Belastungen sind künftig mit einem Anspruch auf leichteren Zugang zu Präventionsleistungen verknüpft. Dies soll besonders pflegenden Angehörigen von Demenzkranken helfen, betrifft aber auch Kinder psychisch kranker Eltern. Dazu wird der Betrag, den die Krankenkassen verpflichtend für Prävention aufwenden müssen, von 3,09 € auf 7,00 € mehr als verdoppelt.

### E-Health-Gesetz

Das E-Health-Gesetz liegt derzeit als Referentenentwurf vor. Es beinhaltet für den Alltag wesentlich mehr Neuerungen, als es in der endlosen Diskussion um die elektronische Gesundheitskarte vordergründig scheint. Für die Arzneimittelsicherheit ohne Zweifel sinnvoll, ist die geplante Verpflichtung des Hausarztes, bei mehr als fünf eingenommenen Medikamenten eine Liste zu führen, die auch sämtliche fachärztlich verordneten Arzneimittel und die Selbstmedikation enthält. Unsere Verbände fordern schon länger, auch ohne eine gesetzliche Verpflichtung stets die gesamte Medikation zu erfassen und zu dokumentieren, gerade weil es eine Fülle frei verkäuflicher Medikamente gibt, die Auswirkungen auf den psychopathologischen Befund haben. Dass das Seminar unserer Fortbildungsakademie zu Arzneimittelwechselwirkungen enorm nachgefragt wird, zeigt die Bedeutung, die die Kollegen dem Thema zumessen.

Nach dem Gesetz sollen Kliniken verpflichtet werden, einen elektronischen Entlassbrief direkt bei Entlassung mitzugeben,

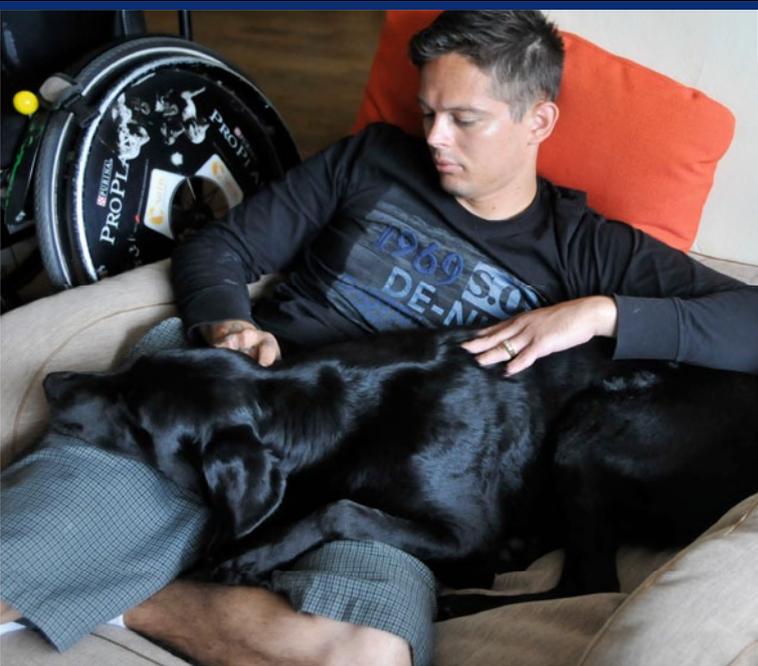
der standardisierte Informationen enthält. Der elektronische Arztbrief soll anfänglich mit 1,00 € pro versendetem und 0,55 € pro empfangenem Brief gefördert werden. Dem stehen Investitionsbedarfe gegenüber, die bei kleineren Praxen als eher unwirtschaftlich einzuschätzen sind. Der elektronische Arztbrief kann aus unserer Sicht trotzdem Vorteile bringen. Besonders sensible Patientendaten, wie sie in unseren Fächern sehr häufig sind, brauchen jedoch auch hier einen umfassenden Schutz. Nicht zu unterschätzen ist auch der Beratungsbedarf von Patienten zu diesem Thema, der auf unsere Praxen zukommen wird.

### GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist schon vielfach kommentiert worden. Derzeit noch stark umstritten ist die Frage des verpflichtenden Aufkaufs von Praxissitzen in „überversorgten“ Gebieten. Die politisch Verantwortlichen haben hier noch kein überzeugendes Argument geliefert, wie einerseits Wartezeiten verkürzt und andererseits Praxissitze abgebaut werden können. Uns ist allen klar, dass die Bedarfsplanung insbesondere in unseren Fächern völlig unzureichend ist. Die Terminservicestellen werden kommen, auch wenn der Politik klar sein dürfte, dass sie ein potemkinsches Dorf baut.

Ein für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie schwieriger Punkt versteckt sich in der geplanten Änderung von SGB V § 79b: Es sollen in der Besetzung der Ärzteseite der beratenden Fachausschüsse Psychotherapie nur überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte Berücksichtigung finden. Der Terminus „überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte“ kommt ursprünglich aus der Bedarfsplanung und birgt insofern Sprengstoff, da es bei der Umsetzung dazu kommen wird, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in diesen Ausschüssen nicht mehr vertreten sein werden. Unsere Verbände lehnen diesen Punkt deshalb ab. Wir sehen darin die Gefahr einer Verschlechterung der Versorgung unserer Patienten. Hier ist das letzte Wort wohl noch nicht gesprochen, das Ergebnis ist jedoch gleichsam noch nicht abzusehen.

Ihre



# Inhalt 2

Februar 2015

## 3 Was bedeuten die neuen Gesetze für uns?

*Christa Roth-Sackenheim, Andernach*

## Die Verbände informieren

### 8 ADHS-Konferenz: Was sind die Versorgungsprobleme in unseren Praxen?

*Christa Roth-Sackenheim, Andernach*

### 12 Gesundheitspolitische Nachrichten

Missbrauch von Adressen: Debeka zu Millionenbuße verurteilt

Berufsgenossenschaftliche UV-GOÄ:  
Neuropsychologische Tests besser bewertet

Entwicklungsarbeit für neuen EBM: KBV will  
Overhead-Kosten ermitteln

EU-Krankenversicherungskarte: Wie wird in  
deutschen Praxen damit umgegangen?

Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft entfällt:  
Notfalldienst schlechter bewertet

*Gunther Carl, Kitzingen*

### 14 Fortbildungsakademie der Berufsverbände

Jahresrückblick 2014 und Vorschau auf 2015

*Albert Zacher, Regensburg*

### 16 EVA-NP – Prophylaxemaßnahme gegen Versorgungslücken

Aus dem BVDN-Landesverband Westfalen-Lippe

*Frederike Klein, München*

## Rund um den Beruf

### 20 Gemeinschaftlich das Leben meistern

Mensch-Hunde-Teams bewältigen den Alltag

*Jochen Lamp, Frankfurt*

### 26 Hospizangebote für Menschen mit Depression

Interview mit Dr. Paul Timmermanns, Geschäftsführer  
der Bundes-Hospiz-Akademie, Wuppertal

*Christa Roth-Sackenheim, Andernach*

### 28 Sozialpsychiatrische Dienste als kompetente

Kooperationspartner

Aus der Serie „Komplementäre psychiatrische  
Behandlungsmöglichkeiten“

*Christa Roth-Sackenheim, Andernach*

### 31 Biografische Anamnese – was ist wann abrechenbar?

Aus der Serie „Praxisprobleme“

*Albert Zacher, Regensburg*

### 33 Offen für Veränderungen

Volkmar Figlestahler aus Speyer im Praxisporträt

*Thomas Müller, Neu-Isenburg*

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

## 20 Assistenzhunde im Teameinsatz

Menschen mit Handicap und seelischen Leiden erfahren durch Assistenzhunde praktische Hilfe im Alltag und zugleich therapeutische Wirkungen. Das Projekt VITA setzt auf die ganz persönliche enge emotionale Verbindung zwischen Mensch und seinem vierbeinigen Helfer und Freund. Jedes Mensch-Hunde-Team durchläuft eine sechswöchige Phase des gemeinsamen Lernens und Kennenlernens. Der Assistenzhund ist nicht nur Helfer im Alltag, sondern auch treuer Partner, Eisbrecher und Mittler. Er verhilft zu Unabhängigkeit, Selbstbewusstsein, Lebensmut und Lebensfreude.

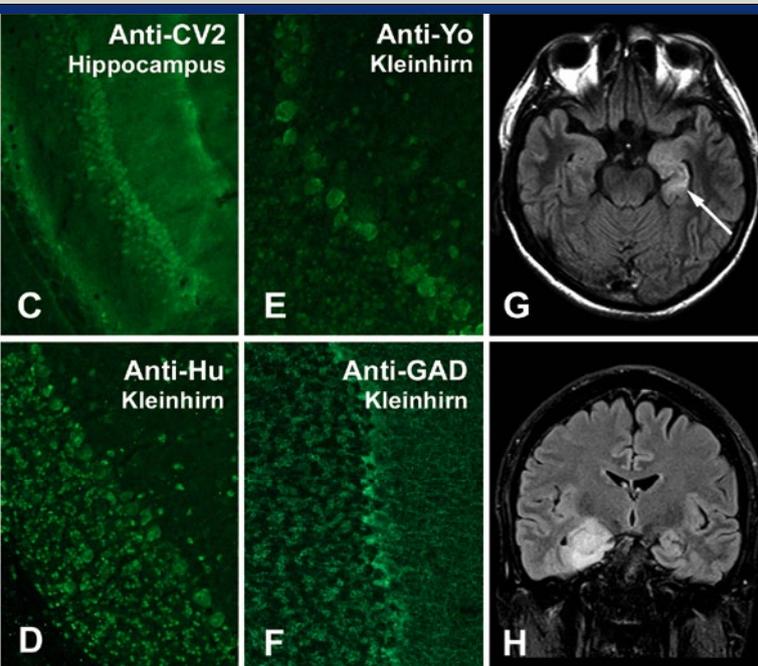
## 28 Regionale sozialpsychiatrische Dienste

Einen wichtigen Baustein in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen stellen sozialpsychiatrische Dienste wie Tagesstätten, Kontaktstellen oder aufsuchende Dienste dar. Die nervenärztlich/psychiatrische Praxis ist in der Regel mit den sozialpsychiatrischen Angeboten der Region vertraut und vernetzt und stellt auch einen häufigen Zugangsweg zu diesen dar (und umgekehrt).

## Hinweis

Auf Seite 62 f. finden Sie den Medizin Report aktuell „Behandlungskonzepte bei der Multiplen Sklerose. – Die Therapie der Krankheitsaktivität und den individuellen Bedürfnissen anpassen“ sowie auf Seite 68 f. Pharmawissen aktuell „Johanniskraut-Extrakt: alltagstaugliches Antidepressivum“. Wir bitten um Beachtung.

**Titelbild (Ausschnitt):** „CONTINUED CONVERSATIONS“ von Jeremy Holmes



## 54 Neuronale Antikörper

Die Entdeckung spezifischer Antikörper gegen neuronale Oberflächenproteine hat zu diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten geführt, die noch vor wenigen Jahren undenkbar erschienen. Etliche Symptomkonstellationen aus den Bereichen der Bewegungsstörungen, Epilepsien, demyelinisierenden Erkrankungen, Enzephalitiden, Psychosen und Demenzen werden derzeit kritisch hinsichtlich ihrer Ätiopathogenese überprüft.

## Wie Sie uns erreichen

### Verlagsredaktion:

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

### Schriftleitung:

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

### Aboservice:

Bei Fragen rund um Abonnement und Postbezug  
 Telefon: 06221 345-4304; Fax: 06221 345-4229  
 E-Mail: leserservice@springer.com

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



## Fortbildung

### 34 Wie kann die Elektrokonvulsionstherapie optimiert werden?

Antidepressive Behandlungsmethoden

*Stephan Bangratz, Bettina Grager, Jan Di Pauli, Rankweil*

### 39 PTSD mit psychotischem Erleben bei Kriegssopfern Psychiatrische Kasuistik

*Jihad Alabdullah, Malek Bajbouj, Berlin*

### 45 Verhaltens- und Verhältnisprävention psychisch erkrankter Beschäftigter Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

*Kathrin Latocha, Wuppertal*

### 54 CME: Limbische Enzephalitiden Neuropsychiatrische Störungen

*Harald Prüss, Berlin*

### 60 CME-Fragebogen

## Journal

### 70 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR

Das Gutachten  
 Johannes Mario Simmels Schauspiel  
 „Der Schuldfreund“

*Gerhard Köpf, München*

### 74 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Jeremy Holmes  
 Raumgreifende Holzskulpturen

*Albert Zacher, Regensburg*

### 25 Buch-Tipp

### 32 Kleinanzeigen

### 64 Pharmaforum

### 76 Termine

### 78 Verbandsservice

### 83 Impressum/Vorschau

## ADHS-Statuskonferenz

# Was sind die Versorgungsprobleme in unseren Praxen?

Zwölf Jahre nach dem ersten Eckpunktepapier und dem ersten deutschen Expertenkonsensus zur Diagnostik und Behandlung von ADHS im Erwachsenenalter fand am 8. und 9. Dezember 2014 in Berlin eine ADHS-Statuskonferenz statt. Was hat sich in den vergangenen Jahren getan?

Zur ADHS-Statuskonferenz hatte das Zentrale ADHS-Netz, unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit, eingeladen. Zwei Tage lang wurde zusammengefasst, was sich derzeit an evidenzbasiertem Wissen belegen lässt, welche Leitlinien und klinischen Erfahrungen mittlerweile veröffentlicht sind, um anschließend in die Diskussion einzusteigen, wie das zwölf Jahre alte Eckpunktepapier [1] weiterentwickelt werden kann.

Statements zu Versorgungsproblemen aus der täglichen Praxis steuerten Kinderärzte sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bei. Außerdem stellten Selbsthilfegruppen, Jugendhilfe und Berufsbildungswerke ihre Arbeit vor. Als einziger Erwachsenenpsychiaterin dieser Hauptstadttagung oblag mir die Darstellung

des Versorgungsalltags in den Praxen der Erwachsenenpsychiater. Der Vortragstitel lautete: „Probleme in der Umsetzung von Diagnostik und Therapie der ADHS im Alltag aus der Sicht der Psychiatrie“.

Im Rahmen der Inklusionsdebatte und bei der Frage der Schulbegleitung sind laut Referenten neue, unerwartete Versorgungsprobleme aufgetreten. So scheint es, dass Kinder mit ADHS im Vergleich zu Kindern mit einer Autismusspektrum-Störung weniger gerne und intensiv gefördert werden. Überspitzt formuliert: „Kinder mit Autismus bekommen einen Schulbegleiter, Kinder mit ADHS einen Schulverweis.“

Allen Beiträgen gemeinsam waren die folgenden Forderungen, die wohl Eingang in ein neu zu erstellendes Eckpunktepapier finden werden:

- Es braucht die Festschreibung der Kooperation zwischen allen Akteuren.
- Es braucht ein Transitionsmanagement zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie.
- Es braucht eine Flexibilisierung der Altersgrenze beim Übergang von Jugendhilfe in die Erwachsenenversorgung.
- Es braucht eine bessere Vergütung der oft komplexen Diagnostik der ADHS.
- Es braucht eine Entbürokratisierung der BTM-Rezeptierung.
- Es braucht mehr Awareness und Wissen über die ADHS in Schule, Ausbildung, aber auch in der Fort- und Weiterbildung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

### Wege in unsere Praxen

Nach wie vor sind die häufigsten Konsultationsanlässe erwachsener ADHS-Patienten beim Psychiater Beschwerden, die sich als Komorbiditäten der ADHS herausstellten. Die ADHS war bereits im Kindesalter vorhanden, aber nicht erkannt und behandelt worden. Daraus ist in vielen Fällen eine Fülle von psychosozialen Folgeproblemen entstanden. Oft stehen andere Symptome oder Diagnosen wie Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung, bipolare Störung und PTBS im Vordergrund.

Die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter kann mit der spezifischen Anamnese, gestützt durch diagnostische Manuale, eindeutig gestellt werden, wenn die entsprechenden Kriterien erfüllt sind. Behandelt wird je nach Symptomhierarchie, was häufig darauf hinausläuft, dass erstmals im Erwachsenenalter mit einer Methylphenidat-Therapie be-



Die häufigsten Konsultationsanlässe von erwachsenen ADHS-Patienten beim Psychiater sind Beschwerden, die sich in der Folge als Komorbiditäten der ADHS herausstellten.

gonnen wird, die dann zahlreiche der anderen Symptome gleichsam „auflöst“.

Ein weiterer Zugangsweg in die Erwachsenenpsychiatrie läuft über den Hausarzt, der den Patienten vom Kinderarzt übernommen hat und die Frage stellt, ob die Methylphenidat-Therapie noch erforderlich ist und wenn ja, dann mögen die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie doch bitte die Verordnung übernehmen.

Eine nicht zu vernachlässigende Anzahl der Menschen kommt spontan, weil sie die Vermutung haben, bei ihnen könnte eine ADHS vorliegen: „Mein Sohn/meine Tochter hat die Diagnose bekommen und ich war/bin genauso, habe ich auch eine ADHS?“ Diese Selbstdiagnosen sind häufig von erstaunlicher Treffsicherheit. Die Anamnese, die Testdiagnostik, die Ausprägung und der Stellenwert der Symptome in der derzeitigen Lebenssituation bilden dann die Grundlage für einen Therapieplan, der neben anderen Maßnahmen (Coaching, Selbsthilfegruppe, ...) auch einen Behandlungsversuch mit Methylphenidat enthalten kann.

Und nicht zuletzt kommen die älter werdenden Patienten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, entweder von niedergelassenen Kollegen, aus den (teil-) stationären Einrichtungen oder kinder- und jugendpsychiatrischen PIA. Letztere Einrichtungen geben die Patienten konsequent mit 18 Jahren ab, die Vertragsärzte dürfen bis zum 21. Lebensjahr weiterbehandeln. Die Transition, der Übergang von einem zum anderen Versorgungsbereich ist oft schwierig und stellt eine Herausforderung für die beteiligten Akteure dar. Sie klappt am besten, wenn alle frühzeitig darauf hinarbeiten. Wir Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben in der Regel keinerlei Erfahrung mit dem Jugendhilfesystem, in dem die Patienten oft einen jahrelangen Entwicklungsweg durchlaufen haben. Die plötzliche Änderung des Settings bei einem Erwachsenenpsychiater überfordert den volljährigen Patienten und seine Eltern oft, da die Einbettung in ein Hilfesystem mit Jugendämtern, Familienhilfe, Berufsförderung etc. plötzlich wegfällt und eigenverantwortliche Entscheidungen gefordert sind.

### Transitionszeit von einem Jahr gefordert

Der BVDP fordert eine Transitionszeit von mindestens einem Jahr, in dem der Betroffene parallel bei den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt wird, die mindestens ein Übergabegespräch miteinander haben und in der ein zusammenfassender Übergabebrief aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie erstellt wird. Für diese gemeinsame Behandlung besteht kein Ausschlusskriterium in den vertragsärztlichen Bedingungen.

### Heutige Behandlungsoptionen

Bei den Behandlungsmöglichkeiten im Erwachsenenalter haben sich gegenüber 2002/03 deutliche Verbesserungen ergeben, Methylphenidat und Atomoxetin sind zur Behandlung im Erwachsenenalter zugelassen. Sämtliche Forschungsergebnisse stützen die These der Wirksamkeit und Weichenstellung einer frühen konsequenten Behandlung.

» *Kinder mit Autismus bekommen einen Schulbegleiter, Kinder mit ADHS einen Schulverweis.* «

Die ADHS-Diagnose wird zwar inzwischen häufiger gestellt, dennoch muss aber noch von einer deutlichen Unterrepräsentation ausgegangen werden. Die Umsetzungsprobleme im Alltag sind oft gekennzeichnet von Unwissen oder auch ideologisch gefärbten Haltungen. ADHS wird immer noch, auch von Kollegen, als eine Modediagnose abgetan. Die BTM-Rezeptierung wird von vielen als bürokratisches Hindernis angesehen und impliziert eine Nähe zu Medikamenten wie Opiaten, wodurch fatalerweise „gefühlte“ eine Nähe zu kriminellen oder suchtmedizinischen Bedingungen hergestellt wird.

Weiterhin sind die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Behandlung von Patienten mit „klassischen“ Diagnosen vollkommen ausgelastet und haben oft keine Valenzen für eine neue, zunächst nicht unbedingt einfache Klientel: Es werden Terminzettel verlegt, der Patient kommt diens-

### Forderungen von BVDN/BVDP zur ADHS

- Bessere Vernetzung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Strukturiertes Transitionsmanagement
- Bessere Verankerung in der Weiterbildungsordnung
- Bessere Vergütung der komplexen Diagnostik
- Entbürokratisierung der BTM-Verordnung

tags anstatt zum vereinbarten Termin am Montag, Termine werden ganz vergessen, das BTM-Rezept ist verschwunden oder wurde nicht rechtzeitig eingelöst (...). Ein gut eingestellter ADHS-Betroffener ist jedoch eindeutig ein sehr dankbarer und „unkomplizierter“ Patient.

### ADHS und Delinquenz

In der forensischen Psychiatrie beginnt gerade eine Debatte über ADHS und Delinquenz. Sämtliche Forschungsergebnisse zeigen bei Inhaftierten ein überdurchschnittlich hohes Vorkommen von ADHS-Spektrums-Symptomen. Wir werden hier eine breite gesellschaftliche Debatte – auch im Strafrecht – zu erwarten haben: „Was ist krank und was ist kriminell?“ Wofür ist der Betroffene selbst verantwortlich und wo beginnt die schicksalhafte Erkrankung, die die Frage der Schuldfähigkeit berührt? □

### Literatur

1. Ebert D, Krause J, Roth-Sackenheim C (Hrsg.): ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. Der Nervenarzt 2003; 74 (10): 939–46

### AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

## Vertragswerkstatt

# Die Versorgung psychisch und neurologisch Erkrankter verbessern

Die KBV hat gemeinsam mit ärztlichen und psychotherapeutischen Verbänden ein neues Versorgungskonzept zur Verbesserung der Versorgung psychisch und neurologisch Erkrankter erstellt.

Die strukturierte Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten im ambulanten Sektor trägt maßgeblich zum Behandlungserfolg bei. Dies gilt für psychische Erkrankungen genauso wie für somatische. Aus diesem Grund hat die Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam mit ärztlichen und psychotherapeutischen Verbänden ein Konzept zur Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen erarbeitet. Der Vertrag definiert erstmals einen gemeinsamen Versorgungsauftrag für neurologische und psychische Erkrankungen und bündelt so die Kompetenzen aller Betei-

ligten. Dadurch schafft er die Voraussetzungen für eine strukturierte, nahtlose Versorgung.

Der besondere Wert des Versorgungsprogramms liegt vor allem in einem verbesserten Austausch und der intensiveren Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten. Abhängig von Diagnose und Komplexitätsgrad koordinieren danach Psychotherapeuten und Ärzte die Behandlung, um die Patienten schneller und zielgerichtet der am besten geeigneten Versorgungsebene zuordnen zu können. Dieses Vorgehen ermöglicht eine wohnortnahe Versorgung und reduziert stationäre Aufenthalte. Arbeitsunfähigkeitszeiten der Patienten sollen

so verringert und die Gefahr chronischer Krankheitsverläufe vermindert werden. Neben der KBV waren der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV), der Berufsverband für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM), der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) und der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) an dem Vertragskonzept beteiligt.

---

Pressemitteilung der KBV

## Demografischer Wandel: SPiZ mahnt Weichenstellung an

Angesichts des demografischen Wandels hat der Vorsitzende des Spitzenverbandes ZNS (SPiZ), Dr. Frank Bergmann, im Rahmen der DGPPN-Jahrestagung Ende 2014 erneut darauf hingewiesen, dass altersbedingte neurologische und psychiatrische Erkrankungen künftig nur dann gut versorgt werden können, wenn alle an der Versorgung Beteiligten in einer Region eng und effektiv zusammenarbeiten. Diese Kooperation betreffe Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, aber auch Pflege- und Sozialdienste, Wohn- und Pflegeheime. „Die Konzepte dafür, wie die Vernetzung regional aussehen sollte, liegen vor, jetzt braucht es einen konkreten Auftrag der Politik an die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, sie auch umzusetzen“, fordert Bergmann. Es sei zu fürchten, dass sich die Versorgung nicht rasch genug auf diese Anforderungen einstellen könne. Schon jetzt sei nach einem aktuellen Gutachten des IGES-Instituts die Versorgung von Demenzkranken unzureichend. Bergmann weist darauf hin, dass sich Versorgungsressourcen nicht beliebig steigern lassen. „Kompetente Pflegedienste, Fachärzte in der Klinik, niedergelassene Psychiater, Neurologen und Psychotherapeuten erhalten wir nicht in beliebiger Zahl, auch nicht mit mehr

Geld“, betont er. Daher sei es notwendig, die vorhandenen Leistungserbringer optimal zu vernetzen. „Doppelstrukturen und konkurrierende Systeme können wir uns nicht leisten“, mahnt Bergmann. Eine bessere Vernetzung der Angebote in einer Region könne es den Fachärzten erleichtern, ihre eigentlichen Aufgaben optimal wahrzunehmen – nämlich die Differenzialdiagnose, die Therapieplanung und die Koordination verschiedener Therapieangebote. Auch die enge Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizinern sei sinnvoll, um Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen auszubauen und Betriebe bei ihrem Gesundheitsmanagement zu unterstützen. Die Vernetzung in den Regionen aufzubauen und zu organisieren ist eine Aufgabe der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Der SPiZ fordert aber von der Politik einen konkreten Auftrag an die Selbstverwaltung, diese zu installieren. „Sonst besteht das Risiko, dass wir über Einzelinitiativen und punktuelle Lösungen nicht hinauskommen. Wir brauchen aber sehr zeitnah flächendeckende Angebote“, so Bergmann.

---

Presseinformation des Spitzenverbandes ZNS (SPiZ)

## MISSBRAUCH VON ADRESSEN

## Debeka zu Millionenbuße verurteilt

➔ Die Debeka hatte Adressdaten möglicher künftiger Versicherter auf unzulässige Art und Weise erworben. Nach einem Bericht der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 29.12.2014 verhängte der Datenschutzbeauftragte des Landes Rheinland-Pfalz gegen die Debeka eine Strafzahlung in Höhe von 1,3 Millionen €. Die Debeka ist der größte deutsche private Krankenversicherer. Außerdem musste sich die Debeka dazu verpflichten, die Gründung einer Stiftungsprofessur an der Universität Mainz mit 600.000 € zu finanzieren. Hier soll Grundlagenforschung zu einem effektiven Datenschutz betrieben werden. Statt einen jahrelangen Rechtsstreit auszutragen hat die Debeka die Millionenbuße akzeptiert. Vor etwa 20 Jahren hatten einzelne Vertriebsmitarbeiter die Adressen künftiger Beamter erworben, um diese als Kunden für Versicherungsverträge anzusprechen. Der Datenschutzbeauftragte rügte, dass die Aufsichtsmaßnahmen der Debeka über ihre Mitarbeiter zum Datenschutz nicht ausreichten. Die Debeka hatte mit Tippgebern

in Behörden zusammengearbeitet. Weitere staatsanwaltliche Ermittlungen gegen Debeka-Mitarbeiter sowie Angehörige des öffentlichen Dienstes laufen noch.

**Kommentar:** Die Debeka ist Krankenversicherter, Nervenärzten und Psychiatern als die private Krankenversicherung bekannt, die psychisch Kranke diskriminiert. Sie erfüllt nämlich ihre Vertragspflicht als Krankenversicherer gegenüber psychisch Kranken nur unzureichend, weil sie systematisch die ärztlichen Kosten psychiatrischer Untersuchungen (Nr. 801 GOÄ) nur teilweise erstatten möchte. Neuerdings werden auch längere psychiatrische Behandlungsgespräche (Nr. 806 GOÄ) nicht erstattet. Damit verstößt sie gegen die Bestimmungen der Gebührenordnung für ärztliche Leistungen (GOÄ) und behindert die adäquate fachärztliche ambulante Behandlung psychisch kranker Menschen. Einigungsversuche zwischen Debeka, BÄK und dem BVDN führten nicht zu einem Einlenken der Debeka. Die meisten Kollegen machen daher



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

»Die Debeka verstößt fortwährend gegen die GOÄ-Bestimmungen und behindert die adäquate fachärztliche ambulante Behandlung psychisch kranker Menschen.«

mittlerweile psychisch kranke Versicherte der Debeka bereits vor Behandlungsbeginn darauf aufmerksam, dass sie einen Teil der Behandlungskosten selbst tragen müssen, wenn die Debeka ihrer vertraglichen Erstattungspflicht nicht nachkommt. **gc**

## BERUFGENOSSENSCHAFTLICHE UV-GOÄ

## Neuropsychologische Tests besser bewertet

➔ Seit Januar 2015 werden die standardisierten Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik (Nr. 856) von den Unfallversicherungsträgern (UV, = Berufsgenossenschaften) deutlich besser honoriert. Für jeden einzelnen Test bekommen Ärzte nun 45,00 €. Bis 2014 waren es einmalig 31,01 €, unabhängig von der Zahl der durchgeführten Tests. Die Leistungslegende wurde um neuere Testverfahren erweitert und so den aktuellen Entwicklungen auf diesem Gebiet angepasst. Insbesondere Schädel-Hirn-Verletzte bei Arbeitsunfällen

müssen im Rahmen von Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Ausfälle getestet werden. Die UV-GOÄ-Nr. 855 (projektive Testverfahren) wird auf 30 € reduziert, kann aber ebenfalls mehrfach abgerechnet werden. Das gleiche gilt für die UV-GOÄ-Nr. 857, die von 9,96 € auf 15,00 € steigt.

**Kommentar:** Die Berufsverbände BVDN und BDN hatten sich im Vorfeld für eine verbesserte Leistungshonorierung bei neuropsychologischer Diagnostik und Therapie von berufsunfallbedingten Schädel-Hirn-Verlet-

zungen eingesetzt. Gerade bei komplexen oder hirnlokalen neuropsychologischen Defiziten kam man mit der bisher bezahlten Häufigkeit von neuropsychologischen Tests nicht aus. Durch die Fortschritte in Rettungswesen, neurochirurgischer Sofortintervention und Intensivmedizin überleben immer mehr Schädel-Hirn-Verletzte, die einer differenzierten und längerfristigen neuropsychologischen Therapie bedürfen. Diese wird immer häufiger auch in ambulanten neurologischen Rehabilitationseinrichtungen geleistet. **gc**

## ENTWICKLUNGSARBEIT FÜR NEUEN EBM

## KBV will Overhead-Kosten ermitteln

➔ Möglicherweise 2016 soll ein neuer einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt werden. Die Detailarbeit hieran

ist schon kräftig angelaufen. Die Berufsverbände BVDN, BVDP, BDN haben ihre differenzierten und kalkulatorisch sauber unter-

mauerten Änderungsvorschläge bereits bei der Honorarabteilung der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eingereicht. Dies

stellt für uns einen immensen zeitlichen und finanziellen Kraftakt dar. Um den in den letzten Jahren deutlich gestiegenen allgemeinen Praxiskosten durch beispielsweise neue Hygiene-, Dokumentations-, Qualitätsmanagement- und Bürokratievorschriften im neuen Preisgefüge des EBM Rechnung zu tragen, hat die KBV eine Ermittlung dieser sogenannten Overhead-Kosten in Auftrag gegeben. Letztendlich schlagen sich diese Tätigkeiten in einer sinkenden Produktivität der eigentlichen ärztlichen

Arbeit nieder. Eine ganze Anzahl von Praxen wird angeschrieben, um per Fragebogen den Zeitaufwand für Managementaufgaben, Personalplanung, Abrechnungskontrolle, Diagnosenkodierung etc. anzugeben. Parallel hierzu wird mit einer „Multimoment-Studie“ mehrfach täglich punktuell ermittelt, welcher Tätigkeit der Vertragsarzt gerade in diesem Moment nachgeht.

**Kommentar:** Wer für diese Studien angeschrieben wird, sollte unbedingt daran

teilnehmen. Denn seit Jahren monieren wir die mangelhafte Berücksichtigung dieser Tätigkeitsbereiche in unseren Praxen. Die zunehmende Flut an Vorschriften, Überwachungs- und Kooperationsaufgaben, Mitarbeitergesprächen und Sicherheitsmaßnahmen reduziert unsere fachärztliche Effizienz und Effektivität erheblich. Diese vom System erzwungene reduzierte ärztliche Arbeitsproduktivität muss sich auch in einer Erhöhung der Honorare wiederfinden.

gc

## EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE

### Wie wird in deutschen Praxen damit umgegangen?

➔ Die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) informiert die Vertragsarztpraxen zum Jahresbeginn über Neuerungen im Umgang mit der europäischen Krankenversicherungskarte. Nach Angaben der KBV legen Patienten, die im europäischen Ausland krankenversichert sind und hierzulande erkranken, als Anspruchsnachweis für die Behandlung eine europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) vor. Dies betrifft Patienten aus dem europäischen Wirtschaftsraum und aus der Schweiz. Die KBV schildert mehrere sehr spezifische Änderungen auf dem Abrechnungsformblatt „Muster 5“, die auf die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) zurückzuführen

sind. Im Übrigen wird das modifizierte Merkblatt „Checkliste für die Praxis: so funktioniert die Abrechnung bei Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ (www.kbv.de) vorgestellt.

**Kommentar:** So schön es auch wäre, wenn Europäer, die gesetzlich krankenversichert sind, in jedem EU-Land und der Schweiz mit ihrer Krankenversicherungskarte bei ambulanter Behandlung das GKV-Sachleistungssystem in Anspruch nehmen könnten, es funktioniert in der Regel nicht. Denn beruflich oder Urlaubsreisende haben häufig ihre Krankenversicherungskarte nicht dabei oder sie ist nicht aktuell. Nicht

selten bekommt der deutsche Vertragsarzt die der KV in Rechnung gestellten Behandlungskosten von EU-Reisenden nicht erstattet, obwohl er vermeintlich alle Formulare richtig ausgefüllt hat. Wer umgekehrt als deutscher GKV-Versicherter im Ausland ambulante ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen muss, erfährt praktisch immer, dass er als Selbstzahler angesehen wird. Er muss per Scheckkarte oder bar zahlen. Die Erfahrung zeigt, dass man als deutscher Vertragsarzt per Bar- oder Scheckkartenzahlung (falls in der Praxis möglich) der Rechnung die wenigsten Probleme hat, zumal Reisende meist auch selbst diese Art der Liquidation erwarten.

gc

## ZUSATZPAUSCHALE FÜR DIE BESUCHSBEREITSCHAFT ENTFÄLLT

### Notfalldienst schlechter bewertet

➔ Mit dem 1. Januar 2015 wurden die Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft im Notfalldienst (01211, 01215, 01217 und 01219) gestrichen. Diese Zusatzpauschalen hatten die Notfalldienstleistungen im organisierten Notfalldienst im Honorar verbessert. Die Streichung dieser Ziffern wurde vom Bundessozialgericht erzwungen. Denn für Nicht-Vertragsärzte (in der Regel Notfalldienst leistende Krankenhausärzte) waren diese Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft nicht berechnungsfähig. Hier wollte das Bundessozialgericht (BSG) eine Gleichbehandlung herstellen. Dies führte letztendlich zu einer Streichung der Zusatzpauschalen für alle Notfalldienst Leistenden durch den Bewertungsausschuss. Als Kom-

pensationsversuch wurde eine Differenzierung der eigentlichen Notfallpauschale in eine Pauschale für den Tagdienst (01210, 7.00 bis 19.00 Uhr) und eine Pauschale für den Nachtdienst (01212, 19.00 bis 7.00 Uhr) vorgenommen.

**Kommentar:** Die ohnehin erhebliche Unterbewertung vertragsärztlicher Tätigkeit im organisierten Notfalldienst wird hierdurch noch weiter verschlechtert. Die geringfügige Erhöhung für die nächtlichen Notfälle erkaufte man durch eine Preisreduktion bei den Notfällen tagsüber. Durch den Wegfall der Zusatzpauschalen für die Besuchsbereitschaft ergibt sich je Patientfall ab 2015 eine Honorarreduktion um

etwa 6 € bis 20 € im Vergleich zu 2014. Nun wird es noch schwerer fallen, motivierte Kolleginnen und Kollegen für den organisierten Notfalldienst der KVen zu finden. Ohnehin sollten diese Dienste übrigens endlich flächendeckend professionalisiert und mit einem adäquaten Honorar ausgestattet werden. Manche Länder-KVen sind hier schon Schritte in die richtige Richtung gegangen. Wenn es um die Finanzierung geht, müssen sich die Krankenkassen selbstverständlich umfassend daran beteiligen. Denn die personell defizitäre Situation in diesem Bereich ist bereits Ausdruck von Ärztemangel auf dem Land und der fortschreitenden demografischen und Morbiditätsentwicklung.

gc

# Fortbildungsakademie: Jahresrückblick 2014

Im Jahr 2014 fanden insgesamt sechs Seminarveranstaltungen der Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP mit 176 Teilnehmern statt.

## — Begutachtung von posttraumatischen Belastungsstörungen

1.2.2014 in Frankfurt am Main  
Referenten: Richter W. J. Kainz, Vorsitzender Richter am Bayerischen Landessozialgericht; PD Dr. Dipl.-Psych. M. Schützwohl, Dresden  
Das Seminar wurde aus Mitteln des Fördervereins der Fortbildungsakademie unterstützt.

## — Molekularbiologische Wirkmechanismen von Antidepressiva. Laborchemische Untersuchungen in Psychiatrie und Neurologie

15.2.2014 in München und  
20.9.2014 in Frankfurt am Main  
Referenten: Prof. Dr. H.-P. Volz, Ärztlicher Direktor Klinik Werneck; Prof. Dr. H. S. Fießl, Haar/München  
Beide Seminare konnten dank Unterstützung der Firma SERVIER Deutschland GmbH angeboten werden.

## — Psychopharmakologie für Kenner und Köhner

4.4.2014 in Köln (anlässlich des Neurologen- und Psychiater-Tages)  
Referent: Prof. Dr. G. Gründer, Aachen  
Das Seminar wurde aus dem Sponsorrentopf des NUP-Tags finanziell unterstützt.

## — ADHS-Seminar für Fortgeschrittene

25.10.2014 in München  
Referenten: Prof. Dr. G. Gründer, Aachen; Dr. J. Kiss, Universitätsklinikum Göttingen;  
Dr. N. Mayer-Amberg, Hannover  
15.11.2014 Köln  
Referenten: Prof. I. Anghelescu, Klinik Fontheim Liebenburg; Dr. J. Kiss, Universitätsklinikum Göttingen;  
Dr. N. Mayer-Amberg, Hannover  
Beide ADHS-Seminare wurden freundlicherweise durch MEDICE GmbH & Co. KG ermöglicht.

## Dank an Veranstalter, Teilnehmer ...

Ich möchte an dieser Stelle – auch im Namen aller Kollegen – der Athene-Akademie, speziell Dipl.-Psych. Nadya Daoud für die hervorragende Arbeit bei der Durchführung und Auswertung der Seminare der Fortbildungsakademie danken.

Auch danke ich den genannten Referenten. Ihr Verdienst ist es, dass die Gesamtevaluation der Seminare der Fortbildungsakademie 2014 außerordentlich positiv ausgefallen ist: So wurde die Präsentation der Seminare durch die Referenten (Klarheit, Aufbau etc.) mit 1,45 bewertet, die Präsentation anhand der Qualität der Folien und Dias mit insgesamt 1,51, die Verwertbarkeit der Themen (Umsetzbarkeit, Praxisnähe) mit 1,49, die Aktualität der Inhalte mit 1,42, die Angemessenheit des inhaltlichen Umfangs mit 1,53 und die Diskussionsbereitschaft mit 1,34 (im Sinne von Schulnoten, also insgesamt ein „Sehr gut“).

Die Frage, ob Werbeinhalte vorkamen, wurde von allen Teilnehmern mit „nein“ beantwortet. Alle Teilnehmer fanden, dass das Seminar, das sie besucht hatten, auch in anderen Regionen zur Durchführung empfehlenswert sei. Dank deshalb auch all denen, die die Seminare der Fortbildungsakademie besucht und evaluiert haben.

## ... und Förderbeiratsmitglieder

Für die Aufrechterhaltung der Organisationsstruktur der Fortbildungsakademie wurde vor Jahren ein Förderverein gegründet, dem Firmen der pharmazeutischen Industrie als Förderbeiratsmitglieder angehören können. Diese Firmen entrichten eine jährliche Spende, dank derer auch Seminarveranstaltungen stattfinden können, für die es – weil thematisch nicht auf spezifische Erkrankungen und somit Indikationen zugeschnitten – kein spezielles Industrie-Sponsoring gibt. 2014 gehörten dem Förderbeirat an:

- MEDICE GmbH & Co. KG
- MERZ Pharmaceuticals GmbH
- neuraxpharm Arzneimittel GmbH
- SERVIER Deutschland GmbH

Wir danken diesen Firmen ganz herzlich für die jährliche großzügige Spende, durch die die Arbeit der Fortbildungsakademie wesentlich erleichtert worden ist und die Kostenbeiträge für die Teilnehmer auf ein zumutbares Niveau gesenkt werden konnten. *PD Dr. med. Albert Zacher*



## Ausblick 2015

Für 2015 sind folgende Seminare geplant:

### 1. Die häufigsten internistischen Erkrankungen und ihre medikamentöse Behandlung. Interaktionen zwischen den am häufigsten eingesetzten internistischen Medikamenten und Psychopharmaka/Neuropharmaka

Referenten: Prof. Dr. Hermann Sebastian Fießl, Haar/München; zweiter Referent angefragt  
Sponsoring: SERVIER Deutschland GmbH

### 2. ADHS und Autismus, Überschneidungen, Abgrenzung, Behandlungsstrategien

Referenten stehen noch nicht fest.  
Sponsoring: MEDICE GmbH & Co. KG

### 3. Ein Train-the-trainer-Seminar zum Thema Arzthelferinnen-Fortbildung

Referenten: Dr. F. Bergmann, Aachen; Dr. W. Hofmann, Aschaffenburg; Frau Dr. R. Wietfeld, Witten  
Der Termin steht noch nicht fest.  
Die Veranstaltung wird teilweise mit Mitteln des Fördervereins der Fortbildungsakademie unterstützt.

Es würde uns freuen, wenn Sie 2015 an unseren Veranstaltungen teilnehmen würden, die speziell für die Bedürfnisse niedergelassener Nervenärzte, Psychiater und Neurologen ausgesucht und zugeschnitten sind. Beachten Sie hierfür bitte aktuell die Veranstaltungshinweise in der Rubrik „Termine“ im NeuroTransmitter.

Neues aus dem BVDN-Landesverband Westfalen-Lippe

# Prophylaxe von Versorgungsnotständen mit EVA-NP

Ein Flächenland wie Westfalen sieht sich im Zuge des demografischen Wandels und dem spürbaren Fachärztemangel, aber auch wegen der Folgen der Bedarfsplanung großen Problemen im Bereich der neurologisch-psychiatrischen Versorgung gegenüber. Die „Entlastende Versorgungsassistenz in der Neurologie und Psychiatrie“ (EVA-NP) ist so etwas wie eine Prophylaxemaßnahme gegen die drohenden Versorgungslücken.

Über alle Facharztgruppen hinweg war in Westfalen dafür plädiert worden, die Bedarfsplanung für die grundversorgenden Fachärzte nicht an den Kreisgebieten, sondern an den Mittelzentren zu orientieren, sodass sich nicht alle Fachärzte in der Kreisstadt versammeln, sondern auch die umliegenden Städte mit versorgt sind. „Das ist leider in Berlin nicht aufgegriffen worden – und das ist schädlich für ein Flächenland“, berichtet Rüdiger Saßmannshausen, 1. Vorsitzender des Landesverbands Westfalen-Lippe aus Bad Berleburg. Sein eigener Kreis Siegen-Wittgenstein zeigt die Probleme: In der Kreisstadt Siegen, die exzentrisch im Südwesten der Region liegt, sind elf der zwölf Facharztstühle vertreten, ein einziger nur im nordöstlichen Teil des Kreises in Bad Berleburg – der von Saßmannshausen. „Eine Sieger Praxis macht hier noch eine neurologische Sprechstunde, aber insgesamt

sieht die Versorgungssituation für das Kreisgebiet nicht gut aus“, weiß er. Wenigstens sind mit der neuen Bedarfsplanung im ehemaligen Sonderplanungsbe- reich Ruhrgebiet die Zahlen für fünf Jahre fortgeschrieben worden und es ist weiterhin das Ziel, die Planungszahlen nur schrittweise anzupassen und nicht schlagartig, um in der Fläche die Versorgung nicht gänzlich auszutrocknen.

## Auf dem Weg in die breite Versorgung

Einen wichtigen Punkt zur Sicherung der Versorgung in der Zukunft sieht Saßmannshausen in der EVA-NP. „Im Grunde ist es von unserer Seite eine Prophylaxe für das, was zu erwarten ist“, meint er. In einem Flächenland wie Westfalen sehe es künftig für die neurologische und psychiatrische Versorgung schlecht aus. „Wir haben schon jetzt Gebiete, wo wir keine Versorgung mehr sicherstellen können. Das wird in der Zu-

kunft noch zunehmen. Kollegen, die die Versorgung aufrechterhalten, werden dadurch immer noch mehr zu tun haben. Wir brauchen die EVA-NP, damit wir überhaupt noch die stetig wachsende Patientenzahl versorgen können.“

Stolz betont er: Die EVA-NP läuft. 14 EVA-NP haben sich bereits qualifiziert, darunter auch ein Mann. Ein zweiter Kurs hat bereits begonnen. Allerdings muss eine solche Leistung auch honoriert werden. „Die Ausbildung kostet Geld und natürlich hat die EVA-NP, wenn sie ihren Job gut macht, auch Anspruch auf eine entsprechende Vergütung.“ Es gibt zwar seit 1. Januar 2015 eine im EBM verankerte Vergütung der EVA im hausärztlichen, nicht aber im neurologisch-psychiatrischen EBM. „Wir haben Vereinbarungen mit einzelnen Kassen, die uns die Betreuung mit einer EVA-NP auch bezahlen, aber das sind Einzelverträge, das animiert die Kollegen noch nicht genug, ihre Mitarbeiterinnen zur EVA-NP ausbilden zu lassen“, so Saßmannshausen. Die KV Westfalen-Lippe bemüht sich gemeinsam mit dem BVDN um weitere Verträge mit Kassen, um diese Option in der Breite zu verankern. Saßmannshausen ist vorsichtig optimistisch: „Auch hinsichtlich der AOK scheint es nicht aussichtslos, einen Vertrag hinzukriegen.“

## Vorreiter sein

„Wir sind auch in anderen Bereichen Vorreiter“, erläutert Saßmannshausen. Aktuell erarbeitet der Landesverband mit der KV Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Westfalen-Lippe einen Leitfaden zur Heimversorgung. „Uns war auf-



Die Erstellung eines Leitfadens zur Heimversorgung steht in Westfalen-Lippe weit oben auf der Agenda.

gefallen, dass die Bedingungen dafür eine große Bandbreite aufweisen, was zu großen Unsicherheiten führte. Zudem drohten sich immer öfter Kollegen aus der Heimversorgung zu verabschieden.“ Finanziell ist diese in Westfalen-Lippe zwar nicht uninteressant: Die Honorierung läuft über ein Individualbudget extrabudgetär. Das ändert aber nichts am großen Aufwand, der bei der Heimversorgung anfällt. Ziel des vom BVDN zu entwickelnden Manuals ist es, einerseits den Kollegen Sicherheit und Klarheit in den Abläufen zu geben, aber auch nach außen darstellen zu können, wie aufwändig die Heimversorgung ist und dass sie eine entsprechende Honorierung benötigt. „Natürlich hoffen wir auch, wieder mehr Kollegen gewinnen zu können, in die Heimversorgung einzusteigen“, ergänzt Saßmannshausen.

Ein anderer Impuls der Westfalen ist an anderer Stelle aufgegriffen worden: „Wir haben angefangen, ein Curriculum für das Gebiet Schlafmedizin zu entwickeln, weil wir es ungern ganz den Internisten überlassen wollten.“ Schließlich sehen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater extrem viele Patienten mit Schlafstörungen. Weil die interdisziplinäre Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin inzwischen selbst ein solches Curriculum entwickelt, ist das Projekt wieder in der Schublade verschwunden. Aber das findet Saßmannshausen nicht schlimm: „Der Impuls ist ja angekommen.“

### Nervenarzt oder Doppelfacharzt?

Nachdem in Brandenburg als letztem Bundesland der Nervenarzt abgeschafft wurde, ruht derzeit auch in Westfalen der Plan, den Nervenarzt wieder einzuführen. Er bleibt aber weiter eine Option, bekräftigt Saßmannshausen: „Wir werden diesen Stachel nicht ganz beiseitelegen!“ Abzuwarten ist aber die Entwicklung der neuen WBO, deren Einführung auf 2017 terminiert ist. Die neurologischen und psychiatrischen Fachgesellschaften DGN und DGPPN hatten ursprünglich geplant, die Weiterbildung in ihren Fächern jeweils auf sechs Jahre anzuheben, um mit der Inneren und der Chirurgie gleich zu ziehen. Aber zumindest die DGPPN sei inzwischen zurückgerudert und favorisiere wieder fünf Jahre, berichtet Saßmannshausen. Im Früh-

jahr 2014 sei bei einem Treffen in Berlin klar geworden, dass die Versorger diese Initiative einer Verlängerung der Weiterbildung nicht mittragen wollten. „Wie sollten die Abteilungskrankenhäuser und größeren Krankenhäuser in ländlichen Regionen die Weiterbildungsanforderungen erfüllen, wenn sie sowieso Nachwuchsmangel haben?“ Nun muss die geplante WBO nach Ansicht von Saßmannshausen präzisiert und abgespeckt werden. Er favorisiert die Vorstellung der Bundesärztekammer, dass nach einer Facharztausbildung zum Neurologen oder Psychiater spezielle Module ergänzend angeschlossen werden können.

Der Doppelfacharzt wäre bei einer Weiterbildung von je sechs Jahren völlig illusorisch geworden. „Es gibt jetzt Überlegungen, spezielle Regelungen dafür zu konstruieren“, weiß der Landesverbandsvorsitzende. „Das müssen DGN und DGPPN aushandeln.“ Es soll weiterhin ein Jahr im jeweils anderen Fach geleistet werden, aber es soll zusätzlich auch eine spezielle Regelung gefunden werden, um die Doppelfacharztanerkennung in weniger als zehn Jahren

möglich zu machen. „Wir müssen eine gangbare Lösung finden, um Kollegen und nicht zuletzt Kolleginnen diesen Weg zu ermöglichen“, sagt er auch mit Blick auf den immer höheren Bedarf an Teilzeit-Weiterbildungsstellen, die jedoch den Erwerb der Facharztanerkennung zeitlich hinauszögern.

### Innovativ, aber trotzdem Schlusslicht

Trotz aller Impulse aus Westfalen bleibt das Problem der ausgefallenen Konvergenz: Westfalen-Lippe hat den geringsten Basisfallwert bundesweit. „In Westfalen muss die ambulante Medizin endlich genauso gut ausgestattet werden wie in anderen Bundesländern“, fordert Saßmannshausen. Seine Begeisterung für sein Fach trübt das nicht. „Es lohnt sich immer wieder, berufspolitisch ‚in die Eisen‘ zu gehen und zu sagen, wir müssen das eine oder andere an Projekten anstoßen und schauen, wie wir die Versorgung verbessern können.“ □

### AUTORIN

Friederike Klein, München

### EVA-NP auf dem Weg in die Versorgungsrealität

Eine einheitliche Honorierung der Leistungen einer EVA-NP gibt es in Westfalen-Lippe noch nicht. Seit 1. Juli 2014 ist aber immerhin ein Vertrag des BVDN-Landesverbands und der KV Westfalen-Lippe mit der BARMER GEK NRW und der DAK-Gesundheit über den Einsatz von „Entlastenden Versorgungsassistentinnen im Bereich Neurologie und Psychiatrie“ in Kraft.

Auf Delegation des Arztes hin dürfen die EVA-NP Medikamentenchecks übernehmen, Behandlungstermine der Patienten koordinieren sowie Haus- oder Heimbefuche durchführen. Anspruchsberechtigt sind Versicherte der BARMER GEK und der DAK-Gesundheit in Westfalen-Lippe, bei denen eine Krankheit wie Demenz, MS oder Schlaganfall ärztlich gesichert diagnostiziert wurde. Die Teilnahme ist für die Patienten kostenlos.

Seitens der Ärzteschaft können alle im Bereich der KV Westfalen-Lippe zugelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie

und für Psychiatrie dem Vertrag beitreten, sofern sie in der eigenen Praxis eine entsprechend ausgebildete EVA-NP Fachkraft beschäftigen. Diese muss das Fortbildungcurriculum „Entlastende Versorgungsassistentin/Schwerpunkt Neurologie und Psychiatrie (EVA-NP) der Ärztekammer Westfalen-Lippe“ erfolgreich absolviert haben und über eine ununterbrochene Berufstätigkeit von mindestens drei Jahren in einer neurologischen oder psychiatrischen oder nervenärztlichen Praxis verfügen.

Für die Haus- oder Heimbefuche beträgt die Vergütung im Quartal je Versichertem 17 €. Die darüber hinaus von den EVA-NP erbrachten Leistungen werden ebenfalls je Versicherten mit einer Quartalspauschale in Höhe von 15 € vergütet.

*Gemeinsame Presseinformation der BARMER GEK NRW, DAK-Gesundheit, des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (Landesverband Westfalen) und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe vom 24. Juli 2014. [https://www.kvwl.de/presse/pm/2014/2014\\_07\\_24\\_1.htm](https://www.kvwl.de/presse/pm/2014/2014_07_24_1.htm)*

## Assistenzhunde für Menschen mit Handicap und seelischen Leiden

# Mensch-Hunde-Teams – gemeinschaftlich das Leben meistern

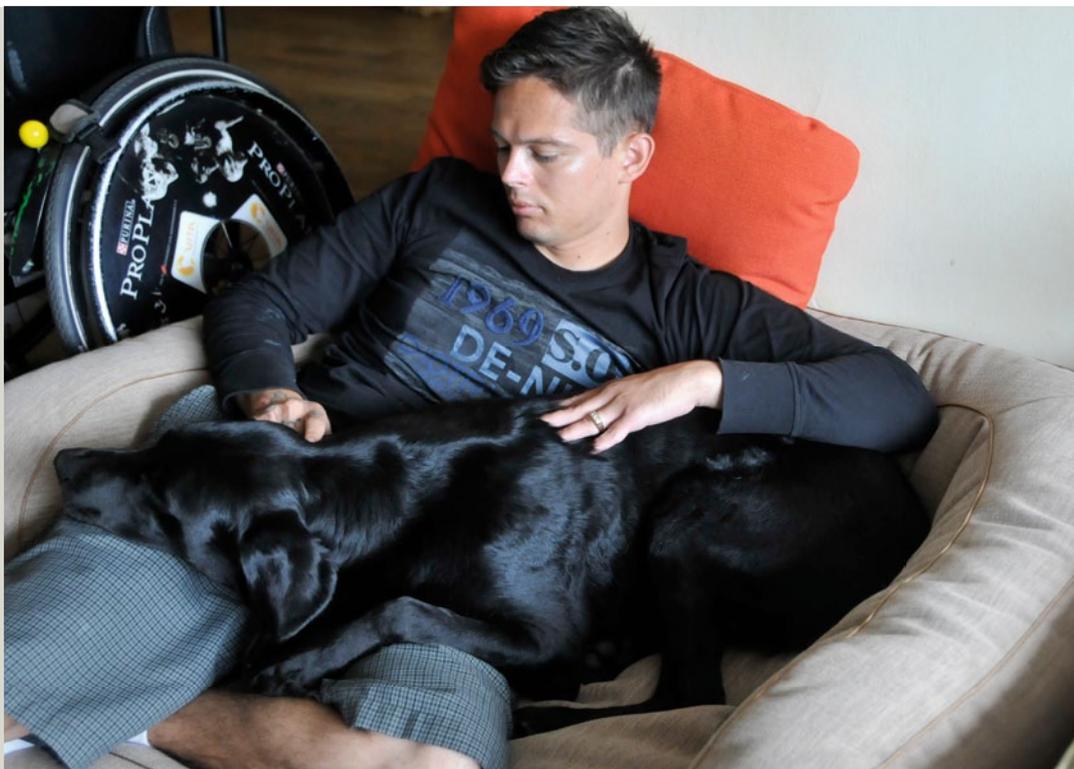
Hinter dem Assistenzhunde-Projekt VITA mit psychisch oder neurologisch erkrankten Menschen steht ein Konzept mit ganzheitlichem Ansatz. Der Hund ist nicht nur praktischer Helfer im Alltag, sondern entfaltet im Zusammenleben mit seinem Teampartner eine therapeutische Wirkung auf den Menschen.

Im Frühjahr 2012 trafen sich der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann und Tatjana Kreidler, Gründerin und Vorstand von VITA e.V. Assistenzhunde erstmalig zu einem Gespräch in der Nähe von Mainz. Dabei war auch die ZDF-Redakteurin Ulrike Eichin, die seit Jahren die Arbeit von VITA begleitet und unterstützt. Schon während ihres Studiums der Sozialpädagogik beschäftigte sich Kreidler mit dem positiven Einfluss von Tieren – insbesondere Hunden – auf Menschen mit einem Handicap. Inspiriert von Assistenzhunde-Organisationen vor allem in Großbritannien fasste

sie im März 2000 den Entschluss, den Verein VITA e.V. Assistenzhunde zu gründen. Damals und heute gehe es ihr überwiegend darum, Kindern und Erwachsenen mit körperlicher Behinderung mit Hilfe von Assistenzhunden zu mehr Unabhängigkeit und Lebensqualität zu verhelfen, schilderte die Sozialpädagogin ihre Beweggründe. Sie entwickelte ein spezielles, einzigartiges Konzept, das die Auswahl der Bewerber und Hunde, die Hundeausbildung, die Zusammenführung von Mensch und Hund und die lebenslange Betreuung der Mensch-Hunde-Teams umfasst.

### Die Methode Kreidler

In den Überlegungen von Tatjana Kreidler und der daraus entwickelten „Kreidler-Methode“ steht der Hund immer im Mittelpunkt. Es muss ihm gut gehen, er muss sich sicher fühlen und eine intensive Beziehung zu „seinem Menschen“ haben, damit er seine Aufgabe als Assistenzhund erfüllen kann. Ebenso wie der Mensch wird auch der Hund als Individuum akzeptiert – mit all seinen Stärken, aber auch seinen Schwächen. Während der Ausbildung wird auf Drill und Druck bewusst verzichtet, stattdessen lernen die Vierbeiner durch motivieren-



Der traumatisierte Ex-Soldat Richard Rice mit seiner Assistenzhündin Abby zu Hause im hessischen Hanau.

Richard Rice  
und Assistenz-  
hündin Abby  
beim Training



© VITA-Assistenzhunde e.V.

des Lob und Belohnung. Sie werden für die Gefühlswelt von Menschen sensibilisiert, denn bei der späteren Aufgabe ist es für einen Assistenzhund entscheidend, Äußerungen, Gestik und Mimik seines menschlichen Partners richtig zu verstehen und entsprechend zu reagieren. Dabei soll er sich seiner Aufgabe aus einem inneren Antrieb heraus – aus Neugier oder einfach aus Spaß – zuwenden und nicht, weil er anschließend dafür belohnt wird. Ebenso viel Wert wird darauf gelegt, dass VITA-Hunde später neben ihrem anstrengenden Job im Team auch ein ganz normales Hundeleben führen, wozu schwimmen, schmusen, toben, spielen und das Apportieren des geliebten Dummys gehören.

### Intensive Zusammenführung über sechs Wochen

Die Teambildung – das so genannte „Matching“ – hat einen besonderen Stellenwert bei VITA. Hier wird auf die Hundepersönlichkeit genauso viel Rücksicht genommen wie auf die des Teampartners. Nicht nur der Hund muss zum Mensch passen, auch der Mensch zum Hund. Sind die beiden Partner eines Teams gefunden, folgt die Phase der Zusammenführung. Es gibt weltweit wohl keine andere Organisation, bei der die Annäherung von Mensch und Hund so intensiv verläuft. Dieser Abschnitt dauert bei VITA sechs Wochen und findet in dem Ausbildungszentrum in Hümmerich im Westerwald statt. In dieser Zeit sehen die Menschen ihre Hunde nicht nur während der Trainingszeiten, sondern leben bereits mit ihnen zusam-

men. Zugleich sind sie in dem Zentrum in eine familiäre Gemeinschaft eingebunden, von der insbesondere die Kinder profitieren. Wachsendes Selbstbewusstsein sowie eine gesteigerte soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit werden in diesem Umfeld besonders gefördert. Neue Kontakte und Freundschaften entstehen, die auch über die gemeinsame Zeit in Hümmerich hinaus Bestand haben.

### Die gesamte Entwicklung eines Menschen im Blick

Das Konzept von VITA beruht auf einem ganzheitlichen Ansatz, der die gesamte Entwicklung eines Menschen im Blick hat. Der Hund ist nicht nur praktischer Helfer im Alltag, sondern entfaltet im Zusammenleben mit seinem Partner eine therapeutische Wirkung auf ihn: Bei Kindern und Erwachsenen wachsen Selbstbewusstsein, Sicherheit, Verantwortungsgefühl, Unabhängigkeit und Lebensfreude. Ihre Selbstwahrnehmung ändert sich und damit auch der Umgang mit persönlichen Schwächen und Handicaps. Die Begleitung der Hunde-Mensch-Teams durch VITA ist „lebenslanglich“ – zumindest ein Hundeleben lang. Doch auch wenn ein Hund stirbt und der Teampartner sich einen neuen Hund wünscht, versucht VITA, ihm möglichst schnell einen neuen Gefährten an die Seite zu stellen.

Das VITA-Team um Tatjana Kreidler besteht mittlerweile aus sechs hauptamtlichen und über 30 ehrenamtlich tätigen Mitarbeitern. In den vergangenen knapp 15 Jahren haben sie 40 Golden und Lab-

rador Retriever nach internationalen Qualitätsstandards zu Assistenzhunden ausgebildet. Ihre Arbeit überzeugte auch internationale Assistenzhunde-Organisationen und VITA wurde als erster Verein auf dem europäischen Festland vom Dachverband „Assistance Dogs Europe“ zertifiziert. Europaweite Pionierarbeit leistete VITA mit der Ausbildung des ersten Assistenzhundes für ein Kind mit körperlicher Behinderung.

### Beeindruckende Hingabe und Begeisterung

Schon einige Wochen nach dem ersten Treffen in Mainz war es soweit: Um einen Eindruck von der Arbeit des VITA-Teams zu bekommen, folgte Dr. Frank Bergmann der Einladung Tatjana Kreidlers in das Ausbildungszentrum in Hümmerich. Er und Dr. Uwe Meier, als Vertreter des BDN, konnten die Mensch-Hunde-Teams vor Ort bei ihrer Arbeit beobachten. Auffällig war, mit welcher Begeisterung, Aufmerksamkeit und Hingabe Kinder und Erwachsene, unterstützt und angeleitet von Tatjana Kreidler und ihren Ausbildern, mit ihren Assistenzhunden trainierten. Einige der Kinder und Erwachsenen saßen im Rollstuhl, aber man hatte den Eindruck, dass sie in der Gemeinschaft mit ihrem Assistenzhunde ihr körperliches Handicap gar nicht wahrnehmen würden. Sie konzentrierten sich ganz auf ihre Aufgaben, die sie gemeinsam mit ihrem Hund zu bewältigen hatten – was im Übrigen auch für die Assistenzhunde galt. Auch die Offenheit und Gesprächsfreudigkeit der Teammitglieder war be-

**Persönlicher Kommentar von Dr. Frank Bergmann**



**Auf der Gala von VITA Assistenzhunde e. V. (v. l. n. r.): Dr. Frank Bergmann, Richard Rice, Vita-Gründerin Tatjana Kreidler, ZDF-Moderatorin Dunja Hayali.**

© VITA-Assistenzhunde e. V.

Geografisches und spirituelles Zentrum von VITA ist Hümmerich, ein unscheinbarer Ort im Westerwald. Inmitten von Wald und Wiesen steht das private Wohnhaus von Tatjana Kreidler – und es platzt aus allen Nähten. Schon von weitem imponieren die „Teams“, die – regelmäßig zu Gast in Hümmerich – bei Wind und Wetter auf den Feldwegen üben. Es ist zutiefst beeindruckend und kaum möglich sich der Faszination zu entziehen, mit welcher Hingabe, Konzentration und Ausdauer schwer behinderte Menschen, oft Kinder und Jugendliche, zusammen mit ihren Assistenzhunden arbeiten und trainieren. Hier lässt sich niemand durch neugierige Besucher ablenken, und das ist auch gut so.

Ein unermessliches ehrenamtliches Engagement vieler Helfer, nicht zuletzt auch der 2. Vorstandsvorsitzenden und Tierärztin Ariane Volpert, macht die Arbeit und den Erfolg in Hümmerich überhaupt möglich und lässt nicht nur Zeit und Raum vergessen, sondern rückt auch die ausgeprägten Handicaps ganz unmerklich in den Hintergrund. Im Fokus steht die enge emotionale Verbindung zwischen Mensch und seinem vierbeinigen Helfer und Freund. Praktische Alltagshilfe ist nur ein Aspekt: Ein VITA-Assistenzhund trägt beispielsweise Einkäufe, öffnet Türen und Schubladen, hilft beim An- und Ausziehen oder holt im Notfall Hilfe. Genau so überzeugend ist der psychische Aspekt: Der Hund verhilft zu Unabhängigkeit, Selbstbewusstsein, Lebensmut und Lebensfreude, ist treuer Partner, Eisbrecher und Mittler.

Auf der mittlerweile 5. Charity-Gala von VITA wurde für viele Gäste diese tiefe Emotionalität und Dankbarkeit hautnah spürbar. Sehr berührend waren etwa die Schilderungen von Nina, Pauline und Richard, die voller Liebe und Stolz davon erzählten, wie sich ihr Leben durch den Assistenzhund nachhaltig und positiv verändert hat. Über die Situation von Richard, der mit einer posttraumatischen Belastungsstörung aus dem Kriegseinsatz zurückkehrte, lesen Sie in unserem Beitrag.

Die unglaubliche Kraft und Lebensfreude der zunehmend wachsenden VITA-Community mit mittlerweile rund 40 „Teams“ – fast alle auf der Gala im Saal, vor oder auf der Bühne präsent – war beeindruckend und ansteckend.

Die Spendenbereitschaft anlässlich derartiger Events ist groß, allerdings auch überlebensnotwendig, denn eine verlässliche Finanzierung durch einen Kostenträger gibt es für dieses Projekt bislang nicht. Schade, denn hier geht es nicht um kurzfristige und zumeist unspezifische Effekte wie beim „Delfinschwimmen“, sondern um handfeste Hilfe und Entlastung sowie messbare Verbesserung der Teilhabe.

Unsere Verbände kooperieren mit VITA mit Supervisions- und Coaching-Angeboten, aber auch durch Fachvorträge auf Veranstaltungen und Symposien.

**Dr. med. Frank Bergmann, Aachen**

eindruckend, insbesondere vor dem Hintergrund, dass jeder von ihnen tragische Einschnitte in seinem Leben oder äußerst schwierige Lebensumstände zu bewältigen hatte. Alle erzählten von den Erlebnissen mit ihren Hunden, die sie in den letzten Tagen und Wochen im Zentrum Hümmerich erfahren haben und wie sehr sie sich auf das gemeinsame Leben mit ihrem neuen Gefährten freuen.

**Auch psychisch Kranke profitieren**

Der Besuch hat es eindrucksvoll bestätigt: Ein von VITA ausgebildeter Assistenzhund hilft nicht nur beim An- und Ausziehen oder kann wenn nötig Hilfe holen. Er fördert auch den Kontakt zu anderen Menschen, weckt Interesse und senkt Hemmschwellen. Mit und durch ihn steigen Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Aufgeschlossenheit und Lebensmut. Von diesen positiven Effekten könnten auch Menschen mit psychischen oder neurologischen Erkrankungen profitieren, darin waren sich Frank Bergmann, Uwe Meier und Tatjana Kreidler einig.

**Herausforderung PTBS**

Kurze Zeit später nahm Richard Rice, ein 29-jähriger Kriegsveteran aus dem hessischen Hanau, Kontakt mit VITA auf. Während seiner Kriegseinsätze in Krisengebieten schwer verletzt und traumatisiert, kehrte er 2007 mit einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Hause zurück. Sechs Jahre lang verließ er die Wohnung, in der er mit seiner Frau und dem gemeinsamen Sohn lebte, nur im äußersten Notfall. Richard litt, fand nicht zurück in das Leben, seine Ehe kriselte. Er war nicht mehr der offene, fürsorgliche, liebevolle Mensch, wie ihn seine Frau kannte. Stattdessen hatte er schreckliche Träume, Panikattacken, Flashbacks und schlimme Erinnerungen an Dinge, die er niemals tun wollte, aber tun musste. Im Internet recherchierte er über PTBS und mögliche Therapieansätze und stieß auf die Organisation Assistance Dogs International (ADI), die unter anderem auch Assistenzhunde für Traumapatienten ausbildet. Sofort nahm der Ex-Soldat Kontakt zu ADI auf, die ihn an VITA verwiesen.

Nach einem ersten persönlichen Kennenlernen von Richard Rice entschied Tatjana Kreidler nach Rücksprache mit ihrem Team, in einem Pilotprojekt den ersten PTBS-Assistenzhund auszubilden. Zusätzliche Unterstützung erhielt das Projekt von amerikanischen Organisationen, die sich auf die Ausbildung von Hunden für Menschen mit PTBS spezialisiert haben. Für alle Beteiligten ging es zunächst einmal darum, sich intensiv kennenzulernen. Dazu gehörte auch Assistenzhündin Abby, die zuvor zwei Jahre ausgebildet wurde. Tatjana Kreidler war überzeugt, dass die Hündin den Charakter und die Eigenschaften besitzt, die sie für diese Aufgabe benötigt.

### Assistenzhund als „schützende Barriere“

Im Sommer 2013 war es dann soweit. Richard Rice traute sich zu, für sechs Wochen sein Zuhause zu verlassen und mit Assistenzhündin Abby die Zusammenführung im geschützten Rahmen des Ausbildungszentrums Hümmerich zu beginnen. Von Anfang an wurde Richard die Verantwortung für Abby übertragen. Im Mittelpunkt stand die Sensibilisierung des Mensch-Hund-Teams füreinander. Bereits nach Kurzem war das Vertrauen in Abby und die VITA-Ausbilder so groß, dass sich Richard Rice auf Trainingseinheiten in der Öffentlichkeit einließ, obwohl es ihn große Überwindung kostete. Dabei konzentrierte sich Abbys Aufgabe vor allem darauf, eine schützende „Barriere“ zwischen Richard und fremden Menschen darzustellen, Ungewöhnliches und Unerwartetes anzuzeigen und Richard durch ihre Anwesenheit und Achtsamkeit die für ihn wichtige Sicherheit in der Öffentlichkeit zu geben. Für einen Assistenzhund ist es daher unbedingt erforderlich, ein gefestigtes Wesen zu haben, dabei aber aufmerksam und sensibel zu agieren. So warnte Abby, wenn sich ein Fremder näherte, forderte aktiv Richards Aufmerksamkeit und lenkte ihn so von aufsteigenden Panikattacken ab. Und etwas Entscheidendes ändert sich in Richards Leben: Mit den von Abby eingeforderten Spaziergängen, der regelmäßigen Fütterung und der Teilnahme an den VITA-Trainings kam die so dringend benötigte Struktur in seinen Alltag zurück.

Schon nach kurzem Zusammenleben mit der Labradorhündin konnte er seine Medikamenteneinnahme auf ein Minimum reduzieren, bis nur noch Schmerzmittel für seine Beinverletzung übrig blieben. Am beeindruckendsten aber war seine psychische Veränderung: Richard Rice kann sich heute mit Abby an seiner Seite wieder in der Öffentlichkeit bewegen, ohne von ständigen Panikattacken heimgesucht zu werden. Er lässt Gefühle wieder zu und kann diese auch artikulieren. Er sei wieder ein Mensch, könne wieder fühlen und nehme die Welt um sich herum wieder wahr, beschreibt er sein zurückgewonnenes Leben. Bis vor kurzem war es für den ehemaligen Soldaten unvorstellbar, sich mit seiner Zukunft zu beschäftigen. Nun setzt er sich wieder Ziele und möchte im kommenden Jahr sogar ein Studium beginnen. Sein größter Traum ist es jedoch, die Erfahrungen mit Abby an Menschen mit dem gleichen Schicksal weiterzugeben und ihnen somit wieder neuen Lebensmut zu geben. Einen ersten Schritt dazu hat er bereits gemacht. Im September hielt Richard seinen ersten Vortrag auf einem Assistenzhundekongress in den USA – mit Abby und Tatjana Kreidler an seiner Seite. □

### AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

### Kontakt zu VITA e. V.

Die Berufsverbände beraten VITA dabei, psychisch kranken Menschen zu helfen und ihnen eine neue Perspektive zu geben. Wer sich für die Assistenzhunde-Projekte mit psychisch oder neurologisch erkrankten Menschen interessiert und diese fachärztlich begleiten und unterstützen möchte, ist bei VITA herzlich willkommen. Gegebenenfalls kann die Geschäftsstelle der Verbände den Kontakt vermitteln.

Laura Anthes, VITA Ausbildungszentrum  
 Karlshof 1a, 53547 Hümmerich  
 Telefon/Fax 02687 9289133/134  
 E-Mail:  
[laura.antes@vita-assistenzhunde.de](mailto:laura.antes@vita-assistenzhunde.de)  
[www.vita-assistenzhunde.de](http://www.vita-assistenzhunde.de)

### 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen

Alexandra Manzel ist Professorin für Methodologie und qualitative Methoden an der philosophisch-theologischen Hochschule Vallendar. Rudi Schmiede ist Professor für Soziologie an der TU Darmstadt. Zusammen präsentieren sie eine hochwertige Analyse und sehr nachdenklich stimmende Faktenbündelung. Sie berichten über den gesundheitspolitischen Hintergrund und stellen die Veränderung der medizinischen wie pflegerischen Versorgungsqualität unter Wettbewerbsbedingungen dar. Minutiös, beinahe sarkastisch wird auf die Fokusverschiebungen in der Versorgung hingewiesen, hin zur Zielerfüllung abstrakter numerischer Werte. Die Botschaft ist klar: Das Wettbewerbsparadigma gilt in allen anderen gesellschaftlichen Teilbereichen spätestens nach der Finanzkrise 2009 nicht mehr als „Königsweg“, außer offenbar in der Gesundheitspolitik.

Besonders verdienstvoll ist die Tatsache, dass das Buch der neurologisch-psychiatrischen Versorgung ein eigenes Kapitel widmet. Alles das wird bestätigt, was unsere Verbände aus eigenen Anstrengungen an Versorgungsforschung erarbeitet haben beziehungsweise was andere GesundheitsökonomInnen sagen. Wettbewerbsbedingungen führen zu weiterer Unterversorgung, Praxissterben, Verschlechterung der Versorgung von schwer und chronisch Kranken. Die Aufgaben der Neurologen und Psychiater vervielfältigen sich, ohne dass die Ressourcen nachkommen. Und die psychiatrische Versorgung ist gegenüber der Richtlinienpsychotherapie unterfinanziert.

Fazit: unbedingte Leseempfehlung für alle gesundheitspolitisch Interessierten. Ein Blick über den Tellerrand und ein leichter Zugang zu Gesamtzusammenhängen, die einem die Argumentationen in berufspolitischen Diskussionen erleichtern.

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Alexandra Manzel, Rudi Schmiede Hrsg.

### 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege

Springer VS Gesundheit und Gesellschaft,  
 Wiesbaden  
 eBook: 22,9 €  
 ISBN 978-3-658-02701-8: 29,99 €



## Neuer Versorgungsansatz

# Können Menschen mit Depressionen von Hospizangeboten profitieren?

Unter dem Titel „Depression ist schlimmer als der Tod“ fand am 4. Dezember 2014 in Essen ein gemeinschaftlicher Kongress der Bundes-Hospiz-Akademie und der Deutschen DepressionsLiga statt. Im Fokus standen die unterschiedlichen Aspekte der Palliativmedizin/Hospizarbeit sowie die Bedürfnisse von an Depression Erkrankten und mögliche Verknüpfungspunkte zur deren Versorgung. Über die Chancen der Zusammenarbeit sprachen wir mit Dr. Paul Timmermanns, Geschäftsführer der Bundes-Hospiz-Akademie.

**?** Seit wann kooperieren die Deutsche DepressionsLiga und die Bundes-Hospiz-Akademie?

**Dr. Paul Timmermanns:** Mitte 2012 kamen beide Organisationen durch ein gemeinsames Buchprojekt näher in Kontakt. Mit dem neuen Kinderbuch von Uwe Saegner „Das Seelenheim. Ein Buch für Kinder von Eltern mit Depressionen“ kam die Deutsche DepressionsLiga zunächst auf unseren Fachverlag zu und bat um die Herausgabe und den professionellen Vertrieb des Buches. In den ersten Gesprächen tauschten wir erst einmal so etwas wie Strukturwissen über die eigenen Arbeitsbereiche aus. Schnell wurde deutlich, dass ein gemeinsamer Kongress für diesen gegenseitigen Wissenstransfer für beide Seiten spannend sein würde, da in dem Enttabuisierungspotenzial der Hospizbewegung in Deutschland vielfältig Anregungen auch für das Aufbrechen der gesellschaftlichen Tabuisierung von Menschen mit einer Depression zu liegen scheinen.

**?** In welchen Punkten können depressiv Erkrankte von Hospizangeboten profitieren?

**Timmermanns:** Diese Potenziale finden sich dabei sowohl im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements der Hospizbewegung als auch im Feld ihrer mittlerweile sehr differenzierten Angebote an ambulanten Versorgungs- und Begleitstrukturen innerhalb des Gesundheitssystems. Der gemeinsame Kongress machte grob gesagt Folgendes deutlich: An einer Depression Erkrankte benöti-



» Depressionserkrankte können von allen Selbsthilfeangeboten profitieren, die in den Hospizdiensten ohnehin bestehen wie Trauergesprächskreise, thematische Gesprächsrunden und weitere Gemeinschaftsangebote. «

**Dr. Paul Timmermanns, Wuppertal**  
Geschäftsführer der Bundes-Hospiz-Akademie gem. GmbH

gen erst einmal eine gute medizinisch-therapeutische Behandlung, die auch möglichst rasch und ohne lange Wartezeit angegangen sein muss. Weiterhin benötigen Sie aber in ihrem direkten Wohnumfeld vielfältige Alltagshilfen, in denen sowohl ihre sozialen Beziehungsstrukturen als auch ihr Tagesrhythmus soweit es geht Unterstützung finden und nicht durch das Voranschreiten der Erkrankung immer weiter beeinträchtigt werden oder gar völlig verloren gehen. Depressionserkrankte können vom bloßen Dasein einer Lebensbegleitung vielfältig profitieren: Sie können Hilfen gegen die drohende Isolation und den Verlust der sozialen Bindungen finden. Sie können Alltagshilfen finden – und zwar nicht in der Form, dass nun jemand für sie alles erledigt, was nicht mehr selber angegangen wird, sondern als eine Erinnerungshilfe, selbst die Eckpunkte der Tagesstruktur anzugehen und nicht zu

vernachlässigen. Sie können aber von allen Selbsthilfeangeboten profitieren, die in den Hospizdiensten ohnehin bestehen wie Trauergesprächskreise, thematische Gesprächsrunden und weitere Gemeinschaftsangebote. Es ist aber auch so, dass für den Bereich der vortherapeutischen oder der therapieunterstützenden Lebensbegleitung die bestehenden Ausbildungen und Befähigungen der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hospizdienste in einem weiten Sinne schon so ausgelegt scheinen, dass ihre Begleitung auch bei Depressionserkrankten gut greifen könnte. Sie wären gegebenenfalls durch einige wesentlich spezifische Elemente noch zu ergänzen. Von der psychosozialen Kompetenz in Begleit-Settings her betrachtet, könnten Depressionserkrankte jedoch schon jetzt in den Hospizangeboten vieles wahrnehmen, was dort ohnehin besteht.

### Kinderbuch zu Depression

Kinder brauchen Erklärungen für verändertes Verhalten ihrer Eltern bei einer Depressionserkrankung – dazu erschien jetzt neu im Fachverlag der Bundes-Hospiz-Akademie ein Kinderbuch:

Uwe Saegner. Das Seelenheim. Ein Buch für Kinder von Eltern mit Depressionen.

19,90 €, Bundesakademieverlag, Wuppertal/Ennepetal 2013

Weitere Informationen unter [www.bundesakademieverlag.de](http://www.bundesakademieverlag.de)



**?** *Inwieweit sind Hospizmitarbeiter mit den besonderen Sachverhalten psychischer Erkrankungen vertraut oder geschult?*

**Timmermanns:** Hospizmitarbeitende sind entweder ehrenamtlich tätig und dann über einen meist einjährigen Befähigungskurs zur Begleitung Sterbender geschult. Zudem kommen sie aber oftmals ohnehin schon aus Berufen mit einem umfassenden Ausbildungsstand in psychosozialen Kompetenzen. Viele hauptamtlich in den Hospizdiensten Tätige – seien es Pflegendе, ärztlich, seelsorglich und/oder sozialpädagogisch Tätige – durchlaufen dann zusätzlich zu ihrer beruflichen Ausbildung eine Palliative-Care-Ausbildung, meist mit einem Umfang von mindestens 160 Stunden, die ebenfalls viele psychosoziale Kompetenzen für die Arbeit mit Menschen in Krisensituationen umfasst. Besondere Sachverhalte psychischer Erkrankungen kommen in allen diesen Ausbildungen zwar vor und müssen auch vorkommen, da nun einmal gerade in der letzten Lebenszeit sich sekundär vieles melden kann. Es ist aber noch zu früh, um ohne weitere Untersuchungen sagen zu können, welcher Hospizmitarbeiter für welche Settings genau und mit welchen gegebenenfalls spezifisch zu ergänzenden Wissens-elementen bei psychischen Erkrankungen hier wichtige Hilfestellung geben kann.

**?** *Wie sind die Erfahrungen mit der ersten Veranstaltung?*

**Timmermanns:** Der Kongress war für alle Beteiligten spannend und interes-

sant. Es wurde nicht nur festgestellt, welche psychosozialen Kompetenzen es in der Hospiz- und Palliativarbeit gibt, die auch für die Begleitung von Depressionserkrankten erforderlich und nutzbar sind. Es wurde besonders deutlich, wie differenziert die ambulante Hospiz- und Palliativarbeit in allen ihren Angebotsstrukturen organisiert ist, so dass vor allem für den Depressionsbereich hier vielfache Anregungen für die gesellschaftliche Fortentwicklung der eigenen Selbsthilfestrukturen gegeben wurden. Auch zeigte sich, dass das Vorhaben der Veranstaltung, sektorenübergreifend innerhalb des Gesundheitswesens nach neuen Wegen der Versorgung von Menschen mit Depression zu suchen, auch auf Krankenkassenseite ein zunehmend im Feld der Versorgungsforschung an Bedeutung gewinnendes Thema ist.

Die Kooperation zwischen der Bundes-Hospiz-Akademie und der Deutschen DepressionsLiga wird im kommenden Jahr mit einer weiteren Veranstaltung fortgesetzt. Auf der Grundlage der Ergebnisse des Kongresses wird zu überlegen sein, wie man denn nun tatsächlich die Hilfestruktur der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit für Depressionserkrankte zugänglich machen kann. Erste interessierte Einrichtungen haben gleich nach der Veranstaltung ihr Interesse dazu angemeldet.

---

#### INTERVIEW

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Hier steht eine Anzeige.

 Springer



## Psychiatrische Therapie sinnvoll ergänzen – den Mangel verwalten

Oftmals ist aus Honorargründen eine ausreichend engmaschige, persönliche fachärztliche psychiatrische Therapie unserer Patienten in der Vertragsarztpraxis nicht möglich. In einer kleinen Artikelserie möchten wir Sie über komplementäre und auch nicht ärztliche

psychiatrische Therapieergänzungen informieren, die begleitend möglich und medizinisch sinnvoll sind. Um die Modalitäten der begleitenden Therapiemöglichkeiten ohne große Umstände parat zu haben, empfiehlt es sich, in der Praxis eine kleine Datenbank oder Informationsblätter für die Patienten vorzuhalten.

### Sozialpsychiatrische Dienste

# Kompetente Kooperationspartner

Sozialpsychiatrische Dienste wie Tagesstätten, Kontaktstellen oder aufsuchende Dienste sind ein wichtiger Baustein in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Die nervenärztlich/psychiatrische Praxis ist meist mit den sozialpsychiatrischen Angeboten der Region vertraut und vernetzt (und umgekehrt).

**S**ozialpsychiatrische Dienste (SPDI oder SPD) sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie stellen eine verpflichtende Aufgabe der Stadt- und Landkreise dar und sind in der Regel an die Gesundheitsämter angehängt. In vielen SPDI arbeiten auch fest angestellte Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, immer auch Fachkrankenpfleger, Sozialpädagogen und/oder Psychologen. Überregional sind die SPDI in Landesarbeitsgemeinschaften organisiert, es besteht auch ein bundesweites Netzwerk sozialpsychiatrischer Dienste ([www.sozialpsychiatrische-dienste.de](http://www.sozialpsychiatrische-dienste.de)).

Eine wesentliche Aufgabe der SPDI ist die Integration des psychisch kranken Menschen in die Gesellschaft. Hier sind aufsuchende Hilfen ein vorrangiges niederschwelliges Angebot. Die Dienste sind für die „Klienten“ kostenlos.

In den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen, psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich vom November 1988 sind für die SPDI folgende Aufgaben und Arbeitsweisen formuliert:

- Beratung von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen,
- vorsorgende Hilfen, um bei Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituationen zu gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit

der Behandlung geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können,

- nachgehende Hilfen, um Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, durch individuelle Betreuung, Beratung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern und eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden,
- regelmäßige Durchführung von ärztlich geleiteten Sprechstunden,
- Hausbesuche, um die Situation in der Wohnung/im näheren sozialen Umfeld kennenzulernen und gegebenenfalls auch eingreifen zu können,
- Koordination der Einzelhilfen,
- Zusammenarbeit mit Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion, die mit der Betreuung und Behandlung psychisch Gefährdeter, Kranker und Behinderter befasst sind, insbesondere mit regional zuständigen psychiatrischen Krankeneinrichtungen,
- zusätzliche Hilfeangebote (Angebote für einzelne Patienten, Gruppen und Angehörige), Initiierung von Laienhelfer- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Institutionsberatung.

Als konkrete Ziele und Kernaufgaben formuliert das bundesweite Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste:

- kurzfristige Möglichkeit der Hilfe und Beratung ohne Wartezeit,
- Unterstützung bei Krisenintervention, Begleitung bei Zwangseinweisungen,
- Planung und Koordination von Einzelfallhilfen (z.B. Hilfe bei Woh-

- nungssuche, Schuldnerberatung, Beantragung von Kostenübernahmen),
  - regionale Koordination und Planung der Hilfen im Dschungel der verschiedenen Kostenträger,
  - ständige Überprüfung der eigenen ethischen und fachlichen Standards.
- Die SPDI sind in der Folge der Psychiatrie-Enquete 1975 entstanden, als das große Ziel die Enthospitalisierung und Integration in die Gemeinde war.

SPDI sind sicher ein wesentlicher und absolut unverzichtbarer Baustein in der Versorgung psychisch kranker Menschen geworden, es hat sich aber auch sozusagen ein eigener „Versorgungskosmos“ entwickelt. Sie sind in der Regel kompetente Kooperationspartner für die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in ihrer täglichen Arbeit. Es kann zwar auch vorkommen, dass man sich als Psychiater/Nervenarzt unversehens als eine Art Weiterbilder oder Coach für die Mitarbeiter des SPDI wiederfindet – andererseits sind die Mitarbeiter der SPDI (insbesondere wenn keine Angehörigen da sind) oft die Ersten, die auf eine drohende Verschlechterung bei einem Patienten aufmerksam werden und einen Psychiaterbesuch veranlassen.

In der Koordination von Hilfen und im Kostenübernahmemanagement insbesondere bei verschiedenen Kostenträgern leisten die SPDI in der Regel den organisatorischen Hauptanteil. □

#### AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach



### Sie fragen – wir antworten!

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

### Das Problem

Eine Kollegin beschreibt folgendes Abrechnungsproblem: „Ich führe seit längerem eine Diskussion mit meiner KV wegen Nicht-Anerkennung der GOP 35140 und 35142. Ich erhielt die Auskunft, die dürfe man nur aufschreiben, wenn im selben Quartal, oder spätestens am Anfang des nächsten Quartals ein Antrag gestellt wurde. Es wurde mir dann auch noch ein Auszug aus dem Kommentar Wezel/Liebold gesandt, der das meines Erachtens aber auch nicht hergibt. Ich rechne diese Ziffern doch auch dann ab, wenn sich dann durch die Anamneseerhebung ergeben sollte, dass eben kein neuer/Verlängerungsantrag gestellt wird. Oder sehe ich das falsch? In der schriftlichen Begründung zum Honorarbescheid heißt es dann: ‚Die GOP 35140 und 35142 sind während einer laufenden Psychotherapie nicht berechnungsfähig‘. Ich könnte natürlich sagen, es kommt ja nur selten vor, da ich überwiegend psychiatrisch arbeite; es geht zurzeit auch ‚nur‘ um drei Fälle; aber ich finde es geht auch ums Prinzip, zumal da gerade die RLV für Nervenärzte wieder gekürzt worden sind.“

### Erfahrungen und Lösungsmöglichkeiten

Zur Abrechenbarkeit der GOP 35140 und 35142 haben wir folgende Informationen recherchiert.

Der Text der EBM-GOP 35140 lautet: *Biografische Anamnese. Obligatorer Leistungsinhalt: Erstellen der biografischen Anamnese, Bestimmung des psychodynamischen bzw. verhaltenstherapeutischen*

## Biografische Anamnese

# GOP 35140 und 35142 – wann und wie oft abrechenbar?

Die biografische Anamnese (GOP Ziffern 35140 und 35142) ist Teil der einer Psychotherapie *vorausgehenden* Diagnostik und kann auch abgerechnet werden wenn darauf keine Psychotherapie – da nicht indiziert oder unzweckmäßig – folgt. Sie kann aber nicht während einer laufenden Psychotherapie abgerechnet werden.

*Status, Dauer mind. 50 Minuten. Die GOP 35140 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.*

Der Kommentar zum EBM, den Kollege Dr. Carl und ich erstellt haben (9. Ausgabe Januar 2012) enthält folgenden Hinweis: Nach entsprechender Interpretation der KBV bedeutet Krankheitsfall die Zeit von einem Jahr (vier Quartale). Diese Leistung kann also erneut erst wieder im fünften auf das Erstabrechnungsquartal folgenden abgerechnet werden. Nach einem Interpretationsbeschluss der KBV kann diese Leistung auch an einem Tag ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden. Es können die Ergebnisse von Biografiefragebögen, die der Patient selbst ausfüllt, einbezogen werden.

Im Kommentar von 2012 von A. Köhler und R. Hess (Hrsg.), der als offizieller Kommentar der KBV gilt, von 2012 ist folgende Interpretation niedergelegt: „Dies impliziert die Erbringung und Abrechnung dieser Leistung auch dann, wenn sich eine Psychotherapie als nicht indiziert oder unzweckmäßig herausstellen sollte.“ (Kapitel 35, S. 21).

Auf der gleichen Seite findet sich folgender Hinweis: „Da die biografische Anamnese Teil der einer Psychotherapie vorausgehenden Diagnostik ist, kann sie während einer laufenden Psychotherapie (GOP des Kapitels 35.2) nicht abgerechnet werden.“

Die KV Bayern hat vor einigen Jahren noch darauf hingewiesen, dass die Dauer von 50 Minuten auch dann erfüllt sei, wenn nicht über die gesamten 50 Minuten direkter Patientenkontakt bestehe,

sondern die biografische Anamnese ohne Patienten ausgewertet werde.

Somit ergeben sich auf Ihre Anfrage folgende Antworten

1. Ihre KV Bremen hat nicht Recht, wenn sie die Abrechnung von 35140 und 35142 nur dann genehmigt, wenn im gleichen oder im folgenden Quartal eine Richtlinienpsychotherapie aufgenommen wird.
2. Ihre KV Bremen hat Recht, wenn sie während einer laufenden Richtlinienpsychotherapie, auch dann, wenn ein Verlängerungsantrag erforderlich ist, die 35140 und 35142 für nicht berechnungsfähig ansieht. □

### AUTOR

PD Dr. med. Albert Zacher, Regensburg



**Auch wenn die Anamnese keine Indikation für eine Psychotherapie ergibt, kann sie abgerechnet werden.**



# Inserieren Sie kostenlos im NeuroTransmitter

Sie möchten gebraucht etwas günstig kaufen oder verkaufen? Sie haben eine Praxis abzugeben oder suchen einen neue Kollegin oder neuen Kollegen? Inserieren Sie kostenlos als Verbandsmitglied von BVDN, BDN und BVDP Ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige im NeuroTransmitter: Quer durch die Republik erhalten Sie die dafür notwendige Reichweite und Aufmerksamkeit, denn das Magazin wird monatlich an alle niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie an Oberärzte in Kliniken verschickt.

### So schalten Sie Ihre Anzeige

Wir helfen Ihnen gerne zu kaufen oder zu verkaufen was Sie wollen. Ihre Anzeige sollte jedoch nicht länger als maximal 300 Zeichen (mit Leerzeichen) sein. Diese senden Sie bitte ausschließlich per E-Mail (Fax oder telefonische Aufgabe von

Anzeigen sind nicht möglich) an unsere Geschäftsstelle in Krefeld: [bvbn.bund@t-online.de](mailto:bvbn.bund@t-online.de). Bei aktueller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsterreichbaren Ausgabe abgedruckt

**Chiffreanzeigen sind nicht möglich!**

**Einsendeschluss nächster NeuroTransmitter ist der 26. Februar 2015!**

### Hinweis!

Geschäftsstelle und Redaktion übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der in den Anzeigen gemachten Angaben.

### Kaufen, Verkaufen, Verschenken

1 Duplexgerät gebraucht zu verkaufen: Siemens Sonoline G60S Colour mit Linearschallkopf L10-5 (6,5-10 MHz) und Phased-array-SK P4-2 (2,1-3,0 MHz). Das Gerät ist voll funktionsfähig mit intakten Schallköpfen sowie mit 2014 von der KVB geprüfter Bilddokumentation und Qualitätssicherung nach neuen Ultraschallbestimmungen. Auch heutzutage noch gute Bildqualität im Vergleich zu manchen Neugeräten anderer Hersteller. Sehr praxisgeeignetes, ergonomisches und kompakte sGerät, einfache Archivierung über Praxisnetz möglich. Abgabe wegen Kauf eines höherklassigen Gerätes.  
VB: Bj. 9/2006 = 4.000 €.  
**Kontakt:** [rl.er@t-online.de](mailto:rl.er@t-online.de)

EEG-Brause für digitales EEG Jaeger/Toennies „Cephalo“ gesucht (Bj. 1999)  
**Kontakt:** [Praxis@Litzenberger-Koeln.de](mailto:Praxis@Litzenberger-Koeln.de) oder Telefon 02234 74555

EEG Gerät von neurologischer Praxis in NRW dringend gesucht.  
**Kontakt:** [hphaus2@gmail.com](mailto:hphaus2@gmail.com) oder Telefon 0170 3256300

Kostenlose Abgabe bei Selbstabholung: Siemens Sonoline Omnia, Baujahr 2002 voll funktionsfähig, mit 2 Schallköpfen für Farbduplex extrakraniell und transkranial voraussichtlich ab 4.2.2015  
**Kontakt:** [dr.sigel@gmx.de](mailto:dr.sigel@gmx.de) oder Telefon 089 4522436-0

Verkaufe Sonoline G60 S, 3/07, inklusive Linearsonde L10-5 und Phasedarray P4-2 mit Drucker; VB 3000 €  
**Kontakt:** [dr-milz@gmx.de](mailto:dr-milz@gmx.de)

Verkaufe EMG-Gerät (EMG2) Neurowerk (einschließlich ENG, AEP, VEP) mit Monitor und Drucker ab 20.3.2014 wegen Praxisaufgabe.  
Neupreis (Brutto): 15.300,-€ (21.05.2012); Verkaufspreis ca. 9.000 € (VB).  
**Kontakt:** [Genschwa@web.de](mailto:Genschwa@web.de)

### Praxisbörse

Sehr gut etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis in Würzburg zum 1.4.2015 abzugeben.  
**Kontakt:** [stephan.rose@dr-rose.de](mailto:stephan.rose@dr-rose.de) oder Mobil 0171 3140197

Für eine Zusammenarbeit auf der Grundlage aktueller Kooperationsmöglichkeiten suche ich für meine Praxis in Plauen (Vogtland) einen FA für Psychiatrie und Psychotherapie (m/w). Mein Angebot freie Gestaltung der Kooperation, Sicherheit einer eingeführten Praxis, unbefristete Stelle in Voll- oder Teilzeit, vielfältiges Spektrum ambulanter psychiatrischer Tätigkeit, spätere Übernahme. Meine Erwartungen: FA für Psychiatrie und Psychotherapie (m/w), Engagement und neue Ideen, Freude an selbstständiger Arbeit, Kommunikations- und Teamfähigkeit  
**Kontakt:** Praxis Eberhard Juchem, FA für Psychiatrie und Psychotherapie Klostermarkt 1, 08523 Plauen, Telefon 03741 281912 [info@psychiatrie-plauen.de](mailto:info@psychiatrie-plauen.de) [www.psychiatrie-plauen.de](http://www.psychiatrie-plauen.de)

FA-Praxis Psychiatrie-Psychotherapie (PT < 30%) im Landkreis Fulda nahe Klinikum sucht ab 2015 Nachfolger (m/w), Option für BAG vorhanden, beste Lage, erfahrene MFA kann übernommen werden, Kaufpreis VB  
**Kontakt:** [psychopraxis-kuenzell@gmx.de](mailto:psychopraxis-kuenzell@gmx.de)

Nervenarztpraxis zwischen Schwarzwald und Bodensee sucht Neurologen/Psychiater/Nervenarzt (m/w) im Angestelltenverhältnis (Bezahlung angelehnt an Oberarztgehalt) ab 1.7.2015 (oder später) in Voll- oder Teilzeit (flexible Arbeitszeiten) und bietet spannende, abwechslungsreiche und vielfältige Tätigkeit in Praxis und Klinik (Betreuung der Schlaganfallereinheit, neurologische und psychiatrische Konsile) sowie weitere interessante Tätigkeiten außerhalb der Praxis bei attraktiven Arbeitsbedingungen in reizvoller Landschaft.  
**Kontakt:** [nervenaerzte-suedbaden@web.de](mailto:nervenaerzte-suedbaden@web.de)

Suchen für überörtliche BAG in Ebrach engagierte und teamorientierte Ärzte für Neurologie und Psychiatrie. Wir verfügen über ein breites Spektrum diagnostischer und therapeutischer Leistungen.  
**Kontakt:** [Sekretariat@neuro-centrum-odenwald.de](mailto:Sekretariat@neuro-centrum-odenwald.de) oder Telefon 06062 9416 34

Große Praxis für Nervenheilkunde in Köthen abzugeben. Auch für 2 Kolleginnen/Kollegen (Neurologie/Psychiatrie) geeignet.  
**Kontakt:** [woxie@t-online.de](mailto:woxie@t-online.de) oder Telefon 03496 212520 (Dr. Sommer)

Angeboten wird aus Altersgründen: Übernahme eines Vertragsarztsitzes in Wuppertal in einer großen neurologisch-psychiatrischen Gemeinschaftspraxis mit vier Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie. Gute apparative und großzügige räumliche Ausstattung, optimale Lage. Übernahme Ende 2015, vorherige Mitarbeit erwünscht.  
**Kontakt:** [peter.h.strauch@web.de](mailto:peter.h.strauch@web.de)

## Praxisporträt

## Offen für Veränderungen

Vom Arzt einer Einzelpraxis zum Netzwerker und Partner in einem Ärzteteam – Volkmar Figlestahler aus Speyer nutzt immer wieder Gelegenheiten, um neue Wege zu gehen. Das hilft ihm auch, seine medizinische Expertise zu erweitern.

**M**anche Chancen ergeben sich ganz einfach: Vor fünf Jahren fragte ihn eine Kollegin, ob er nicht Interesse an einer Gemeinschaftspraxis am Diakonissen-Krankenhaus in Speyer habe. Der Nervenarzt Volkmar Figlestahler führte zwar seit 1987 eine gut etablierte Einzelpraxis in der Domstadt, dennoch lockte ihn die Aussicht auf etwas Neues. „Ich kannte Dr. Monika Essink-Hassels schon von Qualitätszirkeln. Sie hatte bereits eine Gemeinschaftspraxis, aber ihre Kollegen wollten nicht in das Ärztehaus am Klinikum umziehen. Da bin ich eingesprungen.“

Den Arzt reizte die Chance, sich über Konsile an der Klinik ein zweites Standbein zu schaffen. „Das Krankenhaus plante damals eine Stroke Unit zweiter Ordnung, und dafür brauchten sie Neurologen.“ Zwischen drei- und zehnmal konsultiert ihn die Klinik nun jeden Tag.

### Schwerpunkt Polyneuropathie

Auch in der Praxis lag sein Fokus lange Zeit auf Schlaganfall, MS, Parkinson und Demenz. Doch hier bot sich eine neue Chance durch eine diabetologische Schwerpunktpraxis im Ärztehaus. Diese Praxis benötigt einen Neurologen, der sich mit Neuropathien auskennt. Figlestahler macht nun für die Diabetologen die neurologische Diagnostik oder schaut, wie sich die Polyneuropathie verändert. „Die Diabetiker benötigen zwar nur jedes halbe Jahr regelmäßige elektrophysiologische Ableitungen, allerdings sind es sehr viele Patienten. Dadurch hat sich mein Schwerpunkt in Richtung Polyneuropathie verschoben.“

Viele Kontakte und ein gutes Netzwerk – für den Nervenarzt sind dies wichtige Zutaten, um sich ständig weiterzuentwickeln und gemeinsame Ziele zu erreichen. Figlestahler knüpft daher selbst



Das Team (v. l. n. r.): Sarah Knipschild, Claudia Grimmer (ausgeschieden), Dr. Monika Essink-Hassels, Cornelia Rudingsdorfer, Volkmar Figlestahler, Daniela Kullmer, Petra Huxel.

### Praxis-Steckbrief

**Inhaber:** Volkmar Figlestahler, Dr. Monika Essink-Hassels

**Praxistyp:** Gemeinschaftspraxis

**Ort:** 67346 Speyer, Rheinland-Pfalz

**Regionale Struktur:** regionales Zentrum

**Anteil Privatpatienten:** etwa 12%

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

**Mitarbeiterinnen:** 5

**Schwerpunkte:** Polyneuropathie, Konsile

**Besonderheiten:** Vorsitz des Ärzteverbands ZNS Rheinland-Pfalz Süd

© V. Figlestahler

fleißig an Ärztenetzen. Auf den Geschmack gekommen ist er 1995 bei Gründung des Praxisnetzes Vorderpfalz, indem fast alle niedergelassenen Ärzte aus Speyer organisiert sind. „Dort habe ich erstmals die Kollegen kennengelernt, die mir Patienten überweisen. Durch den persönlichen Kontakt fallen nachher die Gespräche am Telefon viel leichter.“

Über den Berufsverband wurde er schließlich angesprochen, ein eigenes Netz für Psychiater, Neurologen und Nervenärzte zu gründen. Jetzt leitet er als 1. Vorsitzender den Verein ZNS Rheinland-Pfalz Süd mit knapp 50 Mitgliedern.

Mittlerweile interessieren sich auch Krankenkassen für den Verbund. So plant die BKK mit den ZNS-Ärzten einen IV-Vertrag zur Parkinson-Versorgung. „Dabei sollen Hausärzte nach einem bestimmten Modell Patienten an die Neurologen und Nervenärzte überweisen, wobei die Patienten rasch Termine bekommen.“ Derzeit wird das Modell zunächst in einem Pilotprojekt getestet. Daran nimmt auch Figlestahlers Praxis teil.

### Termine ab 7.00 Uhr morgens

Sprechstunden, Konsile, Netzwerke – da ist der Tag sehr lang. Der Arzt empfängt schon um 7.00 Uhr morgens die ersten Patienten – meist zu kurzen Terminen, etwa um die Medikation zu optimieren: „Gerade Berufstätige schätzen das sehr.“

In der Gemeinschaftspraxis konzentriert er sich auf neurologische Erkrankungen, während die Nervenärztin Monika Essink-Hassels auch Patienten mit psychischen Störungen betreut. Ein großer Vorteil der Zusammenarbeit: „Ich kann bei der Kollegin einfach anklopfen und um ihre Meinung zu einem EEG-Befund fragen.“

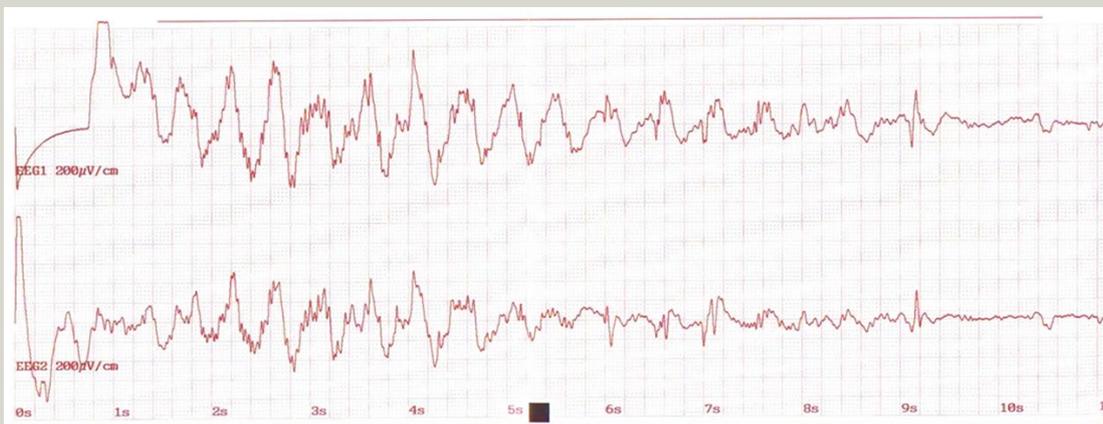
Wenn Volkmar Figlestahler in zwei Jahren in den Ruhestand geht, wird ihm der Kontakt und der Austausch mit den Patienten fehlen. Wenig vermissen wird er hingegen eine andere gewaltige Veränderung: die Digitalisierung der Praxisabläufe. „Die Computer werden zur Hauptschlagader. Wenn da was ausfällt, ist man geliefert. Diese Abhängigkeit ist enorm, und sie nimmt weiter zu.“ *mut*

## Antidepressive Behandlungsmethoden

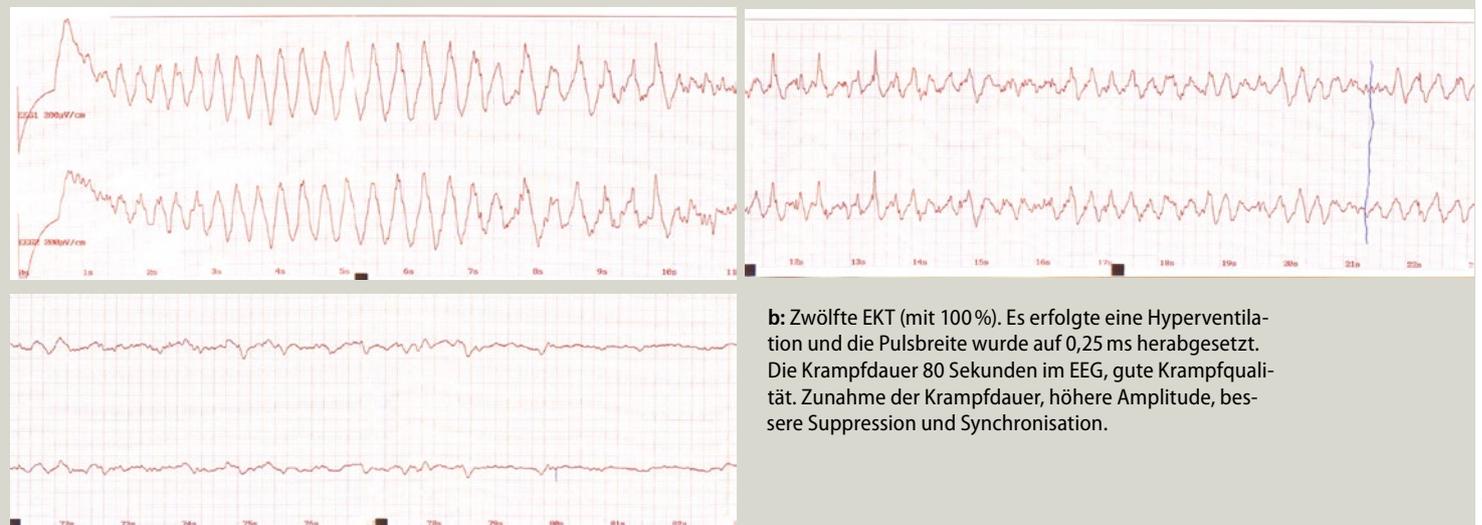
# Wie kann die Elektrokonvulsionstherapie optimiert werden?

Die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) gilt nach wie vor als die wirksamste antidepressive Methode in der Psychiatrie. Im Einzelfall ergibt sich die Notwendigkeit der Optimierung, einerseits um die Wirksamkeit zu erhöhen, andererseits aber auch um mögliche, vor allem kognitive Nebenwirkungen zu minimieren.

STEPHAN BANGRATZ, BETTINA GRAGER, JAN DI PAULI, RANKWEIL



**Abb. 1:** EKT bei einer Patientin mit schwerer depressiver Episode (EEG).  
**a:** Nach der elften EKT mit maximal möglicher Ladungsabgabe (200%) kam es zu einem sehr kurzen Anfalls geschehen (9 Sekunden im EEG) mit schlechter Qualität.



**b:** Zwölfte EKT (mit 100%). Es erfolgte eine Hyperventilation und die Pulsbreite wurde auf 0,25 ms herabgesetzt. Die Krampfdauer 80 Sekunden im EEG, gute Krampfqualität. Zunahme der Krampfdauer, höhere Amplitude, bessere Suppression und Synchronisation.

**34 Wie kann die Elektrokonvulsionstherapie optimiert werden?**

Antidepressive  
Behandlungsmethoden

**39 Psychiatrische Kasuistik**

PTSD mit psychotischem  
Erleben bei Kriegsopfern

**39 Verhaltens- und Verhältnisprävention psychisch erkrankter Beschäftigter**

Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

**54 CME Neuropsychiatrische Störungen**

Limische Enzephalitiden

**60 CME Fragebogen**

Bei rechtzeitiger Anwendung der EKT zur antidepressiven Therapie betragen die Ansprechraten bis zu 90 %, bei Therapieresistenz sinkt die Ansprechraten auf 60 % [1]. Etwa 40 % aller Patienten leiden an meist leichten, vorübergehenden, kognitiven Nebenwirkungen. Das Risiko kognitiver Nebenwirkungen ist bei bilateraler Stimulation am höchsten und lässt sich durch unilaterale Stimulation reduzieren [2].

Für die EKT gilt, dass die Wirkung aber auch die Nebenwirkung von der gegebenen Ladung abhängen. Ein Ansatz, die kognitiven Nebenwirkungen der EKT zu minimieren ist also, Strategien zu finden, mit weniger Ladung auszukommen, bei erhaltener Wirksamkeit. Dies kann über eine Senkung der Krampfschwelle erfolgen. Ansätze auf die Effektivität der EKT Einfluss zu nehmen, sind einerseits über Veränderung der Stimulationsparameter, Veränderung des Stimulationsortes oder über die Wahl der Narkosemittel sowie durch die Begleitmedikation möglich.

Eine Problematik, die im Laufe einer EKT-Serie auftreten kann ist, dass die EKT eine antikonvulsive Wirkung hat, das heißt die Krampfschwelle steigt und damit nimmt die Krampfqualität ab. Eine Abnahme der Krampfqualität bedeutet, dass der Krampf kürzer wird und eine schlechtere Synchronisation mit geringerer Amplitude zeigt: Am Ende des Anfallgeschehens kommt es dann zu einer

schlechten Suppression oder es ergeben sich Zeichen einer mangelnden Generalisierung. Als Konsequenz muss die Ladung erhöht werden, um eben eine entsprechende Wirksamkeit zu garantieren – mit dem erhöhten Risiko kognitiver Nebenwirkungen.

Es muss betont werden, dass die hier vorgestellten Methoden auf zum Teil schlechter Evidenz wie case reports beruhen.

**Hyperventilation**

Eine Möglichkeit, die Krampfschwelle zu senken ist die Hyperventilation. Durch die Hyperventilation sinkt der CO<sub>2</sub>-Partialwert, dadurch kommt es zu einem Anstieg des pH-Wertes, assoziiert mit einer Hypokalzämie und eine Erhöhung der Erregbarkeit der Nervenzellen. Die Hyperventilation wird im Rahmen der Beatmung bei der Narkose durchgeführt. Das Ziel ist es, eine Hypokapnie von 28 mmHg CO<sub>2</sub> zu erreichen (Normwert 35 – 40 mmHg). Die sicherste Methode eine Hyperventilation im Rahmen der EKT durchzuführen, besteht durch den Einsatz der Larynxmaske. So konnten beispielsweise Grötzing et al. zeigen, dass die Krampfdauer durch Hyperventilation mit der Larynxmaske signifikant zunahm [3]. Aksay et al. konnte zeigen, dass es auch zu einer Verbesserung der Krampfqualität kommt [4].

Die Hyperventilation sollte nicht unkritisch angewandt werden. Es besteht

möglicherweise ein erhöhtes Risiko für prothrahierte Anfälle. Auch ist die Hyperventilation bei schwangeren Patientinnen kontraindiziert, da durch das Sinken des pH-Wertes die Übernahme des materialen Sauerstoffes durch das fetale Hämoglobin unterbunden wird und eine Unterversorgung des Fötus droht.

**Fallbericht: EKT mit schlechter Anfallsqualität**

Eine 37-jährige Patientin wurde aufgrund einer schweren depressiven Episode, ohne psychotische Symptome bei bekannter bipolar-affektiver Störung, zum dritten Mal stationär aufgenommen. Nach mehrfachen Umstellungsversuchen bestand ihre gegenwärtige Medikation aus Lithium, Escitalopram, Aripiprazol und Levothyroxin als antidepressive Augmentationsstrategie. Da es zu keiner ausreichenden Verbesserung der psychopathologischen Symptome kam, wurde bei der Patientin eine EKT begonnen. Sie erhielt zweimal wöchentlich eine EKT, der Stimulationsort war unilateral rechts. Unter der EKT kam es zu einer langsamen, aber doch deutlichen Besserung der Psychopathologie. Die Patientin beklagte allerdings deutliche kognitive Nebenwirkungen.

Nach der elften EKT kam es unter maximal möglicher Ladungsabgabe von 200 % zu einem sehr kurzen Anfallgeschehen von 9 Sekunden im Elektroenzephalogramm (EEG), bei schlechter

Anfallsqualität (**Abb. 1 a**). Die zwölfte EKT wurde nun bei 100 % durchgeführt. Es erfolgte eine Hyperventilation und die Pulsbreite wurde auf 0,25 ms herabgesetzt. Die Krampfdauer betrug nun 80 Sekunden im EEG, die Krampfqualität war als gut zu beurteilen (**Abb. 1 b**). Es kam zu einer Zunahme der Krampfdauer, die Amplitude war höher, Suppression und Synchronisation waren deutlich besser. Bei der Patientin wurde also folgende Maßnahmen durchgeführt um die Krampfschwelle zu senken: Hyperventilation und Veränderung der Pulsbreite von 0,5 ms auf 0,25 ms.

#### Pulsbreite

Eine weitere Möglichkeit Einfluss auf die Krampfschwelle zu nehmen und die Nebenwirkungen zu reduzieren, ist also die Pulsbreite zu verändern. Moderne EKT-Geräte liefern einen Rechteckstrom ab, die Pulsweite bewegt sich üblicherweise zwischen 0,5 ms und 1,5 ms (kurze Pulsbreite), kann aber auf 0,3 ms (Mecta) oder 0,25 ms (Tymatron) reduziert werden. Es wird dann von ultrakurzer Pulsbreite gesprochen. 2008 konnte Sakeim et al. nachweisen, dass eine Reduktion der Pulsbreite bei unilateral rechter Stimulation zu einer Senkung der Krampfschwelle führt [5]. In der Arbeit war die Stimulation mit ultrakurzer Pulsbreite rechts unilateral der üblichen Stimulation rechts unilateral ebenwürdig. Deutlich schlechter schnitt allerdings die bilaterale Stimulation mit ultrakurzer Pulsbreite ab. Die Daten zu der Ansprechrate konnten jedoch von anderen Arbeiten nicht bestätigt werden. Auffallend bei der Sackheim-Studie war, dass mehr Patienten mit psychotischer Symptomatik, die bekanntermaßen gut auf eine EKT ansprechen, in der Gruppe mit ultrakurzer Pulsbreite waren. Es gibt Hinweise darauf, dass eine Behandlung mit ultrakurzer Pulsbreite nicht so effektiv ist, als mit kurzer Pulsbreite [6]. Sollte man die ultrakurze Pulsbreite anwenden, dann nur rechts unilateral, bei entsprechender Nutzen-Risiko-Abwägung, das heißt dann, wenn kognitive Nebenwirkungen unbedingt vermieden werden müssen.

#### Bispektralanalyse

Viele Narkosemittel haben antikonvulsive Eigenschaften. Es ist daher schlüssig,

dass eine möglichst flach gehaltene Narkose zu einer Verbesserung der Krampfqualität führt. Eine Möglichkeit, die Tiefe der Narkose zu messen, ist die Bispektralanalyse. Dabei wird aus der EEG-Ableitung die Narkosetiefe berechnet. Die Berechnung ergibt einen dimensionslosen Wert zwischen 0 und 100, wobei 100 der Wachheit entspricht, zur Sedierung kommt es ab einem Wert von 80 und eine chirurgische Narkose liegt bei einem Biswert von 40 vor.

Kranasta et al. konnte nun zeigen, dass die Krampfqualität bei flach gehaltener Propofolnarkose deutlich besser ist [7]. Die untersuchten Parameter waren die motorische und mittels EEG gemessene Krampfdauer, die Konkordanz, die postiktale Suppression, die mitiktale Amplitude und die maximale Herzrate sowie die Kohärenz.

Die Nachteile der Bispektralanalyse liegen darin, dass sie für bestimmte Anästhetika, die in der EKT zur Anwendung kommen, wie Etomidate oder Ketanest nicht aussagekräftig ist. Außerdem benötigen die Ableitелеktroden der Bispektralanalyse relativ viel Platz, sodass es hier beim Anlegen der Elektroden des Elektrokonvulsionsgerätes zu Schwierigkeiten kommen kann.

#### Fallbericht: Re-Stimulation

Die Re-Stimulation ist eine in der Praxis gelegentlich angewendete Methode, um einen Anfall auszulösen, wenn die maximal gegebene Ladung nicht mehr ausreicht [8]. Die Methode wird anhand eines Fallbeispiels beschrieben:

Herr K., 59 Jahre, wird zur EKT aufgrund einer therapieresistenten Depression zugewiesen. Nach der sechsten EKT konnte mit 200 % kein Anfallsgeschehen mehr ausgelöst werden. In der darauffolgenden EKT wurde der Patient mit 100 % Ladung vorstimuliert und nach 60 Sekunden mit 200 % wiederum stimuliert (**Abb. 2 a + b**). Dadurch konnte dann ein ausreichendes Anfallsgeschehen ausgelöst werden. Es wird davon ausgegangen, dass durch das Vorstimulieren ein Kindling geschieht, das Gehirn ist vorerregt und somit wird die Krampfschwelle gesenkt. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass durch die Doppelstimulation das Risiko für die kognitiven Nebenwirkungen deutlich ansteigt.

#### Flumazenil

Flumazenil wird gelegentlich verwendet, um bei Patienten, die zur EKT hochdosiert Benzodiazepine erhalten, diese zu antagonisieren, um einen ausreichenden Anfall auszulösen. Nun ergibt eine kleine Fallserie Hinweise darauf, dass Flumazenil auch bei Patienten, die keine Benzodiazepine erhalten haben, die Krampfschwelle senkt. Hintergrund ist, dass wahrscheinlich körpereigene gabaerge Substanzen antagonisiert werden [9].

#### Ketamin

Neben Hinweisen, dass Ketamin einen unmittelbaren antidepressiven Effekt hat [10], zeigen einige Arbeiten, dass dieser Wirkstoff als Narkotikum für die EKT einen positiven Effekt auf die Krampfqualität aufweisen könnte [11]. Bis dato existieren nur wenige Arbeiten, die sich mit der Wirksamkeit von Ketamin als Anästhetikum bei EKT beschäftigen. Placebokontrollierte Doppelblindstudien gibt es nur sehr wenige und insgesamt zeigen diese Arbeiten durchaus kontroverielle Ergebnisse.

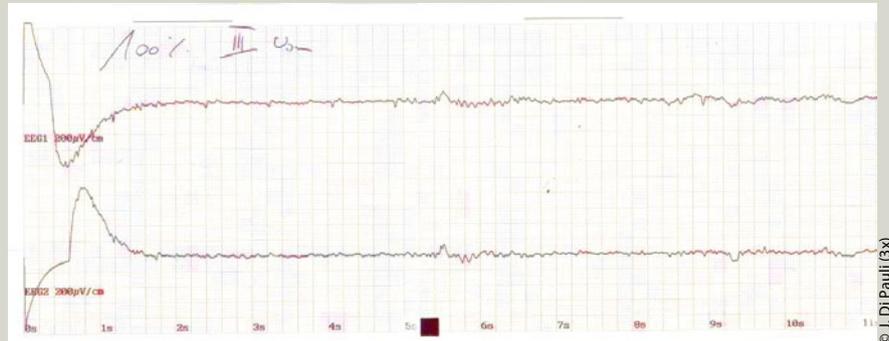
#### Studien

In einer Pilotstudie von Abdallah et al. zeigte sich kein signifikanter Effekt bezüglich der depressiven Symptomatik während einer Serie von sechs EKT-Behandlungen zwischen zwei Patientengruppen (eine Gruppe mit Ketamin und Thiopental als Narkotika, Ketamin jedoch in subanästhetischer Dosierung, eine Gruppe nur mit Thiopental) [12]. Der in früheren Arbeiten beschriebene rasche antidepressive Effekt von Ketamin konnte in dieser Arbeit nicht bestätigt werden. Bezüglich der Krampfqualität zeigte sich in der Ketamingruppe eine mögliche Assoziation zu einer verlängerten zerebralen Krampfdauer (jedoch ohne statistische Signifikanz) sowie ein Trend zu einer verlängerten motorischen Krampfdauer ( $p=0,036$ ). Aufgrund der geringen Fallzahl und der Inhomogenität der Vergleichsgruppen unterliegen diesbezügliche Schlussfolgerungen gewissen Limitationen.

In einem Fallbericht von Goforth und Holsinger zeigte sich ein möglicherweise synergistischer Effekt von Ketamin und EKT [13]. Nach einer Prämedika-

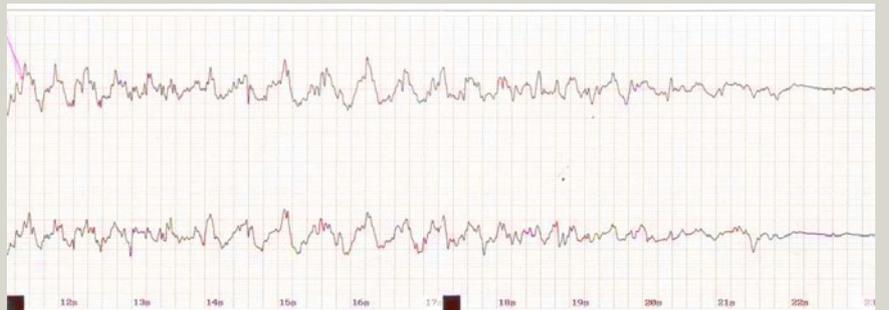
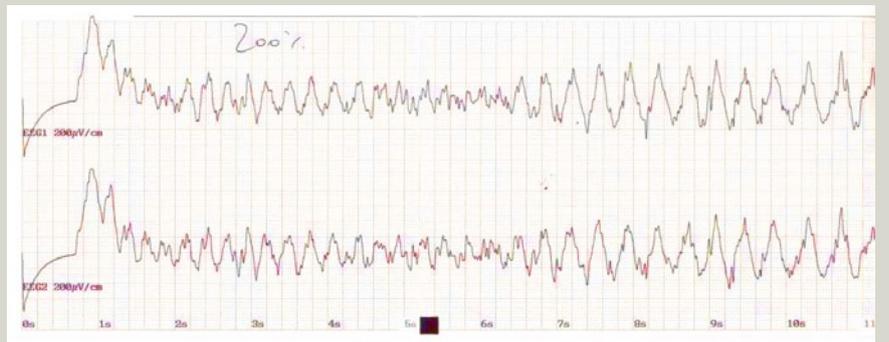
**Abb. 2:** EKT bei Patienten mit therapieresistenter Depression (EEG).

**a:** Nach der sechsten EKT konnte mit 200 % kein Anfallsgeschehen mehr ausgelöst werden, in der darauffolgenden EKT wurde der Patient mit 100% Ladung vorstimuliert.



© J. DiPauli (3x)

**b:** Danach wurde wiederum 60 Sekunden mit 200 % stimuliert. Dadurch konnte dann ein ausreichendes Anfallsgeschehen ausgelöst werden.



tion mit Ketamin eine Stunde vor der EKT sowie Thiopental direkt vor der Behandlung konnte bereits acht Stunden nach der EKT eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptome erzielt werden. Insgesamt zeigte sich eine Verbesserung in der Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) von 60 %.

In einer größeren, retrospektiven Studie untersuchten Hoyer et al. den Einfluss von Ketamin, Etomidat, Thiopental und Propofol auf die Krampfqualität [14]. Bei der Verwendung von Ketamin und Etomidat zeigte sich eine Assoziation mit einer höheren Krampfqualität (unter anderen längere Krampfdauer und erhöhte zentrale Inhibition), in der Ketamingruppe eine erhöhte zentrale

Inhibition, auch im Vergleich mit Etomidat. Ketamin erwies sich als vorteilhaft bezüglich vorübergehender kognitiver Defizite, eine Verschlechterung der produktiven Symptomatik bei Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis trat nicht auf. Bei der Verwendung von Ketamin hatten fast die Hälfte der Patienten postiktal erhöhte Blutdruckwerte, die jedoch mit Uradipil effizient behandelt werden konnten.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine ebenfalls retrospektive Arbeit von Kranaster et al., die insgesamt ebenfalls Hinweise für Überlegenheit von Ketamin im Vergleich zu Thiopental gibt [15]. Die Patienten in der Ketamingruppe benötigten weniger EKT-Behandlungen

bis zur Remission, und erreichten niedrigere Werte in der HAM-D. In der Mini Mental Rating Scale zeigte sich eine leichte Verbesserung in der Ketamingruppe, in der Thiopentalgruppe eine leichte Verschlechterung. Bezüglich Krampfdauer ergaben sich keine Unterschiede, die Konkordanz war in der Ketamingruppe signifikant höher. Ebenfalls musste in der Ketamingruppe häufiger Uradipil zur Blutdruckkontrolle gegeben werden.

In einer retrospektiven Pilotstudie von Kranaster et al. hatten Patienten mit Schizophrenie, die bei der EKT-Behandlung Ketamin als Narkotikum erhielten, ebenfalls eine längere Krampfdauer [16]. Die hypothetische Exacerbation der psy-

chotischen Symptomatik unter Ketamin trat nicht auf.

In einer randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie untersuchten Loo et al. den Effekt von Ketamin zusätzlich zu Thiopental auf kognitive Nebenwirkungen sowie bezüglich der depressiven Symptomatik [17]. Im Vergleich zu Placebo konnte kein Unterschied bezüglich kognitiver Nebenwirkungen gefunden werden. In der Ketamingruppe ergab sich eine raschere Besserung der depressiven Symptomatik, insgesamt war die Besserung nach Abschluss der Behandlung in beiden Gruppen gleich. In einer kleineren Studie [18] von McDaniel et al. fanden sich Hinweise auf eine bessere Merkfähigkeit bei Verwendung von Ketamin im Vergleich zu Etomidat nach sechs EKT-Behandlungen.

In einer Open-label-Studie von Okamoto et al. [19] zeigte sich eine signifikant schnellere Besserung der depressiven Symptome bei Anästhesie mit Ketamin im Vergleich zu Propofol, nach Abschluss der EKT-Behandlung gab es keine Unterschiede im HAM-D.

Rasmussen et al. fanden in einer retrospektiven Analyse keine Unterschiede bezüglich Krampfdauer bei der Verwendung von Ketamin im Vergleich zu Methohexital, in der Ketamingruppe traten jedoch signifikant erhöhte hämodynamische Parameter auf [20].

In einer randomisierten Studie [21] verglichen Wang et al. die Verwendung von Ketamin, Propofol sowie eine Kombinationsanästhesie von Propofol und Ketamin bei einer EKT-Behandlung. In der Ketamin- und der Kombinations-

gruppe wurde ein signifikant höherer Seizure Energy Index sowie eine erhöhte Krampfdauer festgestellt. Es zeigte sich eine signifikant schnellere Reduktion der HAM-D-Werte in der Ketamin- sowie der Kombinationsgruppe, nach Abschluss der Studie war der antidepressive Effekt in allen drei Gruppen vergleichbar. In der Ketamingruppe traten erhöhte Blutdruckwerte sowie nach Aufwachen aus der Narkose eine erhöhte Angstbereitschaft und vermehrt Halluzinationen auf. In der Kombinationsgruppe gab es diese Halluzinationen nicht.

#### Schlussfolgerungen

- Nach Analyse der vorhandenen Literatur lässt sich nach wie vor keine generelle Empfehlung für die Verwendung von Ketamin bei EKT erarbeiten.
- Es zeigen sich insgesamt Hinweise, dass Ketamin als Anästhetikum bei EKT eine raschere Verbesserung der Symptomatik mit sich bringen könnte, bei ebenfalls besserem kognitiven Nebenwirkungsprofil.
- Dem im Vergleich schlechteren hämodynamischen Nebenwirkungsprofil kann grundsätzlich medikamentös gegengesteuert werden. Bei kardiovaskulärem Risiko muss es aber im Sinne einer Nutzen-Risiko-Analyse eventuell näher in Betracht gezogen werden.
- Limitierend auf generelle Tendenzen und Trends wirken einerseits die relativ geringe Anzahl an Studien zu diesem Thema, andererseits die meist geringen Fallzahlen sowie die Unterschiede bezüglich der Populationscharakteristika und der Zielparame-ter.

#### Augmentierung in der täglichen Praxis

Die EKT wird in den meisten Zentren selten als Monotherapie verwendet, dies wohl auch aus gutem Grund. So konnte Sackheim in einer kürzlich erschienenen Arbeit nachweisen, dass die EKT in Kombination mit Nortriptylin oder Venlafaxin effektiver ist als eine EKT-Monotherapie. Als besonders günstig erwies sich Nortriptylin, hierunter kam es zu einer Abnahme der kognitiven Nebenwirkungen und zu einer Zunahme der Remissionsrate von 15 % [22].

Bei einer schizophrenieformen Erkrankung ist eine Begleitmedikation unablässig und nur in ausgesprochenen Ausnahmefällen sollte die EKT als Monotherapie bei der Schizophrenie angewendet werden [23].

Die einfachste Augmentierung der Wirksamkeit der EKT ist jedoch die rechtzeitige Anwendung. Es konnte nachgewiesen werden, dass Patienten, die vor der EKT auf eine adäquate medikamentöse Behandlung keine Response zeigten, nur zu 63 % angesprochen haben. Dagegen sprachen 91 % der nicht therapieresistenten Patienten auf eine EKT an [24]. Es entspricht aber der allgemein praktischen Erfahrung, dass Patienten die bereits über viele Jahre verschiedenste Antidepressiva erfolglos erhalten haben, nurmehr schlecht auf eine EKT ansprechen. Daraus folgt für die Praxis, dass die EKT rechtzeitig angewendet werden soll. Diese Empfehlung entspricht auch der längerübergreifenden Stellungnahme der Fachgesellschaften für Psychiatrie aus der Schweiz, Deutschland, Österreich und Italien [25]. □



Weitere Infos auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

#### Hirnstimulationsverfahren in der klinischen Anwendung

Der Artikel informiert über Entwicklungen und Erforschung alter und neuer Hirnstimulationsmethoden wie der Elektro- und der Magnetkrampftherapie (EKT/MKT). Die Hauptindikation der EKT ist heute die therapieresistente Depression, für die MKT (ausschließlich in klinischen Studien) therapieresistente uni- und bipolare Depressionen.

Diesen Artikel finden Sie, indem Sie den Titel oder die (in Klammern) gesetzte ID-Nummer in die Suche eingeben (5547558)

#### LITERATUR

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

**Dr. med. Stefan Bangratz**

**Dr. med. Bettina Grager**

**Dr. med. Jan Di Pauli, Chefarzt**

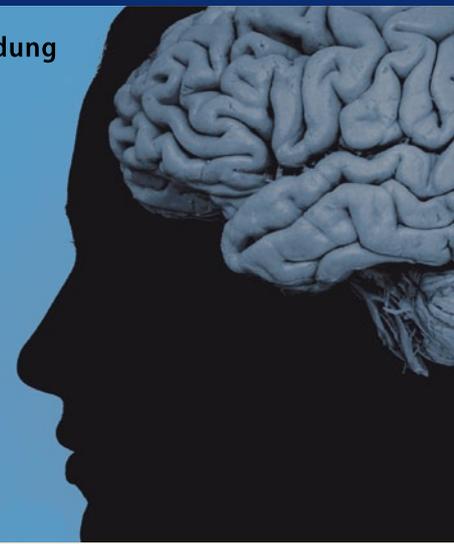
Landeskrankenhaus Rankweil

Valdunastrasse 16, 6830 Rankweil, Österreich

E-Mail: [Jan.dipauli@lkr.at](mailto:Jan.dipauli@lkr.at)

# Literatur

1. Prudic, Haskett, Mulsant et al (1996) Resistance to antidepressant medications and short term clinical responds to ECT. *Am. J. Psychiatry* 153(8): 985-992
2. Colemann EA, Sackeim HA et al (1996) Subjective memory complaints before and after electroconvulsive therapy. *Biol Psychiatry* 39: 436-456
3. Haecck M, Gillmann B, Januschek H, Grözinger M (2011) Electroconvulsive therapy can benefit from controlled hyperventilation using laryngeal mask. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* Nov 261 Suppl 2: 172-176
4. Aksay SS, Bump JM, Janke C, Hoyer C, Kranaster I, Sartorius A (2012) New Evidenz for Seizure Quality Improvement by Hyperoxia and mild Hypercapnia. *J ECT*
5. Sackeim HA, Prudic J, Nobler MS, Fitzsimons L, Lisanby SH, Payne N, Berman RM, Brakemeier EL, Perera T, Devanand PD (2008) effects of pulse width and electrode placement on efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *Bain Stimul. Apr*:1(2): 71-83
6. Loo CK, Sainsbury K, Sheehan P, Lyndon B. (2008) A comparison of RUL ultrabrief pulse (0.3 ms and standard RUL ECT. *Int J Neuropsychopharmacol. Nov* 11(7):883-90
7. Kranaster L, Hoyer C, Janke C, Sartorius A (2013) Bispectral index monitoring and seizure quality optimization in electroconvulsive therapy. *J. ECT: Jun* 46(4): 147-150
8. Grözinger M, Conca A, Nickl-Jockschat T, Di Pauli J. (2014) *Elektrokonvulsionstherapie kompakt* Springer Verlag Ausgabe 1: 120-121
9. Yi. J., Torres J, Azner Y, Vaida P, Schiavi A, Reti IM (2012) Flumazenil pretreatment in benzodiazepine-free patients: a novel method for managing declining ECT seizure quality. *J ECT Sept* 28(3): 185-189
10. Berman R. M., Cappiello A., Anand A., Oren D. A., Heninger G. R., Charney D. S., and Krystal J. H. (2000) Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol. Psychiatry Feb* 47(4):351-354
11. Krystal A. D., Weiner R. D., Dean M. D., Lindahl V. H., Tramontozzi L. A., Falcone G., and Coffey C. E. (2003) Comparison of seizure duration, ictal EEG, and cognitive effects of ketamine and methohexital anesthesia with ECT. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 15(1):27-34
12. Abdallah C. G., Fasula M., Kelmendi B., Sanacora G., and Ostro R. (2012) Rapid antidepressant effect of ketamine in the electroconvulsive therapy setting. *J ECT Sep*,28(3):157-161
13. Goforth H. W. and Holsinger T.. Rapid relief of severe major depressive disorder by use of preoperative ketamine and electroconvulsive therapy (2007) *J ECT Mar* 23(1):23-25
14. Hoyer C., Kranaster L., Janke C., and Sartorius A. Impact of the anesthetic agents ketamine, etomidate, thiopental, and propofol on seizure parameters and seizure quality in electroconvulsive therapy (2013): a retrospective study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, Jul
15. Kranaster L., Kammerer-Ciernioch J., Hoyer C., and Sartorius A. Clinically favourable effects of ketamine as an anaesthetic for electroconvulsive therapy: a retrospective study (2011). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, Dec 261(8):575-582
16. Kranaster L., Hoyer C., Janke C., and Sartorius A. Preliminary evaluation of clinical outcome and safety of ketamine as an anesthetic for electroconvulsive therapy in schizophrenia (2012). *World J. Biol. Psychiatry*, Mar
17. Loo C. K., Katalinic N., Gareld J. B., Sainsbury K., Hadzi-Pavlovic D., and Mac-Pherson R.. Neuropsychological and mood effects of ketamine in electroconvulsive therapy: a randomised controlled trial (2012). *J Affect Disord*, Dec 142(1-3):233-240
18. McDaniel W. W., Sahota A. K., Vyas B. V., Laguerta N., Hategan L., and Oswald J. Ketamine appears associated with better word recall than etomidate after a course of 6 electroconvulsive therapies. (2006) *J ECT*, Jun 22(2):103-106
19. Okamoto N., Nakai T., Sakamoto K., Nagafusa Y., Higuchi T., and Nishikawa T.. Rapid antidepressant effect of ketamine anesthesia during electroconvulsive therapy of treatment-resistant depression: comparing ketamine and propofol anesthesia. 2010 *J ECT*, 26(3): 223-227, Sep 2010.
20. Rasmussen K. G., Jarvis M. R., and Zorumski C. F. Ketamine anesthesia in electroconvulsive therapy (1996) *Convuls Ther Dec*, 12(4):217-223
21. Wang X., Chen Y., Zhou X., Liu F., Zhang T., and Zhang C. (2012) Effects of propofol and ketamine as combined anesthesia for electroconvulsive therapy in patients with depressive disorder. *J ECT Jun* 28(2):128-132
22. Sackeim HA, Dillingham EM, Prudic J, Cooper T, McCall WV, Rosenquist P, Isenberg K, Garcia K, Mulsant BH, Haskett RF (2009) Effect of concomitant pharmacotherapy on electroconvulsive therapy outcomes: short-term efficacy and adverse effects. *Arch Gen Psychiatry Jul* 66 (7): 729-737
23. Prudic J, Haskett RF, Mulsant B, Malone KM, Petinati HM, Stephens S, Greenberg R, Rifas SL, Sackeim HA (1996) Resistance to antidepressant medication and short-term clinical response to ECT. *Am J Psychiatry. Aug*;153(8):985-92.
24. Chanpattana W., Chakrabhand ML, Kongsakon R. et al (1999) Short-term effect of combined ECT and neuroleptic therapy in treatment-resistant schizophrenia. *J ect* 15:129-139
25. Grözinger M., Conca A., Di Pauli J., Ramseier F. (2012) *Elektrokonvulsionstherapie*. Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz. (2012) *Nervenarzt* 83: 919-921



## Psychiatrische Kasuistik

# PTSD mit psychotischem Erleben bei Kriegsopfern

### Eigenanamnese

Die Erhebung der Eigenanamnese des 21-jährigen Patienten gestaltete sich außerordentlich schwer. Der aus einem Krisengebiet stammende Patient stellte sich in Begleitung einer Cousine in unserer arabischsprachigen Spezialambulanz vor. Anlass der Vorstellung war die Überweisung einer Psychologin zur psychiatrischen Behandlung und Beurteilung der Reisefähigkeit zur Vorlage bei der zentralen Aufnahmeeinrichtung des Landes.

Beim ersten Kontakt war es nicht möglich eine Eigenanamnese zu erheben. Der Patient wirkte entsetzt, submutistisch, misstrauisch, verunsichert und teilnahmslos. Er reagierte inadäquat auf Ansprache und zeigte Fehlhandlungen in Form von Salutieren. Die Orientierung und Mnestik waren bei dem wachen Patienten nicht zu prüfen. Formalgedanklich war der junge Patient sehr verlangsamt und umständlich. Er zeigte diffuse Ängste und eine ängstlich-schreckhafte Reaktion auf ein Hundefoto im Untersuchungsraum. Er fühlte sich bedroht, sein Verhalten wies auf optische Halluzinationen hin. Ich-Störungen waren nicht prüfbar und es fanden sich keinerlei Hinweise auf Zwangshandlungen.

### Fremdanamnese

Fremdanamnestisch ließ sich durch die Cousine eruieren, dass der Patient im April 2013 in einem Kriegsgebiet für etwa fünf Monate lang inhaftiert und gefoltert worden sei. Vor sechs Monaten sei er zu seiner Familie nach Deutschland gekommen. Die Eltern, die noch im Krisengebiet leben, berichteten telefonisch, dass sich der Patient nach der Entlas-

sung aus dem Gefängnis in einem verahrlosten Zustand befunden und auffälliges Verhalten gezeigt habe. Er habe sich massiv zurückgezogen, kaum das Haus verlassen und in unverständlicher Weise von Blut, Schlachten und schwarzen Hunden berichtet. Ihr Sohn sei meist abwesend, sehr angespannt und ängstlich gewesen. Er habe sich nicht ausreichend um seine Hygiene und Nahrungsaufnahme gekümmert. Ferner berichteten die Eltern, dass er immer wieder auch nachts eingenässt und ohne Anlass geschrien habe. Die Eltern hätten aus Angst vor einer erneuten Inhaftierung nicht gewagt, den Sohn im Krisengebiet oder den Anrainerstaaten behandeln zu lassen. Sein Zustand sei über fünf Monate unverändert gewesen, bis die Familie sich entschlossen habe, den Patient zur Behandlung und zu seiner eigenen Sicherheit bei der Cousine in Deutschland unterzubringen. Der Patient sei zwei Wochen vor der Vorstellung in unserer Klinik eingereist. Die Cousine gab an, dass der Patient seit seiner Ankunft in Deutschland sehr unruhig und nervös sei und Angst vor fremden Menschen und Hunden habe. Er schreie immer wieder ohne Anlass und male auf Wände.

### Psychiatrische Vorgeschichte

Die psychiatrische Vorgeschichte bis zum Beginn der aktuellen Episode war leer für psychiatrische Erkrankungen.

### Soziobiografie

Soziobiografisch ist fremdanamnestisch (und später eigenanamnestisch) zu eruieren, dass der Patient in dem Kriegsgebiet geboren wurde und aufgewachsen ist. Geburt und Entwicklung waren un-

### 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 7–8/2014

P: Das Ganser-Syndrom: eine „ungewöhnliche Demenz“

NT 9/2014

N: Kamptokormie bei FSHD und Myasthenia gravis

NT 10/2014

P: Therapieresistente Schizophrenie

NT 11/2014

N: Rezidivierend kryptogene Posteriorinfarkte

NT 12/2014

P: Bipolares Prodrom

NT 1/2015

N: Ein Ausrutscher mit anhaltenden Folgen

NT 2/2015

P: PTSD mit psychotischem Erleben bei Kriegsopfern

Das Online-Archiv finden Sie auf den Homepages der Berufsverbände unter [www.bvdn.de](http://www.bvdn.de), [www.neuroscout.de](http://www.neuroscout.de) und [www.bv-psychiater.de](http://www.bv-psychiater.de)



auffällig. Er habe die Schule bis zur neunten Klasse besucht, dann eine Ausbildung zur Pflegekraft nach drei Jahren abgeschlossen und anschließend für ein Jahr in einer Klinik gearbeitet. Er sei ledig, habe viele Freunde gehabt und gibt weiter an, noch nie in einer Partnerschaft gewesen zu sein. Er sei Erstgeborener, habe drei jüngere Brüder und eine Schwester, die alle aktuell noch in der Heimat seien und in die Schule gingen. Der Vater arbeite als Landwirt, die Mutter sei Hausfrau. Die Familienanamnese sei hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungen leer. Seit seiner Ankunft in Deutschland sei er bei seiner Cousine untergekommen. Mit ihrer Unterstützung habe er einen Antrag auf Asyl gestellt. Die zentrale Aufnahmeeinrichtung verlangt eine psychiatrische Begutachtung, um die Unterbringung in Berlin bei der Cousine berücksichtigen zu können.

**Substanzanamnese**

Die Substanzanamnese des Patienten war leer. Der Konsum von Nikotin, Alkohol und illegalen Substanzen wurde glaubhaft negiert.

**Internistische/neurologische Untersuchung**

In der internistischen und neurologischen Untersuchung fand sich der Patient in mäßigem Allgemein- und Ernährungszustand. Cor, Pulmo und Abdomen und Neurostatus waren ohne pathologischen Befund. Insbesondere fanden sich keinerlei Folterspuren.

**Ambulante Diagnostik**

In der ambulanten Diagnostik zeigte das Routinelabor (Differenzialblutbild, Elektrolyte, Kreatinin, Harnstoff, ALT, AP, GGT, Bilirubin, Lipase, Amylase, TSH, CRP, Vitamin B12, Folsäure) Werte im Normbereich. Das Drogenscreening im Urin war negativ. Im EKG war kein pathologischer Befund zu erkennen. In der EEG-Untersuchung konnte ein normales Alpha-EEG ohne Herdbefund und ohne Zeichen einer erhöhten zerebralen Anfallsbereitschaft dargestellt werden. Eine zerebrale Kernspintomografie zeigte (außer einer nebenbefundlichen Sinusitis maxillaris) keine Auffälligkeiten.

**Therapie und Verlauf**

Im weiteren Verlauf wurde aufgrund der zunächst unklaren Symptomatik und der eingeschränkten Explorationsfähigkeit eine symptomatische Therapie mit Lorazepam und Doxepin begonnen. Eine stationäre Behandlung war zu diesem Zeitpunkt aufgrund des massiven Misstrauens des ängstlichen Patienten nicht möglich, sodass eine engmaschige ambulante Vorstellung mit mehreren Terminen pro Woche vereinbart wurde. Schon bald zeigte sich der Patient offener, zugewandter und mit einer Verbesserung des Schlafes. Bei der ersten, für den Patienten außerordentlich belastenden Exploration konnten nun optische Halluzinationen in Form von großen, schwarzen Hunden, Ängste vor fremden Menschen sowie Beobachtung- und Beinträchtigungsideen eruiert werden.

Es erfolgte eine zusätzliche pharmakologische Therapie mit Risperidon sowie Citalopram, unter der es zu einer langsamen, aber stetigen Verbesserung der Symptomatik kam. Nach insgesamt dreiwöchiger Therapie war der Patient klar, orientiert und insgesamt selbstständiger. Er berichtete von weniger Ängsten sowie einer Verbesserung des Durchschlafens. Halluzination und Beobachtungserleben verbesserten sich jedoch nur leicht, Alpträume waren noch immer vorhanden. Auch zu diesem Zeitpunkt war es dem Patienten noch nicht möglich, über etwaige traumatische Ereignisse zu berichten. Bei Teilresponse

wurde die pharmakologische Therapie um Clonidin ergänzt.

In den folgenden zwei Monaten zeigte sich eine weitere Besserung der Symptome, der Patient erschien ohne Begleitung zu den Terminen und berichtete von einer deutlichen Rückläufigkeit der Halluzinationen. Es persistierten allerdings noch immer Alpträume, Intrusionen und sich aufdrängende Bilder von traumatischen Kriegserlebnissen. Zudem berichtet er von Schuldgefühlen und von einem Gefühl der Hilflosigkeit.

Im weiteren Verlauf konnte der Patient erstmals über seine traumatischen Erlebnisse sprechen. Er berichtete, dass er in einem Gefängnis mit Schlafentzug, Angriffen durch Hunde, Elektroschocks, und anderen Methoden gefoltert worden sei. Die Alpträume und die wiederkehrenden traumabezogenen Erinnerungen seien für den Patient belastend, und würden beim Einschlafen und Dunkelheit reaktiviert, daher versuche er mit angeschaltetem Licht einzuschlafen. Durch Telefonate mit der Heimat und Fernsehberichte aus dem Krisengebiet würden die Intrusionen getriggert.

Im weiteren Verlauf konnte die antipsychotische Behandlung mit Risperidon und die Benzodiazepin-Therapie komplett abgesetzt und die Behandlung mit Citalopram und Clonidin fortgeführt werden. Nach etwa vier Monaten war der Patient zukunftsorientiert, in der Lage, allein zu wohnen und zog in ein Heim für Asylbewerber ein. Er habe

**Tab. 1: Vorgeschlagene operationelle Kriterien für posttraumatische Belastungsstörung mit sekundärpsychotischen Merkmalen (PTSD-SP) [10, 11]**

1. Patienten erfüllen DSM-IV-TR Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD).
2. Positive psychotische Symptome wie Halluzinationen und/oder Wahnvorstellungen sind vorhanden.
3. Psychotische Merkmale treten nicht ausschließlich im Zusammenhang mit Flashbacks auf.
4. Es liegt keine formale Denkstörung vor.
5. Es liegt keine kurze psychotische Störung vor.
6. Die PTSD geht psychotischen Symptomen voraus.
7. Es gibt keine Geschichte psychotischer Symptome vor dem traumatischen Ereignis.
8. Andere psychiatrische Störungen können die Symptome nicht besser erklären, zum Beispiel Schizophrenie, schizoaffektive Störung oder bipolare Störung mit psychotischen Merkmalen.
9. Für Forschungszwecke eine Mindestpunktzahl von moderaten oder höher auf mindestens einer der positiven Items der PANSS, zum Beispiel Halluzinationen oder Wahnvorstellungen.

angefangen, Deutsch zu lernen und besuche den Kurs dreimal pro Woche. Es persistieren noch milde Flashbacks, seltene Intrusionen sowie Einschlafstörung und ein Vermeidungsverhalten.

### Traumakonfrontationstherapie

Schließlich entschieden wir uns für die Durchführung einer ambulanten Traumakonfrontationstherapie. Hierbei wurde mit dem Patienten zum besseren Verständnis der Entstehung und der Aufrechterhaltung der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD, PTBS) zunächst das kognitive Modell der PTSD [1] erläutert und ein individuelles Störungsmodell im Zusammenhang mit der Biografie erarbeitet. Es folgten eine Psychoedukation über das Krankheitsbild, korrespondierende Gefühlsanalysen sowie eine spezifische Therapie nach Ehlers [2]. Im gesamten weiteren Verlauf zeigte sich der Patient durchweg verständnisvoll und überaus motiviert.

### Beurteilung und Diskussion

Der Patient war nach der Entlassung aus der Haft lange Zeit ohne psychiatrische oder psychologische Betreuung. Er zeigte initial psychotische Symptome in Form von optischen Halluzinationen, Verfolgungs- und Beobachtungsideen sowie Symptomen einer PTSD. Wir behandelten den Patienten bei der Verdachtsdiagnose einer Psychose NOS (not otherwise specified) infolge eines Traumaereignisses mit Risperidon, worunter sich psychotische Symptome deutlich verminderten. Der Zustand des Patienten verbesserte sich in Bezug auf die positiven psychotischen Symptome – vor allem formale Denkstörung und Halluzinationen – deutlich. Im weiteren Verlauf konnten PTSD-typische Symptome wie Intrusionen, Alpträume und Hypervigilanz exploriert werden. Die Behandlung mit SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und schlaffördernder Medikation sowie Clonidin führten zu einer weiteren Verbesserung der PTSD-Symptome, insbesondere was den Schlaf und die Alpträume anging.

Bei dem Patienten nehmen wir an, dass folgende Faktoren zur Verbesserung seines Zustandes beigetragen haben:

- Unterbringung in sicherer, geschützter Umgebung bei Angehörigen, ohne

Viele durch Krieg oder Folter traumatisierte Veteranen mit PTSD berichten über psychotisches Erleben im Sinn akustischer, optischer Halluzinationen oder Wahnideen.



© cunaplus / Fotolia.com

- Angst vor Bedrohung und erneuter Verhaftung haben zu müssen
- Spezifische Psychotherapie und stützenden Gespräche
- Pharmakotherapie

### Psychose und PTSD

Es wurde häufig über psychotische Symptome im Rahmen einer schweren PTSD Erkrankung berichtet [3, 4, 5, 6]. In einer Studie über Veteranen aus Kroatien zeigten acht von 41 PTSD-Patienten psychotische Symptome, diese waren von Flashbacks zu differenzieren. Die psychotischen Symptome waren mit Traumaerfahrungen verbunden, jedoch sprachen die Patienten auf die Behandlung mit Antipsychotika über ein Jahr lang nicht an [7]. Im Gegensatz hierzu konnte eine andere Arbeitsgruppe ein unmittelbares Ansprechen der psychotischen PTSD-Patienten auf Antipsychotika darstellen [4]. In einer weiteren Arbeit konnte gezeigt werden, dass bis zu 40% der traumatisierten Veteranen mit PTSD über psychotisches Erleben in Sinne von akustischen, optischen Halluzinationen oder Wahnideen berichteten [8, 9]. Es wird beschrieben, dass der Schweregrad des Traumas meist mit dem Schweregrad der PTSD und der psychotischen Erlebnisse übereinstimmt. Über den Unterschied zwischen Erinnerungen von Traumaereignissen wie intensiven Intrusionen und psychotischem Erleben wird häufig diskutiert [8, 9].

Die Existenz einer Untergruppe von Patienten mit PTSD mit sekundärem psychotischem Merkmal (PTSD-SP) wurde kontrovers diskutiert. Hamner und Braakman versuchten, operationel-

le Kriterien für PTSD mit sekundärpsychotischen Merkmale zu erstellen und die Anwesenheit dieser Symptome als einzigartigen Subtypen der Erkrankung zu begründen (Tab. 1 [10, 11]). Das Fehlen von komplexen Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder formalen Denkstörungen hilft, PTSD mit psychotischen Symptomen von Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung zu unterscheiden.

Bei unserem Patienten ist die klinische Beschreibung von optischen Halluzinationen assoziiert mit Foltermethode und Trauma-Erfahrung, er zeigte jedoch eine formale Denkstörung sowie Beobachtungsideen.

Die Behandlung von psychotischen Symptomen im Rahmen einer PTSD umfasst die Kombination von niedrig dosierten Antipsychotika und Antidepressiva [12, 13]. Es ist daher von klinischer Bedeutung, bei der initialen Beurteilung und Exploration Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung nach psychotischen Symptomen zu fragen. □

### LITERATUR

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

### Jihad Alabdullah

Univ.-Prof. Dr. med. Malek Bajbouj  
Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Campus Benjamin Franklin  
Eschenallee 3, 14050 Berlin  
E-Mail: [jihad.alabdallah@charite.de](mailto:jihad.alabdallah@charite.de)

## Fragen und Lösungen

### Frage 1

Welches Medikament kann bei der PTSD zur Behandlung von Alpträumen eingesetzt werden?

- Mirtazapin
- Clonidin
- Prazosin
- Doxazosin
- Clonidin, Prazosin und Doxazosin

### Lösung

Richtig ist Antwort e. Doxazosin und Prazosin sind selektive  $\alpha_1$ -Antagonisten, die bei arterieller Hypertonie oder benigner Prostatahyperplasie indiziert sind. In mehreren Studien bei PTSD-Patienten hat sich zudem gezeigt, dass die genannten Substanzen zur Reduzierung Trauma-assoziiierter Alpträume führen können. Clonidin ist ein Antisymphotonikum ( $\alpha_2$ -Adrenozeptor-Agonist), der auch bei arterieller Hypertonie und zur Milderung von Entzugerscheinungen indiziert sein kann. Mirtazapin sollte bei einer PTBS mit ausgeprägten Alpträumen eher vermieden werden, da eine mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkung das Auftreten beziehungsweise Verstärken von vorhandenen Alpträumen darstellt.

### Frage 2

Was ist die effektivste psychotherapeutische Technik zur Bearbeitung von Intrusionen bei PTSD-Patienten?

- Kognitive Umstrukturierung

- Traumaexposition in sensu
- Soziales Kompetenztraining
- Triggerkonfrontation
- Hypnose

### Lösung

Richtig ist Antwort b. Traumakonfrontationssitzungen stellen eine Exposition in sensu im Rahmen einer traumafokussierten Verhaltenstherapie dar. Diese sollen eine Habituation und damit Reduktion der Angst und der Belastung beim Erleben der Traumaintrusionen bewirken.

### Frage 3

Welches Symptom gehört nicht zu den operationellen Kriterien für PTSD mit Sekundärpsychotischen Merkmalen (PTSD-SP)?

- PTSD-Kriterien
- Wahnvorstellungen
- Formale Denkstörung
- Keine Geschichte psychotischer Symptome vor dem traumatischen Ereignis.
- Optische Halluzinationen

### Lösung

Richtig ist Antwort c. In die operationellen Kriterien für PTSD mit Sekundärpsychotischen Merkmal (PTSD-SP) ist die Formaldenkstörung auszuschließen. Halluzinationen, Wahnvorstellungen und PTSD-Symptome sollten vorhanden sein, sowie eine negative Vorgeschichte für psychotische Symptome.

Hier steht eine Anzeige.



Weitere Infos auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

### Forensisch-psychiatrische Beurteilung von PTBS

Die Beurteilung von Traumafolgestörungen hat in der forensisch-psychiatrischen Gutachtenpraxis große Bedeutung. Der Artikel informiert über diagnostische und gutachtliche Kriterien der Kausalitätsbeurteilung von PTBS ([4972592](#)).

### „Die Dunkelziffer ist beunruhigend hoch“

Wovon hängt es ab, in welchem seelischen Zustand Bundeswehrsoldaten von einem Auslandseinsatz zurückkehren? In einer vom Bundestag beauftragten Studie wurden Soldaten vor und nach ihrem Einsatz in Afghanistan befragt ([4936702](#)).

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

# Literatur

1. Boos, A. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung: Ein Therapiemanual, Hogrefe Verlag.
2. Ehlers, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung, Hogrefe Göttingen.
3. Lindley, S. E., E. Carlson and J. Sheikh (2000). „Psychotic symptoms in posttraumatic stress disorder.“ *CNS spectrums* 5(9): 52-57.
4. Floros, G. D., I. Charatsidou and G. Lavrentiadis (2008). „A case of PTSD presenting with psychotic symptomatology: a case report.“ *Cases journal* 1(1): 352.
5. Braakman, M., F. Kortmann and W. Van den Brink (2009). „Validity of 'post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features': a review of the evidence.“ *Acta Psychiatrica Scandinavica* 119(1): 15-24.
6. Frías Ibáñez, Á., C. Palma Sevillano, E. Giné Servén and E. Aluco Sánchez (2014). „Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: etiopathogenic and nosological implications.“ *The European Journal of Psychiatry* 28(1): 27-38.
7. Ivezić, S., A. Bagarić, L. Oruč, N. Mimica and T. Ljubin (2000). „Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients.“ *Croatian medical journal* 41(2): 179-183.
8. Hamner, M. B. (1997). „Psychotic features and combat-associated PTSD.“ *Depression and anxiety* 5(1): 34-38.
9. David, D., G. S. Kutcher, E. I. Jackson and T. A. Mellman (1999). „Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder.“ *Journal of Clinical Psychiatry*.
10. Hamner, M. B., B. C. Frueh, H. G. Ulmer and G. W. Arana (1999). „Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder.“ *Biological Psychiatry* 45(7): 846-852.
11. Braakman, M. H., F. A. Kortmann, W. van den Brink and R. J. Verkes (2007). „Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features: neurobiological findings.“ *Progress in brain research* 167: 299-302.
12. Coentre, R. and P. Power (2011). „A diagnostic dilemma between psychosis and post-traumatic stress disorder: a case report and review of the literature.“ *Journal of medical case reports* 5(1): 97.
13. Hamner, M. B. (2011). „Psychotic symptoms in posttraumatic stress disorder.“ *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry* 9(3): 278-285.

## Gesundheit und Arbeitsfähigkeit

# Verhaltens- und Verhältnisprävention psychisch erkrankter Beschäftigter

Um langfristig der steigenden Anzahl an psychischen und Verhaltensstörungen entgegenzuwirken sowie bereits psychisch erkrankten Beschäftigten mehr Wohlbefinden und Selbstbestimmung zu ermöglichen, wurde das „Gruppentraining zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz und Arbeitsfähigkeit – GESUND“ entwickelt und in einer Werkstatt für behinderte Menschen evaluiert. Die vorliegende Interventionsstudie wurde mittels eines Prä-Posttest-Designs evaluiert.

KATHRIN LATOCHA, WUPPERTAL

Im Jahr 2030 werden in den Industrieländern nach Hochrechnungen der WHO die Hälfte der Erkrankungen mit den stärksten Beeinträchtigungen der Lebensqualität (körperliches, psychisches, soziales Befinden) aus dem Bereich der psychiatrischen Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie, bipolare Störungen) stammen [1, 2, 3]. Der stetige Anstieg von psychischen und Verhaltensstörungen und der damit assoziierten steigenden Anzahl an Frühberentungen, die im Jahre 2012 bereits bei 42% lagen [4], zeigen die Bedeutung des Themas. Der Bericht des Berufsverbandes Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) [5] sieht psychische und Verhaltensstörungen als Volkskrankheit des 21. Jahrhunderts an und konstatiert, dass in den folgenden Jahren Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Stressbewältigung bedeutsamer werden [6]. Die „unzureichende Versorgung psychisch erkrankter Menschen sowie Zuständigkeits- und Schnittstellenprobleme im Sozialversicherungssystem“ [4] spielen eine weitere entscheidende Rolle. Der „Handlungsbedarf zur Verbesserung der Prävention, Behandlung und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen“ [4] spiegelt die Notwendigkeit wider, evaluierte Konzepte zu entwickeln, die an der Schnittstelle der psychischen Erkrankungen und der Arbeitswelt anknüpfen [1].

### Hintergrund

Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst die Entwicklung integrierter

und nachhaltiger betrieblicher Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen. Diese Veränderungen sollen zur gesundheitsförderlich gestalteten Arbeitstätigkeit und -organisation, zur Entwicklung einer positiv unterstützenden Gesundheitskultur sowie zur Steigerung der Gesundheit beitragen. Um ein ganzheitliches Konzept zum betrieblichen Gesundheitsmanagement zu etablieren, sollten drei Ebenen im Unternehmen angesprochen werden: Führungskräfte, Mitarbeiter und die Unternehmenskultur. Im vorliegenden Konzept wird hierzu ein wissenschaftlich fundiertes „Fünf × Fünf-Wirkungsmodell“ zur Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit verwendet [7b] (Abb. 1). Mit Hilfe des Modells werden die unterschiedlichen Vorstellungen und Ziele verbunden sowie

gegenseitiges Verständnis erreicht. Weiterhin dient es dazu, Unternehmen den Nutzen von betrieblichem Gesundheitsmanagement zu verdeutlichen und im Verlauf die Analysebereiche zu erläutern, eine Grundlage zur Interpretation der Daten zu erhalten und schließlich weitere Interventionsmaßnahmen abzuleiten.

Vor allem psychisch erkrankte Beschäftigte brauchen eine gute Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Einzelnen orientiert. Hierbei geht es um Programme, die effizient die Bedürfnisse der Betroffenen umsetzen und ihnen Hilfestellung zur Selbstbestimmung geben. Bislang fehlten jedoch Programme, die an der Schnittstelle zwischen psychischer Erkrankung und Arbeit anknüpfen. Daher besteht die Notwendigkeit Strategien zu entwickeln, die organisa-

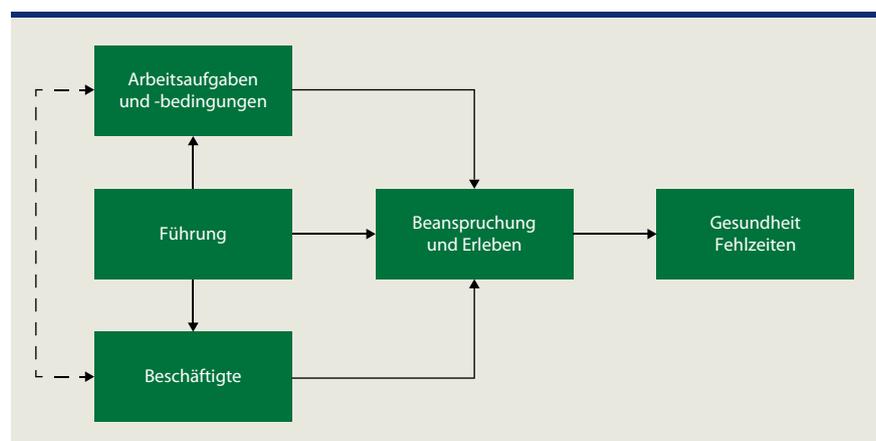


Abb. 1: Unternehmens-, Führungs- und Gesundheitskultur. Fünf × Fünf-Wirkungsmodell (nach [7])

tionale und individuelle Maßnahmen verknüpft und das Gesamtkonzept evaluiert [8, 9]. Das vorliegende Konzept kommt der Forderung einer Gesamtstrategie nach und integriert die genannten Perspektiven zu einem Konzept zur Gestaltung gesunder Arbeit.

### Gruppentraining „GESUND“

Das bei der proviel GmbH, einer Werkstatt für behinderte Menschen, entwickelte und evaluierte Gruppentraining zur Förderung der Gesundheitskompetenz und Arbeitsfähigkeit – GESUND zielt darauf ab, die Gesundheitskompetenz zu steigern, Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, Selbstmanagementfähigkeiten zu entwickeln sowie die Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns im Arbeitskontext zu erkennen. Mittelfristig sollen durch die Informations- und Wissensvermittlung sowie den Erfahrungsaustausch und die selbstständige Lösungsgenerierung bei den am Gruppentraining beteiligten Personen entsprechende Verhaltensänderungen erreicht werden. Das Gruppentraining setzt an den individuellen Ressourcen der Beschäftigten zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und Problemlösefähigkeit an, um schließlich Fähigkeiten und Strategien im Umgang mit Belastungen während der Arbeit zu entwickeln. Die Teilnehmer sollen durch das Gruppentraining und die Gruppendynamik gemeinsam für die Themen Gesundheitskompetenz, Kommunikation und Arbeit sensibilisiert werden und durch den Erfahrungsaustausch zusammen Ziele, Strategien und Ideen zur Bewältigung der Arbeitsanforderungen erarbeiten. Durch den entstehenden Gruppenzusammenhalt (Kohäsion) sollen die Mitarbeiter die besprochenen Themen als Gemeinschaftsaufgabe im Unternehmen etablieren und ermutigt werden, eigenverantwortlicher zu handeln und neue Verhaltensmuster im Berufsalltag umzusetzen. Übergeordnetes Ziel des Gruppentrainings ist es, das subjektive Wohlbefinden sowie schließlich die Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit zu steigern.

Bei der theoretischen Entwicklung des Gruppentrainings wurden etablierte Konzepte und Theorien der Gruppenforschung herangezogen sowie eine Inte-

gration aus Konzepten der Arbeits- und Organisationspsychologie und Theorien der klinischen Psychologie erreicht. Das vorliegende Programm versteht sich nicht als Gruppentherapie, sondern als Gruppentraining, das die wesentlichen Wirkfaktoren und Erkenntnisse integriert. Durch die gewonnenen Informationen aus dem Gruppentraining können anschließend Interventionsableitungen für die Personalverantwortlichen auf der verhaltens- oder verhältnisbezogenen und der kulturellen Präventionsebene erfolgen. Folglich umfasst das vorliegende Projekt eine Gesamtstrategie zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, die alle Ebenen vereint [25].

### Methodik

Das indikationsübergreifende Gruppentraining umfasst elf Doppelstunden, die von Vor- und Abschlussgesprächen eingerahmt werden, an denen gleichzeitig die Fragebogenerhebung stattfindet. In der vorliegenden Studie wurde das Gruppentraining einmal pro Woche für maximal neun Teilnehmer bei der proviel GmbH in Wuppertal, einer Werkstatt für behinderte Menschen, an zwei Standorten angeboten. Die Teilnehmer konnten sich freiwillig auf einer Teilnehmer- oder Kontrollgruppenliste für das Gruppentraining und die Fragebogenerhebung eintragen lassen. Das Training ist als geschlossene Gruppe konzipiert, das heißt nach der zweiten Sitzung werden keine weiteren Teilnehmer mehr aufgenommen. Der Grund liegt darin, dass die Teilnehmer einen beständigen Rahmen im Gruppentraining vorfinden sollen, was der Entwicklung kohäsiver Prozesse dient. Ziel war es, ein praktisch gestaltetes Vorgehen zu entwickeln, das empirische Erkenntnisse aus bereits vorhandenen Gruppen-, Präventions- und Therapieprogrammen vereint, gleichzeitig einen stringenten Aufbau aufweist und trotzdem so flexibel ist, auf die Bedürfnisse der Gruppenteilnehmer einzugehen. Konkret heißt das,

- arbeitsbezogene Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten,
- Fähigkeiten zum Selbstmanagement und zur Selbstwirksamkeit zu entwickeln,
- Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu stärken,

- die Gesundheitskompetenz von psychisch erkrankten Mitarbeitern zu steigern,
- konstruktiven Umgang mit Konflikten zu lernen,
- Ressourcen zu aktivieren sowie
- die funktionale Beanspruchung und das subjektive Wohlbefinden zu steigern.

Um dies zu erreichen, gehören zu den wesentlichen Wirkfaktoren des Gruppentrainings unter anderem der Aufbau von sozialen Kontakten und Beziehungen zur Verbesserung der Teamfähigkeit und Kommunikation, die Modifikation von Verhaltensweisen durch Beobachtung anderer Mitglieder sowie das Erkennen eigener Bedürfnisse und Grenzen. Alle diese Aspekte kommen im Arbeitskontext zum Tragen. Auch spielt im Gruppentraining die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung von Über- oder Unterforderung und psychischer Beanspruchung im Arbeitsprozess eine bedeutsame Rolle. Die Teilnehmer erhalten Informationen und Materialien, die gemeinsam in der Gruppe erarbeitet und gegebenenfalls modifiziert werden. Die gewonnenen Informationen und Erkenntnisse sollen in den Arbeitsalltag übertragen werden, um mit den dortigen Anforderungen auch langfristig umgehen zu können und das Wohlbefinden zu steigern. Übergeordnet kann das Gruppentraining in eine Modulstruktur „G<sup>3</sup> – Gruppendynamik, Gesundheitskompetenz, Ganzheitlichkeit“ zusammengefasst werden (Abb. 2).

### Studiendesign

Die Wirksamkeit des Gruppentrainings im Hinblick auf die psychologischen Zielgrößen – Gesundheitskompetenz, Gesundheitszustand, psychische Beanspruchung während der Arbeit etc. – wurde mittels Prä-Post-Vergleich überprüft. Hierzu wurde eine umfangreiche Testbatterie mit validierten Fragebögen verwendet. Darüber hinaus wurde der Verlauf des Gruppentrainings und seine Wirksamkeit in den einzelnen Sitzungen (formative Evaluation) einer projektbegleitenden Bewertung unterzogen. Zunächst werden die Ergebnisse zur formativen Evaluation dargestellt, anschließend folgen die Ergebnisse des Evaluationsbogens. Abschließend werden die Prä-Post-Vergleiche (summative Evalu-

ation) jeweils für die Interventions- und Kontrollgruppe aller durchgeführten Studien (n = 106) abgebildet. „Die summative Evaluation beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention, während die formative Evaluation regelmäßig Zwischenergebnisse erstellt mit dem Ziel, die laufende Intervention zu modifizieren oder zu verbessern.“ [10]. Das vorliegende Evaluationskonzept wird nochmals anhand der **Abb. 3** dargestellt.

In der vorliegenden Studie wurden sowohl quantitative (summative) als auch qualitative (formative) Evaluationsmethoden verwendet [11]. Die summative Evaluation kommt der Forderung nach, dass Evaluationsstudien zur Überprüfung von Effekten hinsichtlich der Gesundheitsförderung mindestens eine Interventions- als auch Kontrollgruppe sowie die Messung der Zielvariablen vor und nach der Intervention beinhalten sollen [12, 13].

**Tab. 1** fasst die verwendeten Fragebögen, die zur Ist-Analyse ( $t_1$ ) und Evaluation ( $t_2$ ) eingesetzt worden sind zusammen. Bei allen eingesetzten Fragebögen und Skalen handelt es sich um theoretisch begründete und in vielen empirischen Studien geprüfte Instrumente. Einzig der Fragebogen zur Evaluation des Gruppentrainings wurde von der Autorin für diese Studie entwickelt.

**Evaluationsdesign**

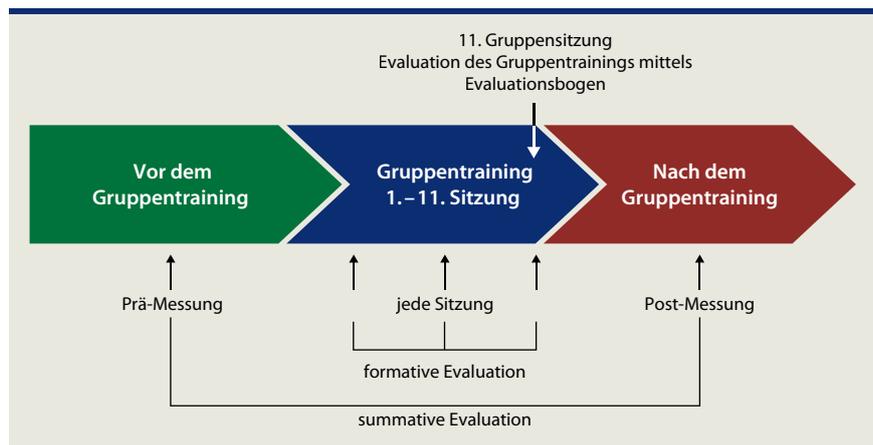
Um eine hinlängliche Validierung zu garantieren, wurden sowohl formative als auch summative Evaluationstechniken verwendet. Zudem kann die vorliegende Studie, die sich aus vier separaten Wiederholungsuntersuchungen mit insgesamt acht Gruppen zusammensetzt, als Replikationsstudie bezeichnet werden. Replikationsstudien dienen zur Bestätigung der Ergebnisse und erhöhen folglich die externe Validität. Wiederholungsuntersuchungen haben zudem den Vorteil, dass Kausalzusammenhänge hergestellt und die Ergebnisse somit empirisch belegt werden können, wodurch der Geltungsbereich erhöht und die Ergebnisse generalisierbar werden [14].

Der Überprüfung sämtlicher Fragestellungen wurde ein Signifikanzniveau von  $\alpha = 0,05$  zugrunde gelegt. Eine wesentliche Voraussetzung für die Berech-

| Modul „Gruppendynamik“  | Modul „Gesundheitskompetenz“  | Modul „Ganzheitlichkeit“   |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen</li> <li>• Zielformulierung</li> <li>• Erwartungen an das Gruppentraining</li> <li>• Erarbeitung gemeinsamer Regeln und Strukturen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische und körperliche Gesundheit</li> <li>• Über- und Unterforderung</li> <li>• Soziale Unterstützung</li> <li>• Kommunikation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenhang Arbeit und Gesundheit</li> <li>• Transfer in den Arbeitsprozess</li> <li>• Beziehung und Balance zwischen Arbeit und Freizeit</li> </ul> |

**Abb. 2:** G<sup>3</sup> – Gruppendynamik, Gesundheitskompetenz, Ganzheitlichkeit

© K. Latocha



**Abb. 3:** Darstellung des Evaluationsdesigns (nach [12]).

© K. Latocha (mod. nach [12])

nung der Daten mittels Varianzanalyse ist die Normalverteilung. Um diese Annahme zu prüfen, wurden Histogramme mit Normalverteilungskurven dargestellt. Außerdem wurde zur Überprüfung der Kolmogorov-Smirnov-Test verwendet. Des Weiteren wurden klassische teststatistische Auswertungen wie Häufigkeitsverteilung, Stichprobenverteilung, Korrelationen und Mittelwerte mit Standardabweichung durchgeführt. So konnte ein Überblick für die soziodemografische Verteilung in den Stichproben geschaffen werden. Vor den weiterführenden Berechnungen wurde zusätzlich die Voraussetzung homogener Varianzen beider Gruppen überprüft [15]. Diese wurde mittels Levene-Test auf Varianzhomogenität umgesetzt. Ebenfalls wurden Mittelwertunterschiede mittels t-Test berechnet. Die Analyse der Trainingseffekte erfolgte anhand von Varianzanalysen mit Messwiederholung. Berechnet wurden die Haupteffekte Gruppe und Messzeitpunkt sowie der Interaktionseffekt „Messzeitpunkt × Gruppe“.

Von positiven Effekten in Bezug auf das Gruppentraining ist auszugehen, wenn bei der Berechnung von Interaktionseffekten bei dem Faktor Gruppe × Messzeitpunkt signifikante Veränderungen erkennbar sind. Ebenfalls wurde mit Hilfe von Scatterplots ein besonderes Augenmerk auf die Verteilung der Teilnehmer im Messwiederholungsvergleich gerichtet. Und es wurden zur Beurteilung der praktischen Relevanz, neben der Erfassung statistischer Signifikanzmaße, auch Berechnungen von Effektstärken durchgeführt. Speziell bei Trainingsinterventionen sind Effektstärken relevant, um auch die praktische Bedeutsamkeit (praktische Signifikanz) einer Intervention abschätzen zu können [16, 17, 18].

**Ergebnisse**

**Formative Evaluation**

Die formative, den Projektverlauf begleitende Evaluation zeigte durchweg positive Veränderungen in verschiedenen Befindensvariablen im Verlauf des Gruppentrainings über alle Studien hinweg.

**Tab. 1: Übersicht der verwendeten Fragebögen**

| Fragebogen  | Autoren   | Interventions-/ Kontrollgruppe |                |                                |
|---|---|--------------------------------|----------------|--------------------------------|
|   |   | Messzeitpunkt                  |                |                                |
|   |   | t <sub>1</sub>                 | t <sub>2</sub> | t <sub>1</sub> -t <sub>2</sub> |
| Fragebogen zu den Arbeitsbedingungen (SynBA)  | Wieland-Eckelmann et al. (1999)                             | x                              | x              | x                              |
| Fragebogen zum Führungsstil (FFZ)   | Wieland, Scherrer (2007)                                    | x                              | x              | x                              |
| Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (GKF)   | Wieland, Hammes (2009)                                      | x                              | x              | x                              |
| Selbstregulation  | Schwarzer (1999)  | x                              | x              | x                              |
| Slate-Trait-Angstinventar (STAI-G)  | Laux, Glanzmann, Schaffner, Spielberger (1981)              | x                              | x              | x                              |
| Eigenschaftswörterliste zur Erfassung von Emotionen und des Beanspruchungserlebens während der Arbeit (EEB) | Wieland (2004, 2006a)                                       | x                              | x              | x                              |
| Irritationsskala  | Mohr, Rigotto, Müller (2007)                                | x                              | x              | x                              |
| Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)  | Zigmond, Snaith (1983), Herrmann, Buss, Snaith (1995, 2011) | x                              | x              | x                              |
| Erfassung der Arbeitsfähigkeit (WAI-D1)   | Tuorri, Cugier (2006), Übersetzung 2002 nach BAuA           | x                              | x              | x                              |
| Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und der Zufriedenheit (BGZ)                                    | Wieland (2010)  | x                              | x              | x                              |
| Fragebogen zur Evaluation des Gruppentrainings  | Latocha (2011)  | –                              | x              | –                              |

Die Teilnehmer berichteten sowohl von positiven psychischen Veränderungen während der Sitzung als auch vom Rückgang körperlicher Beschwerden. Exemplarisch sind im Folgenden einige Ergebnisse aus den Sitzungen aufgelistet, die einen kleinen Ausschnitt aus den wöchentlichen Feedback-Runden zeigen:

- „Gut, dass es so ein Angebot gibt. Man gibt sich untereinander Hilfestellung, aufgrund meist ähnlicher Probleme. So etwas sollte es öfter geben. Hier traut man sich endlich mal zu sprechen.“
- „Nach der Stunde sind selbst meine Magenschmerzen weg. Ich glaube auch, weil ich mich in der Stunde so entspannt habe.“
- „Der Austausch hilft, dass man sich danach wieder besser auf die Arbeit konzentrieren kann.“
- „Das Modul von Ihnen war sehr hilfreich. Zu sehen, dass wir alle ähnliche

Schwierigkeiten haben, hat erst einmal erleichtert, um dann zusammen zu schauen, wie man Lösungen findet.“

- „Ich wollte nur sagen, dass die Effekte des Kurses lange anhalten. Dann macht es irgendwann ‚Klick‘ und das braucht man. Inhalte waren richtig gut und man konnte alles verstehen und nicht so unverständlich wie anderes.“
- „Ich fühle mich bestätigt und gestärkt im Umgang mit meiner Erkrankung und Problemlösung, aber auch im Arbeitsbereich.“

Die qualitative Auswertung der Zitate und Aussagen der Teilnehmer bestätigt, dass das Gruppentraining durchgängig positiv bewertet wurde. Lediglich unterbreiteten die meisten Teilnehmer den Vorschlag, die Anzahl der Gruppensitzungen zu erhöhen oder Aufbaukurse im Unternehmen anzuschließen.

**Evaluation des Gruppentrainings**

Ebenfalls zeigen die Evaluationsbögen, deutlich affirmative Rückmeldungen hinsichtlich des Gruppentrainings. Die Teilnehmer berichteten, dass sich ihre Zufriedenheit, Energie, Stabilität und Ausgeglichenheit durch das Training verbessert haben; ebenso traf dies auf ihre Leistungsfähigkeit, Zuversicht, Tatkraft und Belastbarkeit zu. Dies spiegelt sich in den hohen Werten zwischen 3,0 bis 4,4 in **Abb. 4** wieder; wobei die maximale Ausprägung einen Wert von 5 annehmen kann. Insgesamt zeigten sich auch hier über alle Studien hinweg ähnlich positive Bewertungen bezüglich der Gruppenevaluation.

Die dargestellten Abbildungen zeigen die Einschätzungen der Teilnehmer zu der Frage, ob sich durch das Gruppentraining bestimmte Eigenschaften beziehungsweise Befindenzustände bei ihnen verändert haben. Die Effekte unterscheiden sich für die Studien nicht bedeutsam voneinander.

Auch konnte die Bewältigungsfähigkeit im Umgang mit Konflikten, Stress, Problemen und Belastungen durch das Gruppentraining in den Studien gesteigert werden (**Abb. 4**). Dadurch wird nicht nur die wahrgenommene Handlungsfähigkeit verbessert, sondern auch die subjektiv wahrgenommene Qualität der Arbeitsbedingungen anhand des Gruppentrainings positiv beeinflusst.

Das Gruppentraining führt also zu einer Verbesserung der Bewältigungsstrategien; Stress- und Belastungssituationen können effektiver gemeistert werden. Dies führt in der Regel auch zu einer höheren Erwartung, in Zukunft Belastungen und Anforderungen aus der Arbeit erfolgreicher zu bewältigen.

**Summative Evaluation**

Die nachfolgend berichteten Vergleiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe beziehen sich auf ausgewählte Ergebnisse zu persönlichkeitsbezogenen Merkmalen der Teilnehmer und psychische Befindlichkeiten während der Arbeit beziehungsweise als Ergebnis des Gruppentrainings. Grundlage des Vergleichs sind die Veränderungen in den gemessenen Variablen zwischen der ersten (Messzeitpunkt 1) und zweiten Datenerhebung (Messzeitpunkt 2). Die

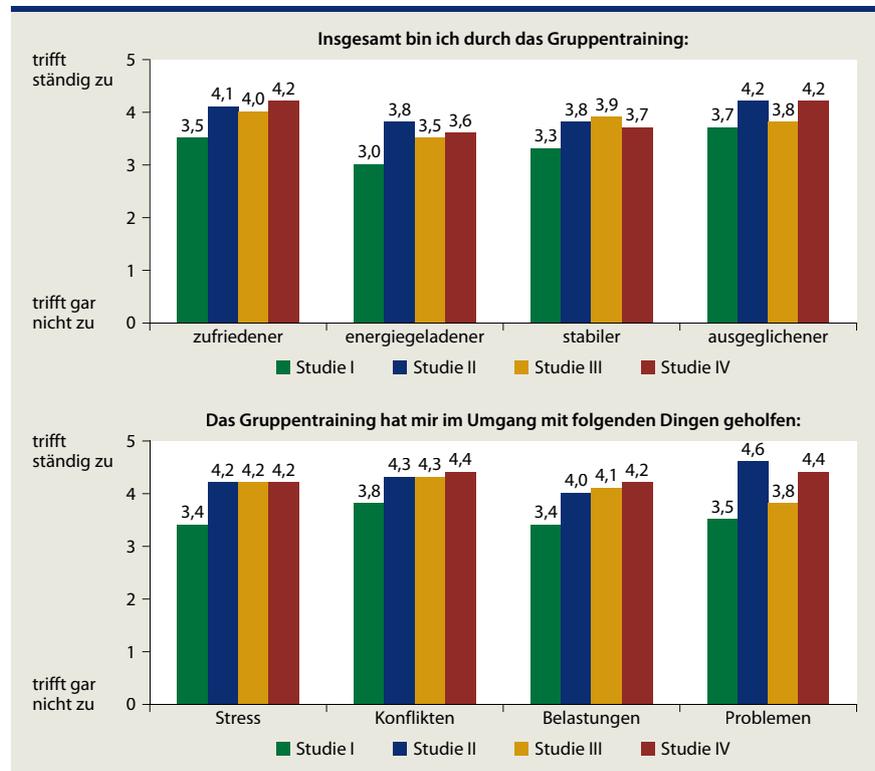
Ausgangshypothese ist dabei: Die Interventionsgruppe weist aufgrund des Gruppentrainings positive Veränderungen in den Kriterien beziehungsweise Variablen zur Bewertung des Gruppentrainings auf. Für die Kontrollgruppe, die kein Gruppentraining erhalten hat, wird dagegen angenommen, dass sich ihre Werte zwischen Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 nicht statistisch bedeutsam verändern. Aufgrund der vier erfolgreich durchgeführten Replikationsstudien mit 106 Teilnehmern konnte die Wirksamkeit des Gruppentrainings bestätigt werden [12, 25].

**Gesundheitskompetenz**

Die Gesundheitskompetenz gilt als wichtiges individuelles Merkmal, das den Gesundheitszustand einer Person stark beeinflusst [19]. **Abb. 5** verdeutlicht, dass die Gesundheitskompetenz sich nur in den Interventionsgruppen (IG) bedeutsam ( $p < 0,001^{***}$ ) verändert: Das Gruppentraining hat zu einer deutlichen Steigerung der subjektiv beurteilten Kompetenz beigetragen, Krankheiten zu bewältigen beziehungsweise die eigene Gesundheit zu erhalten. Für die Kontrollgruppen (KG) lassen sich dagegen entweder keine bedeutsamen Veränderungen (Studie I und IV) oder aber sogar leichte Verschlechterungen (Studie II und III) der Gesundheitskompetenz feststellen. Betrachtet man die Gesamtstudie, zeigen sich signifikante Effekte (IG:  $T = -7,13$ ,  $p < 0,001^{***}$ ; KG:  $T = 2,45$ ,  $p = 0,019^*$ ), die für eine positive Entwicklung der Gesundheitskompetenz bei den Teilnehmern des Gruppentrainings sprechen. Demzufolge gab die Interventionsgruppe nach dem Gruppentraining an, Ziele und Probleme hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes besser bewältigen und realisieren zu können sowie handlungsfähiger für die eigene Gesundheit zu sein. Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass durch das Gruppentraining eine wesentliche individuelle Ressource im Beanspruchungsprozess (re-)aktiviert wurde [12].

**Veränderung in der Depressivität**

Eine Reduktion depressiver Symptomatik führt in der Regel zu höherer Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeits-



**Abb. 4:** Veränderungen durch das Gruppentraining

und Antriebssteigerung, vermehrtem Selbstvertrauen sowie einer verbesserten Stimmung. Dies wirkt sich positiv auf soziale Kontakte und die Bereitschaft, soziale Unterstützung anzunehmen und/oder zu gewähren, aus. Das Ausmaß sozialer Unterstützung verringert in Unternehmen die Fehlzeiten und verbessert die Lebenszufriedenheit [20, 21]. Die ermittelten Depressivitätswerte zeigen eine Abnahme der depressiven Symptomatik nach dem Gruppentraining ( $p < 0,001^{***}$ ) über alle Studien hinweg, wohingegen eine leichte Zunahme bei den Kontrollgruppen der Studien I bis III vorzufinden ist. Studie IV zeigt hingegen keine signifikante Veränderung zwischen den Messzeitpunkten (**Abb. 6**).

Depressive Symptome sind meist über längere Zeitspannen entstanden, daher liegt die Annahme nahe, dass die Werte durch Fortführung des Gruppentrainings und einer weiteren Erhebung nochmals abnehmen würden. Insgesamt kann die Abnahme der Depressivitätswerte als Indikator für eine Ressourcensteigerung im Gruppentraining zusammengefasst werden.

**Zusammenfassung der Ergebnisse**

In **Tab. 2** sind weitere erhobene Daten zusammengefasst über alle Studien hinweg dargestellt. Abgebildet sind jeweils für die Interventions- als auch Kontrollgruppe, die Prä- und Post-Test-Werte sowie der Interaktionseffekt Messzeitpunkt  $\times$  Gruppe.

Die Ergebnisse für die Variablen der positiven, funktionalen beziehungsweise negativen, dysfunktionalen Beanspruchung während der Arbeit zeigen, dass sich die psychische Beanspruchung, die die Teilnehmer während ihrer Arbeitszeit erleben, deutlich verbesserte: die dysfunktionale Beanspruchung nahm deutlich beziehungsweise signifikant ( $p < 0,001^{***}$ ) ab; die positive, funktionale Beanspruchung nahm dagegen bei der Interventionsgruppe deutlich zu (**Tab. 2**). Für die Kontrollgruppe gilt dies nicht. Es bestehen zwar unterschiedliche Ausgangsniveaus zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen, die allerdings statistisch nicht bedeutsam sind. Die Veränderungen in den Kontrollgruppen steigen für die dysfunktionale Beanspruchung leicht an und neh-

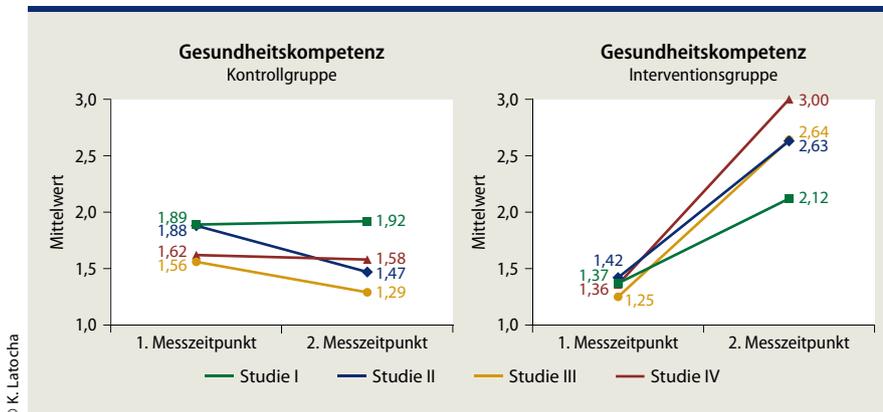


Abb. 5: Gesundheitskompetenz in der Interventions- (rechts) und Kontrollgruppe (links).

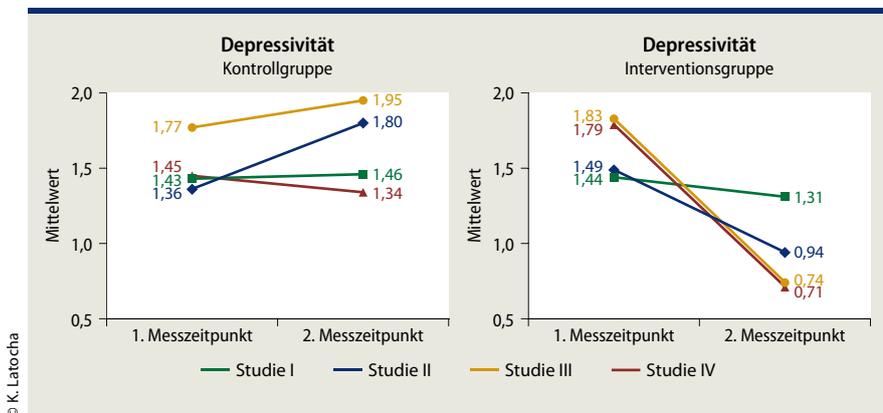


Abb. 6: Ausprägung der Depressivität mittels HADS-D

men für die funktionale (nicht signifikant) ab.

Die Ergebnisse der Studien sind auch in Bezug auf die berichteten Veränderungen zur Selbstregulationsfähigkeit in den Interventionsgruppen eindeutig, die nach dem Gruppentraining bedeutsam zugenommen hat ( $T = -5.54$ ,  $p < 0,001^{***}$ ). Bei den Kontrollgruppen zeigen sich diese Veränderungen dagegen nicht. Steigerungen der Selbstregulationsfähigkeit haben zur Folge, dass Anforderungen und Belastungen oder auch Konflikte besser bewältigt und somit langfristig die psychische Beanspruchung reduziert werden können. Durch eine gesteigerte Selbstregulationsfähigkeit können Gefühle, deren Wahrnehmung bei psychisch Erkrankten einen Großteil ihrer Aufmerksamkeit absorbiert, besser kontrolliert und gesteuert werden. So können Personen mit einer höheren Selbstregulationsfähigkeit in

unterschiedlichen Situationen auch entgegen der aktuellen Gefühlslage handeln. Konkret heißt das für psychisch erkrankte Mitarbeiter, dass sie trotz negativer Gedanken, Gefühle oder (Ver-) Stimmung zur Arbeit kommen, ihre aktuelle Arbeitstätigkeit konzentriert ausführen und sich weniger ablenken lassen. Darüber hinaus zeigen sich für alle erhobenen Variablen positive Ergebnisse für die Teilnehmer des Gruppentrainings und signifikante Effekte im Interaktionseffekt Messzeitpunkt  $\times$  Gruppe (Tab. 2). Damit wird auch für die Befindlichkeit während der Arbeit deutlich, dass das Gruppentraining zu einer Verbesserung der psychischen Beanspruchung beitragen kann. Festzuhalten bleibt, dass die Interventionsgruppe deutlich vom Gruppentraining profitiert hat und die psychische Beanspruchung bei der Arbeit sich offensichtlich verbessert hat.

### Effektstärken

Um die praktische Relevanz zu überprüfen, wurden zusätzlich Effektstärken nach Cohen [22] berechnet. Diese werden zum einen jeweils für die Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe und zum anderen als Nettoeffektstärken nach Abzug des Kontrollgruppeneffektes angegeben (Tab. 3). Positive Werte der Effektstärken bedeuten eine Steigerung der Werte in der Interventionsgruppe zwischen den Messzeitpunkten, folglich bedeuten negative Effektgrößen eine Abnahme der Werte für die Interventionsgruppe [12].

Betrachtet man die Nettoeffektstärken ( $d_n$ ) zeigen sich eindeutige Ergebnisse: Die Werte liegen durchweg im hohen Bereich. Hierbei gelten nach Cohen [22] von  $d = 0,20$  als kleiner,  $d = 0,50$  als mittlerer und von  $d = 0,80$  als großer Effekt [23, 24, 10]. Somit konnten nicht nur die statistischen Größen signifikante Effekte belegen, die für das Gruppentraining sprechen, sondern auch die praktische Relevanz bewiesen werden. Zudem zeigen die Analysen und replizierten Ergebnisse, dass die Veränderungen in der Interventionsgruppe auf das Gruppentraining zurückgeführt werden können.

Insgesamt verdeutlichen die exemplarisch dargestellten Ergebnisse, dass sowohl auf der subjektiv wahrgenommenen als auch der objektiv messbaren Ebene mittels validierter Fragebögen, die individuelle Gesundheitskompetenz, die Bewältigungsfähigkeit und das Wohlbefinden gesteigert werden konnte.

### Fazit für die Praxis

Das vorliegende Projekt besteht aus einem Ansatz zur ganzheitlich betrieblichen Gesundheitsförderung für psychisch erkrankte als auch nicht erkrankte Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, welches sowohl die verhaltens-, verhältnisorientierte als auch kulturelle Prävention integriert. Es setzt sich zusammen, aus einem Gruppentraining für die (chronisch) psychisch erkrankten Beschäftigten und einem Sensibilisierungs- und Führungskräftecoaching für die nicht erkrankten Personalverantwortlichen, um deren Gesundheit zu stärken und den eigenen Umgang mit den psychisch erkrankten Mitarbeitern zu reflektieren. Das Training setzt an

der Schnittstelle zwischen psychischer Erkrankung und den Arbeitsbedingungen an, damit Konzepte der klinischen und der Arbeitspsychologie für Unternehmen nutzbar gemacht werden, um langfristig das Beanspruchungserleben während der Arbeit zu optimieren sowie die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und dadurch sowohl für die Beschäftigten als auch die Unternehmen wirksam zu sein.

Die Ergebnisse der bislang durchgeführten Gruppentrainings zeigen durchweg bedeutsame Ergebnisse. Diese belegen positive Effekte des Gruppentrainings in Bezug auf die Veränderung der psychischen Beanspruchung und der Gesundheitskompetenz sowie einen Rückgang der Depressivitätswerte. Ebenfalls konnte ein Rückgang der Ängstlichkeit und der Irritation (als Vorstufe der Depression) für die Teilnehmer des Gruppentrainings nachgewiesen werden. Hingegen blieben die Werte bei der Kontrollgruppe unverändert. Im Unternehmen konnten überdies soziale Unterstützungsprozesse unter den Kollegen ausgebaut werden. Studien konnten hierzu belegen, dass diese als Puffer vor psychischen Belastungen dienen. Erkennbar ist, dass die Teilnehmer des Gruppentrainings sich vermehrt in – für sie – schwierigen Situationen gegenseitig unterstützen. Die Teilnehmer berichten auch einige Monate danach, dass sie im Arbeitsprozess mit Situationen effektiver umgehen und über mehr Lösungs- und Bewältigungsstrategien verfügen. Weiterhin konnte die Konzentrationsfähigkeit bei den Gruppenteilnehmern verbessert werden. Auch konnten Prozesse identifiziert werden, die gemeinsam mit den Personalverantwortlichen verändert werden. Die Ergebnisse zeigten weiterhin eine Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz, denn die Beschäftigten verfügen über mehr Problemlösestrategien und Ressourcen, um zukünftig gesundheitlichen Problemen aktiv und wirksam zu begegnen. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Reduzierung von Fehlzeiten aus. □

**LITERATUR**

www.springermedizin.de/neurotransmitter

**Dr. Kathrin Latocha**

Personalleiterin proviel GmbH  
 Werkstatt für behinderte Menschen  
 Milchstraße 5, 42117 Wuppertal  
 E-Mail: K.Latocha@proviel.de

**Tab. 2: Prä- und Post-Testerhebung**

|   | Interventionsgruppe<br>(n = 54) |                 | Kontrollgruppe<br>(n = 52) |                  | Interaktionseffekt<br>Messzeitpunkt x<br>Gruppe |
|---|---------------------------------|-----------------|----------------------------|------------------|---|
|   | Prä<br>M (SD)                   | Post<br>M (SD)  | Prä<br>M (SD)              | Post<br>M (SD)   |   |
| <b>Selbstregulation<br/>(Summe)</b>               | 23,65<br>(6,03)                 | 30,32<br>(5,49) | 25,76<br>(5,38)            | 24,44<br>(6,85)  | < 0,001***                                      |
| <b>T- &amp; F-Test</b>                            | T = -5,54 (p < 0,001***)        |                 | T = 1,82 (p = 0,076)       |                  | F = 34,93                                       |
| <b>Ängstlichkeit (Trait)</b>                      | 2,80 (0,70)                     | 2,11 (0,58)     | 2,49 (0,67)                | 2,70 (0,71)      | < 0,001***                                      |
| <b>T- &amp; F-Test</b>                            | T = 5,18 (p < 0,001***)         |                 | T = -2,58 (p = 0,014*)     |                  | F = 35,37                                       |
| <b>Funktionale<br/>Beanspruchung</b>              | 3,65<br>(1,44)                  | 4,90<br>(1,08)  | 4,13<br>(1,00)             | 3,70<br>(1,25)   | < 0,001***                                      |
| <b>T- &amp; F-Test</b>                            | T = -5,09 (p < 0,001***)        |                 | T = 2,62 (p = 0,12*)       |                  | F = 34,07                                       |
| <b>Dysfunktionale<br/>Beanspruchung</b>           | 4,06<br>(1,45)                  | 2,56<br>(1,12)  | 3,20<br>(1,13)             | 3,53<br>(1,60)   | < 0,001***                                      |
| <b>T- &amp; F-Test</b>                            | T = 5,93 (p < 0,001***)         |                 | T = -1,87 (p = 0,069)      |                  | F = 37,18                                       |
| <b>Irritationsskala<br/>(Summe)</b>               | 29,27<br>(10,27)                | 19,62<br>(9,83) | 24,15<br>(9,68)            | 28,59<br>(10,83) | < 0,001***                                      |
| <b>T- &amp; F-Test</b>                            | T = 4,22 (p < 0,001***)         |                 | T = -3,13 (p = 0,003***)   |                  | F = 29,34                                       |
| <b>Beurteilung des Ge-<br/>sundheitszustandes</b> | 2,89 (0,72)                     | 3,53 (0,80)     | 3,02 (0,88)                | 2,70 (0,95)      | < 0,001***                                      |
| <b>T- &amp; F-Test</b>                            | T = -4,03 (p < 0,001***)        |                 | T = 2,65 (p < 0,012*)      |                  | F = 23,94                                       |

*Zweifaktorielle Varianzanalyse: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001*

**Tab. 3: Effektstärkenberechnung**

| Fragebogen <sup>1</sup>         | d <sub>IG</sub> <sup>2</sup> | d <sub>KG</sub> | d <sub>n</sub> <sup>3</sup> | SD <sub>pooled(prä)</sub> |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------|
| Selbstregulation                | 1,162                        | -,247           | 1,409                       | ,568                      |
| Depressivität                   | ,931                         | -,284           | 1,215                       | ,634                      |
| Gesundheitskompetenz            | 1,271                        | -,193           | 1,464                       | ,881                      |
| Funktionale Beanspruchung       | 1,132                        | -,39            | 1,522                       | 1,104                     |
| Dysfunktionale Beanspruchung    | 1,167                        | -,257           | 1,424                       | 1,285                     |
| Beurteilung des Gesamtzustandes | ,789                         | -,395           | 1,184                       | ,811                      |
| STAI-G Form X2                  | 1,009                        | -,307           | 1,316                       | ,684                      |
| Irritationsskala (Summe)        | 0,97                         | -,446           | 1,416                       | 0,951                     |

<sup>1</sup>Zur Vereinfachung wurde bei negativ gepolten Skalen, das heißt eine Reduktion der Werte als positiver Effekt, etwa beim Rückgang der Depressivitätswerte, dargestellt.  
<sup>2</sup>Berechnet über: (Mpost - Mprä)/Spooled/prä  
<sup>3</sup>Berechnet über: dIG-dKG

# Literatur

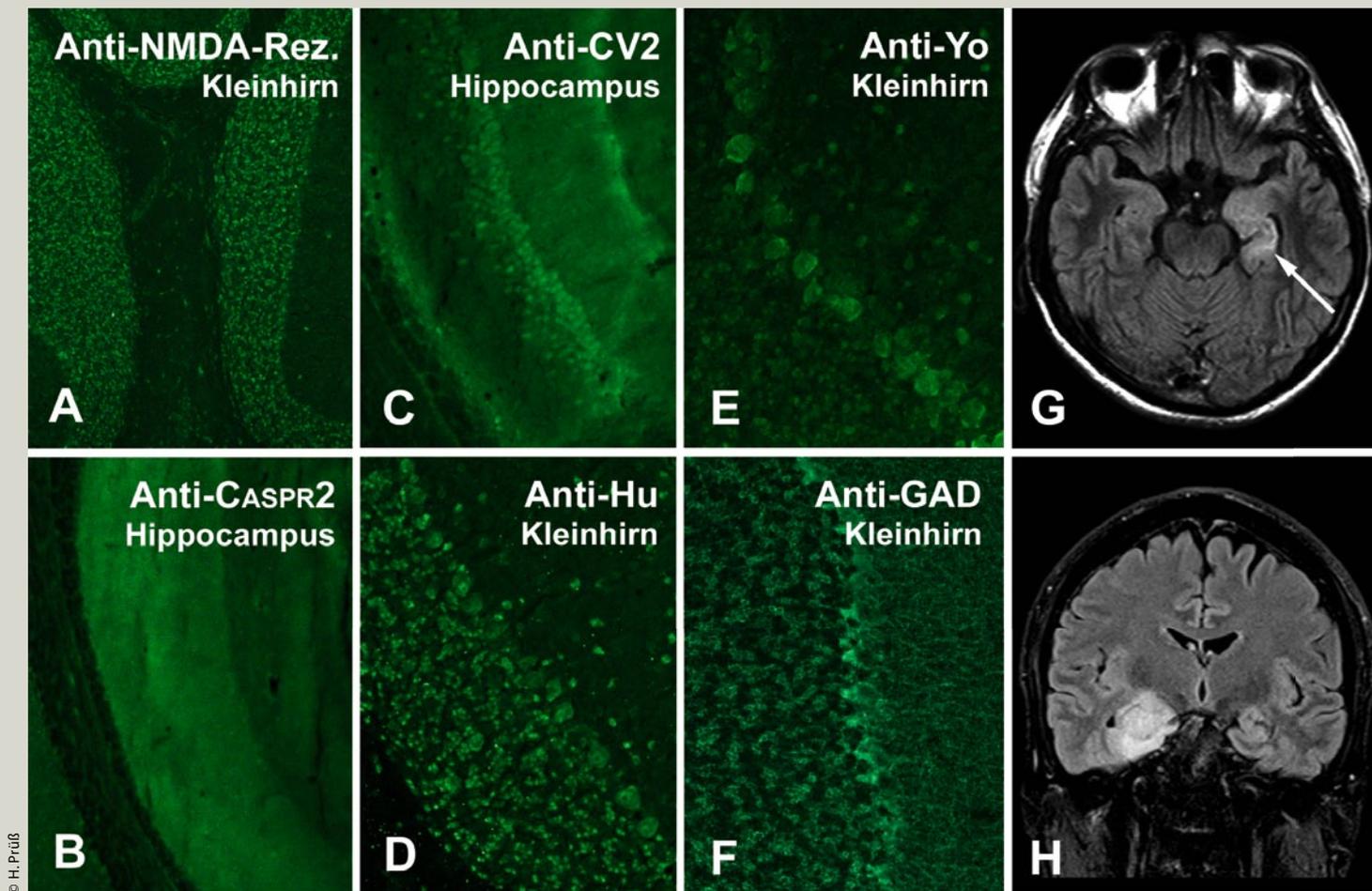
1. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Falkai, P., Maier, W., Becker, T. & Schneider F.) in Zusammenarbeit mit der APK (Heinz, A. & Kunze, H.) (2012). Konzeptvorschlag zur Einrichtung eines Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen. Verfügbar unter: <http://www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelles-schwerpunkte/detailansicht/article/124/konzeptvorsch-1.html>
2. World Health Organization (2008). The Global Burden of Disease 2004. Geneva: World Health Organization.
3. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Masello, J., Phillips, M. R. & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370 (9590), 859-877.
4. Bundespsychotherapeutenkammer (2013). BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Berlin.
5. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2012). Die grossen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung (Psychologie - Gesellschaft - Politik). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
6. Jacobi, F. (2012). Warum sind psychische Störungen Volkskrankheiten? Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.), Die grossen Volkskrankheiten. Beiträge der Psychologie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlung (Psychologie - Gesellschaft - Politik). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
7. Wieland, R. (2008). Barmer Gesundheitsreport 2008. Rückengesundheit - Rückhalt für Arbeit und Alltag. Barmer Ersatzkasse (Hrsg.), Wuppertal.
8. Hillert, A. (2008). Zu viel Stress und dann ist man eben ausgebrannt...Inhalte, Grenzen und Nebenwirkungen des Burnout-Phänomens\*. Beitrag für den Tagungsband des 18. Bundeskongresses für Schulpsychologie, 24. bis 26. September, Stuttgart.
9. Koch, S., Geissner, E. & Hillert, A. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55 (2), 97-109.
10. Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Berlin: Springer.
11. Seipel, C. & Rieker, P. (2003). Integrative Sozialforschung: Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Beltz Juventa.
12. Latocha, K. (2013). „GESUND – Gruppentraining zur Förderung individueller Gesundheitskompetenz und Arbeitsfähigkeit“ – Evaluation eines arbeitspsychologischen Gesundheitsförderungsprogramms unter Einbezug der klinischen Organisationspsychologie. Inauguraldissertation an der Bergischen Universität Wuppertal.
13. Kaluza, G. & Schulze, H.- H. (2000). Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen - Methodische Stolpersteine und pragmatische Empfehlungen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8 (1), 18-24.
14. Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2010). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer.
15. Bortz, J. (2005). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (6. Aufl.). Berlin: Springer.
16. Fröhlich, M. & Pieter, A. (2009). Cohens Effektstärken als Mass der Bewertung von praktischer Relevanz - Implikationen für die Praxis. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 57 (4), 139-142.
17. Bossmann, T. (2008). Was ist ein „d- Maß?“. *Zeitschrift für Physiotherapeuten*, 60 (1), 47-48.
18. Renjilian, D. A., Nezu, A., Shermer, R. L., Perri, M. G., McKelvey, W. F. & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 717-721.
19. Wieland, R. & Hammes, M. (2010). BARMER GEK Gesundheitsreport 2010: Teil 2. Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz. BARMER Ersatzkasse (Hrsg.), Wuppertal Kompetenz-zentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung der Bergischen Universität Wuppertal (KomFor).
20. Graen, G. B., Novak, M. & Sommerkamp, O. (1982). The effects of leader-member exchange and job design on productivity and satisfaction: Testing a dual attachment model. *Organizational Behavior and Human Performance*, 30, (1), 109-131.
21. Stadler, P.; Spieß, E. (2002). Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz [Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 977]. Dortmund u.a.
22. Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2., überarbeitete Aufl.). Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
23. Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, London: Academic Press.
24. Cohen, J. (1992). A power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
25. Latocha, K. (2015). Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz: Evaluation eines arbeitspsychologischen Gesundheitsförderungsprogramms. Wiesbaden, Springer-Verlag.

## Neuropsychiatrische Störungen

## Limbische Enzephalitiden

In den letzten Jahren hat sich in der klinischen Neurologie und Psychiatrie eine dramatische Wende vollzogen. Die Entdeckung von spezifischen Antikörpern gegen neuronale Oberflächenproteine hat zu diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten geführt, die noch vor wenigen Jahren undenkbar erschienen. Etliche Symptomkonstellationen aus den Bereichen der Bewegungsstörungen, Epilepsien, demyelinisierenden Erkrankungen, Enzephalitiden, Psychosen und Demenzen werden derzeit kritisch hinsichtlich ihrer Ätiopathogenese überprüft und gegebenenfalls neu klassifiziert.

HARALD PRÜSS, BERLIN



**Abb. 1:** Anti-neuronale Antikörper (Immunfluoreszenz) und typische MRT-Bildgebung bei limbischer Enzephalitis. Antikörper gegen neuronale Oberflächenstrukturen (z. B. gegen den NMDA-Rezeptor (A) oder Caspr2 (B) sowie gegen intrazelluläre Proteine bei den klassischen paraneoplastischen Erkrankungen (z. B. anti-CV2 [C], anti-Hu [D], anti-Yo [E], anti-GAD[F]) lassen sich auf Hirnschnitten mittels Fluoreszenzfärbungen darstellen. Im zerebralen MRT zeigt sich oft eine T2- oder FLAIR-Hyperintensität der mesiotemporalen Strukturen (Enzephalitis mit VGKC-Komplex-Antikörpern [G]). Eine wichtige Differenzialdiagnose sind intrazerebrale Tumore, zum Beispiel niedriggradige Gliome der limbischen Hirnareale (H).

Während einige der neu „entdeckten“, mit spezifischen Antikörpern assoziierten neurologischen und psychiatrischen Krankheiten bereits in die klinische Routine übergegangen sind, bestehen bei anderen noch kontroverse Überlegungen zur Pathogenität und zum potenziellen Nutzen einer zum Teil aggressiven Immuntherapie. Als Prototyp dieser Krankheitsgruppe gilt die autoimmune Enzephalitis mit Antikörpern gegen den Glutamatrezeptor vom Typ NMDA, die „Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalitis“ [1, 2]. Seit der Entdeckung im Jahre 2007 sind in kürzester Zeit fast 1.000 Krankheitsfälle publiziert worden [3], detaillierte experimentelle Untersuchungen belegen den direkten pathogenen Effekt der Antikörper [4, 5], und der Erfolg einer frühen Immuntherapie ist angesichts des großen Krankheitskollektivs zuletzt sehr klar geworden [6]. Die Entwicklung der klinischen Symptomatik folgt in den meisten Fällen einem relativ stereotypen Bild. Dabei kommt es nach Prodromalsymptomen wie Kopfschmerzen oder subfebrilen Temperaturen zu einem Syndrom mit Wahn, Halluzinationen, Suizidgedanken und Wesensänderungen, was zunächst meist zu einer Aufnahme in eine psychiatrische Klinik führt. In der weiteren Folge entwickeln sich dann bei der Mehrheit der Patienten Bewegungsstörungen, hier vor allem periorale Dyskinesien, außerdem vegetative Störungen, epileptische Anfälle und eine Hypoventilation, die bei etlichen Patienten eine erweiterte intensivtherapeutische Behandlung verlangt. Eine früh begonnene und ausreichend intensive Immuntherapie führt trotz des oft sehr schweren Krankheitsbildes zu erstaunlichen, bereits kurzfristigen Besserungen, sodass die Mehrheit der Patienten ohne größere neuropsychiatrische Defizite in Schule und Beruf zurückkehren kann [7, 8].

### Diagnostik

Mittlerweile kann die Diagnose relativ einfach gestellt werden. Die typische Entwicklung der klinischen Symptomatik kann durch bildgebende Untersuchungen (üblicherweise ein MRT mit T2- und FLAIR-Wichtung; **Abb. 1**), ein EEG und die Ergebnisse der Lumbalpunktion wahrscheinlich gemacht werden [3, 9]. Die Sicherung der Diagnose erfolgt dann durch den Nachweis hochspezifischer Antikörper gegen NMDA-Rezeptoren (**Abb. 1**), die sich meist im Blut und nach jetzigem Kenntnisstand so gut wie immer im Liquor nachweisen lassen. Dennoch dauert es nach wie vor manchmal etliche Wochen, bis die Diagnose gestellt wird, was nicht zuletzt mit der in über 50 % unauffälligen MRT-Bildgebung zu tun haben dürfte. Gerade im psychiatrischen Fachgebiet kann die Diagnosestellung erschwert sein, da die Symptomatik insbesondere zu Beginn durchaus mit einer primären psychiatrischen Erkrankung oder einer Intoxikation verwechselt werden kann [10, 11, 12, 13] (siehe **Empfehlungen zur Antikörpertestung bei Psychosen**).

Die folgenden Ausführungen sollen die Diagnosestellung und Therapieentscheidung erleichtern, indem fünf kontroverse Punkte näher beleuchtet werden.

### Den Überblick behalten über neue Krankheitsbilder

*Es ist schwer, den Überblick über die neuen Krankheitsbilder zu behalten, da alle paar Monate ein neuer pathogener Antikörper entdeckt wird.*

Die Entdeckung der NMDA-Rezeptor-Antikörper wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in einigen Jahren rückblickend als eine große Innovation für Neurologie und Psychiatrie gelten. Es ist schon erstaunlich, dass mit der Beschreibung dieses Krankheitsbildes offenbar eine sehr häufige Symptomkonstellation existiert, die man zuvor nicht als solche identifizieren konnte [14]. Man darf daher die Frage stellen, ob es nicht auch in den kommenden Jahren weitere diagnostische Entdeckungen geben wird, welche die Gruppe ungeklärter neuropsychiatrischer Erkrankungen weiter reduzieren. Begonnen hatte alles mit der Beobachtung, dass Serum und Liquor mehrerer junger Frauen mit Ovarialalterationen und limbischer Enzephalitis an die Hirnschnitte von Ratten gebunden hatten und dabei ein charakteristisches Neuropil-Färbungsmuster entlang des Hippocampus und im Kleinhirn aufzeigten [1]. Doch die NMDA-Rezeptor-Antikörper sind längst nicht mehr die einzigen – so existieren beispielsweise Antikörper gegen spannungsgesteuerte Kaliumkanalkomplexe, gegen Glutamatrezeptoren vom Typ AMPA, GABA<sub>A</sub>- und GABA<sub>B</sub>-Rezeptoren und viele weitere (**Tab. 1**). Die im Folgenden aufgeführten klinischen Charakteristika lassen an das jeweilige Krankheitsbild denken:

### NMDA-Rezeptor-Enzephalitis

Neben der oben genannten typischen Evolution klinischer Symptome ist besonders die häufige Assoziation mit einem

#### Empfehlungen zur Antikörpertestung bei Psychosen

Treten bei Erstmanifestation einer Psychose die folgenden Symptome auf, sollte daran gedacht werden, dass auch bei Patienten mit vermutlich primär psychiatrischer Erkrankung autoimmune Mechanismen eine Rolle spielen könnten [10, 12, 13]: Autonome Störungen, Bewegungsstörungen, Bewusstseinsstörungen, Hyponatriämie, eine rasche Progression, katatone Symptome, das Vorliegen anderer Autoimmunerkrankungen (z. B. Hashimoto-Schilddrüsenerkrankung) oder fokale neurologische Defizite.

Eine Testung auf Antikörper sollte ferner immer erfolgen, wenn bereits Auffälligkeiten im MRT (mesiotemporale Hyperintensitäten, Atrophiemuster), im Liquor (Pleozytose, deutliche Eiweißhöhung) oder im EEG (Allgemeinveränderungen, Herdbefund) vorliegen oder ein hochakutes Krankheitsbild besteht.

**Tab. 1: Wichtige Formen autoimmuner Enzephalitiden mit spezifischen Antikörpern gegen neuronale Oberflächenproteine**

| Antigen                     | Klinische Zeichen  | Häufige Paraklinik   | Altersverteilung   | Tumor   | Therapie  | Referenzen      |
|-----------------------------|--|--|--|---|---|-----------------|
| NMDA-Rezeptor               | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Prodromi/Psychose</li> <li>— Periorale Dyskinesien</li> <li>— Epileptische Anfälle</li> <li>— Koma/Dystonie</li> <li>— Hypoventilation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Zerebrales MRT oft unauffällig</li> <li>— Meist Pleozytose im Liquor</li> <li>— Verlangsamung im EEG</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Alle Altersgruppen</li> <li>— Gipfel im Kindes- und Jugendalter</li> <li>— 75 % Frauen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Bei Frauen oft Ovarialteratome</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>— IVIG</li> <li>— Plasmapherese</li> <li>— Rituximab</li> <li>— Ggf. Cyclophosphamid</li> <li>— Schwere Verläufe mit Rückfällen möglich</li> </ul> | [1, 2, 3, 7, 9] |
| LG11                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Faziobrachiale dystone Anfälle</li> <li>— Amnesie</li> <li>— Psychose</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Mesiotemporale Hyperintensität im MRT</li> <li>— Hyponatriämie</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ältere Patienten (&gt; 40 Jahre)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Selten</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Hochdosierte Steroide ggf. ausreichend, manchmal über Monate erforderlich</li> </ul>   | [18, 19, 20]    |
| Caspr2                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Neuromyotonie</li> <li>— Morvan-Syndrom</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ähnlich LG11</li> <li>— keine Hyponatriämie</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ältere Patienten</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Thymom möglich</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Steroide</li> <li>— Rituximab</li> <li>— Cyclophosphamid</li> <li>— Ungünstige Prognose</li> </ul>   | [18, 19, 21]    |
| AMPA-Rezeptor               | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Epileptische Anfälle</li> <li>— Gedächtnisstörungen</li> <li>— Psychose</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Liquor meist auffällig</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Erwachsene</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Selten</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Steroide</li> <li>— Rituximab</li> <li>— Cyclophosphamid</li> <li>— Ungünstige Prognose</li> <li>— Häufig Rückfälle</li> </ul>                   | [42, 43]        |
| DPPX                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Limbische Enzephalitis</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Therapierefraktäre Diarrhöen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ältere Patienten</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Nicht bekannt</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ansprechen auf Therapie beschrieben</li> </ul>   | [29, 44]        |
| GABA <sub>B</sub> -Rezeptor | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Epileptische Anfälle sind führend</li> <li>— Gedächtnisstörungen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Pleozytose</li> <li>— MRT-Veränderungen</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Erwachsene</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Vor allem kleinzelliges Bronchialkarzinom</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— Ansprechen auf Therapie beschrieben</li> </ul>   | [22, 23]        |

Ovarialteratom bei 60 % der erwachsenen Frauen charakteristisch. Bei Kindern sind Tumore allerdings wesentlich seltener. Da das Routine-MRT in mehr als 50 % der Fälle unauffällig ist [15], stützt ein Normalbefund in der Bildgebung bei einem schweren enzephalitischen Krankheitsbild die Verdachtsdiagnose einer NMDA-Rezeptor-Enzephalitis. Für diese bisher am besten untersuchte autoimmune Enzephalitis ist mittlerweile eine klare Assoziation einer frühen und aggressiven Immuntherapie mit einem besseren Outcome dokumentiert [3], außerdem korrelieren die Antikörperspiegel im Liquor relativ gut mit dem Grad der klinischen Remission [6]. Dennoch kommen vereinzelt sehr schwere Krankheitsbilder mit monatelangem Intensivtherapieverlauf vor. Hier muss gegebenenfalls eine lange Beatmungszeit einkalkuliert werden, denn selbst nach vielen Monaten sind erstaunliche klinische Besserungen mehrfach nachgewiesen worden [16]. Eine weitere Besonderheit sind mono- oder oligosymptomatische Krankheitsverläufe, von herausgehobener Relevanz sind dabei reine psychiatrische Episoden, die oft zu einer sehr verzögerten Diagnosestellung führen [10]. Trotz der prinzipiell guten Prognose unter Therapie behält die Mehrzahl der Patienten subtile Störungen von Gedächtnis, Stimmung, Aufmerksamkeit oder Affekt zurück [7, 17]. Es ist wünschenswert und auch plausibel, dass sich mit einer weiteren Beschleunigung von Diagnostik und Therapieeinleitung (im Sinne eines „Neuroimmunologi-

schen Notfalls“) das Ausmaß dieser persistierenden Defizite noch verringern lässt.

**VGKC-Komplex-Antikörper-Enzephalitis**

Diese Hirnentzündung bildet nach der NMDA-Rezeptor-Enzephalitis die zweithäufigste Form und geht mit Antikörpern einher, die mehrheitlich an die Proteine LG11 oder Caspr2 binden [18,19, 20]. Diese Proteine sind mit spannungsgesteuerten Kaliumkanälen assoziiert. Durch die Identifizierung wurde es möglich, verschiedene multisymptomatische neuropsychiatrische Krankheitsbilder nun besser zu klassifizieren. Die LG11-Antikörper gehen vorrangig mit einer limbischen Enzephalitis mit psychiatrischen Auffälligkeiten, epileptischen Anfällen und mnestisch-kognitiven Störungen einher, hierbei sind vor allem ältere Männer betroffen. Wenn die Enzephalitis von einer Neuromyotonie begleitet wird, spricht man vom Morvan-Syndrom, häufig liegen dann Caspr2-Antikörper vor [21]. Die Prognose ist mehrheitlich gut, auch hier ist eine Immuntherapie unverzüglich zu beginnen, in etlichen Fällen reicht eine gewichtsadaptierte Steroidgabe über mehrere Wochen zur vollständigen Heilung aus. Der limbischen Enzephalitis mit LG11-Antikörpern gehen häufig faziobrachiale dystone Anfälle (FBDS) voraus, bei denen es zu ipsi- oder bilateralen kurzzeitigen Zuckungen von Gesicht und Arm kommt [18]. In vielen Fällen bestehen zusätzliche (aber auch isolierte) sensible Atta-

cken, die durch apparative Diagnostik nicht gesichert werden können und gehäuft zur Fehldiagnose einer psychosomatischen oder dissoziativen Störung geführt haben. Eine Antikörperdiagnostik ist in diesem Stadium extrem wichtig, da sich bei einem sonst zu erwartenden Übergang in die limbische Enzephalitis die gesamte Prognose dramatisch verschlechtert, insbesondere hinsichtlich persistierender schwerster Gedächtnisstörungen [20].

### GABA-Rezeptor-Antikörper-Enzephalitis

Die zunächst entdeckten Antikörper gegen GABA<sub>B</sub>-Rezeptoren lassen besonders an ein zugrunde liegendes Bronchialkarzinom denken. Bei den Patienten mit einer assoziierten Enzephalitis stehen epileptische Anfälle oft im Vordergrund [22, 23]. Dies gilt in besonderer Weise auch für die gerade entdeckte Enzephalitis mit Antikörpern gegen GABA<sub>A</sub>-Rezeptoren, bei denen therapierefraktäre Status charakteristisch sind [24].

### Glycin-Rezeptor-Antikörper-Enzephalitis

Da es sich bei diesem Zielantigen um einen inhibitorischen Neurotransmitter im Gehirn handelt, führt eine Immunreaktion gegen diesen Rezeptor zu überschießender neuronaler Aktivität. Das klinische Bild wird entsprechend als Hyperekplexie bezeichnet. Kürzlich wurden auch bei etwa 10 % von Patienten mit Stiff-Person-Syndrom diese Antikörper nachgewiesen [25, 26].

### Enzephalitis mit Antikörpern gegen den metabotropen Glutamatrezeptor 5 (mGluR5)

Das Krankheitsbild dieser limbischen Enzephalitis war zunächst immer in Assoziation mit einem Hodgkin-Lymphom beschrieben worden (Ophelia-Syndrom) [27]. Wie bei den anderen spezifischen Enzephalitis-Formen sind mittlerweile auch nicht paraneoplastische Verläufe dokumentiert worden [28].

### Enzephalitis mit Antikörpern gegen DPPX

Die bisher publizierten Patienten hatten zunächst eine intermetrisch nicht zu klärende therapierefraktäre Diarrhö. Erst später trat dann eine Immuntherapie-responsive Enzephalitis mit Tremor, epileptischen Anfällen und Myoklonien hinzu [29].

### Enzephalitis mit Antikörpern gegen intrazelluläre Proteine (Hu, Yo, Ri, Ma2)

Angesichts der dramatischen Entwicklung mit neuen Antikörpern gegen neuronale Oberflächenproteine sind die klassischen paraneoplastischen Krankheitsbilder etwas in den Hintergrund gerückt [30]. Sollte eine limbische Enzephalitis, also die Kombination aus Wesensänderungen, epileptischen Anfällen, Psychosyndrom und mnesticen Störungen, mit dem Vorhandensein dieser Antikörper (**Abb. 1**) assoziiert sein, dann ist in nahezu 100 % von einer zu Grunde liegenden Tumorerkrankung auszugehen [31]. In solchem Fall muss alles unternommen werden, den Tumor zu identifizieren und zu entfernen, häufig liegen kleinzellige Bronchialkarzinome, Mammakarzinome oder Ovarialkarzinome vor. Die Prognose ist hier wesentlich ungünstiger, und selbst trotz einer intensivierten Immuntherapie lassen sich nur partielle oder transiente Besserun-

### Antikörperdiagnostik

Antikörper gegen neuronale Oberflächenproteine werden mittlerweile standardmäßig in zellbasierten Tests bestimmt [9, 41]. Dabei handelt es sich um nicht neuronale Zelllinien (HEK293), die genetisch so verändert wurden, dass sie das jeweils relevante Zielantigen auf ihrer Oberfläche exprimieren. Gibt man Serum oder Liquor betroffener Patienten dazu, färben sich genau die Zellen an, gegen deren künstlich eingeschleustes Antigen die Betroffenen Antikörper entwickelt haben.

Sensitivität und Spezifität des Verfahrens sind sehr hoch und der Nachweis der Antikörper gilt im Kontext der klinischen Symptomatik als beweisend für eine Enzephalitis. Es sollte immer eine Testung auf die beiden häufigsten Zielstrukturen, NMDA-Rezeptoren und VGKC-Komplexe (LGI1, Caspr2) erfolgen, in Abhängigkeit vom klinischen Befund auch auf weitere Antigene.

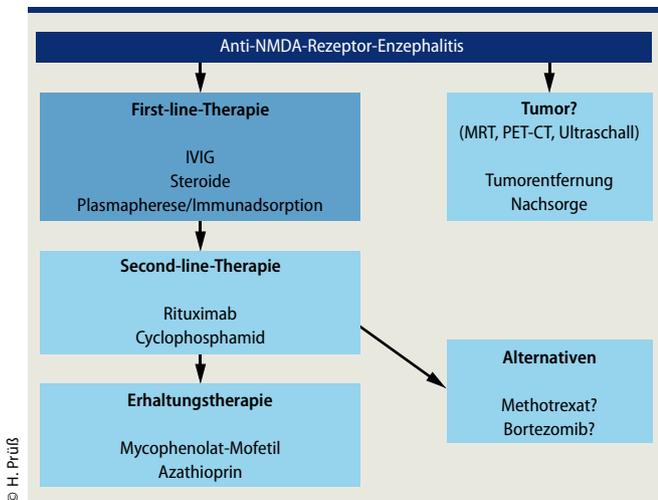
gen erreichen [32]. Ob eine frühere Diagnostik und deutlich aggressivere Immuntherapie den frühen Schädigungsprozess (der weniger durch Antikörper als mehr durch zytotoxische T-Zellen vermittelt wird) aufhalten kann, werden weitere Studien zeigen müssen.

### Wie spezifisch sind die Antikörper?

*Nicht jeder Antikörper ist gleichermaßen spezifisch und auch bei Gesunden können einige Antikörper vorkommen.*

Die Spezifität der Antikörper wird allgemein hinsichtlich zwei verschiedener Kategorien betrachtet. Zum einen ist die Vorhersagekraft für einen assoziierten Tumor relevant. Hier ist bei Antikörpern gegen intrazelluläre Proteine von einer extrem hohen Tumorzahrscheinlichkeit auszugehen, bei Antikörpern gegen neuronale Oberflächenproteine ist das seltener, vor allem bei Patienten mit limbischer Enzephalitis und LGI1- oder DPPX-Antikörpern sind Tumore eine Seltenheit [9]. Die zweite Kategorie bezieht sich auf die spezifische Assoziation des Antikörpers mit einem charakteristischen neuropsychiatrischen Syndrom. Die höchste Spezifität haben hier Antikörper vom IgG-Isotyp gegen NMDA-Rezeptoren. Hier ist bei vielen tausend publizierten Kontrollen bisher kein Fall dokumentiert, bei dem trotz Vorhandensein des Antikörpers neuropsychiatrische Symptome gänzlich fehlten [33]. Anders sieht es mit Antikörpern gegen NMDA-Rezeptoren vom IgA- oder IgM-Isotyp aus. Obwohl IgA-Antikörper reproduzierbar mit einer Form von Immuntherapie-responsiven kognitiven Störungen einhergehen [34, 35], finden sie sich auch zu mehreren Prozent bei Gesunden und bei Patienten mit multiplen neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen [36, 37].

Für die Beurteilung eines potenziellen Therapieeffekts sollten bei diesen Patienten daher immer weitere klinische Faktoren hinzugezogen werden oder sehr hohe IgA-/IgM-Antikörperspiegel vorliegen (z. B. größer 1:1000). Analog gibt es kritische Stimmen zur klinischen Relevanz niedriger Antikörpertiter gegen spannungsgesteuerte Kaliumkanäle als Biomarker einer zu Grunde liegenden Erkrankung [38, 39]. Kontroverse Ansichten bestehen ferner zum Stellenwert von VGKC-Kom-



© H. Prüss

Abb. 2: Immuntherapie am Beispiel der Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalitis.

## Therapie

Die größte Schwierigkeit zur Entscheidung einer Immuntherapie besteht bei mono- oder oligosymptomatischen Krankheitsverläufen, vor allem bei rein psychiatrischer Manifestation einer Enzephalitis. Bestehen weitergehende Symptome, zum Beispiel epileptische Anfälle, Dyskinesien, vegetative Störungen oder Bewusstseinsstörungen, sollte unmittelbar mit einer Immuntherapie begonnen werden [3, 6, 9, 14]. Üblich ist eine Behandlung mit hochdosierten Steroiden, zum Beispiel fünf Tage á 1.000 mg Methylprednisolon i. v., sowie einer begleitenden Behandlung mit Plasmapherese oder Immunglobulinen. Sollte sich hierunter nicht innerhalb von zwei bis drei Wochen eine erkennbare Besserung zeigen, ist eine Erweiterung der Therapie, vorzugsweise mit Rituximab, zu erwägen. Alternative Therapieversuche, die bei mehreren Patienten mit einer klinischen Besserung assoziiert waren, umfassen die Gabe von Cyclophosphamid oder Methotrexat.

Mittlerweile belegen mehrere klinische Studien einen direkten Zusammenhang zwischen einer guten Langzeitprognose und einer frühen und ausreichend aggressiven Immuntherapie. Zur Therapiekontrolle sind neben der neurologischen und psychiatrischen Untersuchung insbesondere neuropsychologische Testverfahren besonders geeignet, auch neuere diagnostische Möglichkeiten der funktionellen MRT-Bildgebung gewinnen zunehmend an Bedeutung [15, 17].

plex-Antikörpern ohne den Nachweis von LGI1 oder Caspr2, auch wenn nach unserer Erfahrung diese Antikörper ebenfalls mit ikталen Phänomenen mnestischer Störungen einhergehen können.

Darüber hinaus gibt es Patienten mit noch nicht näher charakterisierten Antikörpern, bei denen sich in der Färbung von Hirnschnitten teilweise spezifische Muster in Hippocampus oder Kleinhirn zeigen (siehe Infokasten **Antikörperdiagnostik**). Sollte der klinische Verlauf in diesen Fällen eine autoim-

munologische Erkrankung denkbar erscheinen lassen, ist auch hier eine ausreichend aggressive Immuntherapie zu versuchen.

## Krank trotz unauffälligem Befund

*Bildgebende Untersuchungen und sogar die Ergebnisse des Liquors können unauffällig sein, obwohl eine definierte behandelbare Enzephalitis vorliegt*

Ein Dilemma besteht darin, dass die Testung von Liquor oder Serum auf das Vorliegen neuronaler Autoantikörper in der Regel nur dann erfolgt, wenn ein ohnehin suggestives klinisches Bild vorliegt. Damit lässt sich naturgemäß die Wahrscheinlichkeit eines positiven Antikörperbefundes erhöhen, auf der anderen Seite steigt aber die Gefahr, monosymptomatische oder atypische Verläufe zu übersehen und Patienten mit einer potenziell Immuntherapie-responsiven Enzephalitis eine echte Heilungsoption vorzuenthalten. Die Schwierigkeit wird dadurch noch verstärkt, dass unauffällige Laborparameter oder MRT-Bilder als Ausschlusskriterium einer autoimmunen Hirnentzündung gewertet werden und dann keine Antikörper-Testung stattfindet. Dabei ist, wie oben beschrieben, beispielsweise bei der NMDA-Rezeptor-Enzephalitis in mehr als der Hälfte der Fälle die Routine-Bildgebung unauffällig [14, 15]. Ähnlich verhält es sich bei der LGI1-Enzephalitis mit etwa 40 % unauffälligen Hirnschnittbildern [18]. Bei dieser Erkrankung kommt noch hinzu, dass der Liquor hinsichtlich der Basisparameter (Zellzahl, Eiweiß, Laktat) oft unauffällig ist, obwohl hier Befunde hochtitriger LGI1-Antikörper gut möglich sind. Mittelfristig ist davon auszugehen, dass die Antikörper-Testung durch die wachsende Verfügbarkeit häufiger durchgeführt werden wird, insbesondere vor dem Hintergrund ständig neuer definierter Antigene.

Eine weitere Schwierigkeit bei der Indikationsstellung zur Antikörpertestung entsteht dadurch, dass selbst charakteristische Laborveränderungen, wie die bei der LGI1-Enzephalitis fast immer vorhandene Hyponatriämie, natürlich auch viele andere Ursachen haben können, nicht zuletzt Medikamenten-Nebenwirkungen bei neurologischen und psychiatrischen Pharmaka. Auf diese Weise entgeht der heutigen Routinediagnostik ein wahrscheinlich zwar kleiner, aber für die Betroffenen hochrelevanter Anteil definierter autoimmuner Hirnentzündungen. Ein Ausweg kann nur die systematische Testung auf Autoantikörper gemäß noch zu bearbeitenden Kriterien sein. Vor dem Hintergrund der Kosten wird die Diskussion dieser Kriterien schon jetzt kontrovers geführt.

## Symptomatik als Ausdruck verschiedener Erkrankungen

*Die klinische Symptomatik kann Ausdruck verschiedener neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen sein.*

Auch wenn das Vollbild bestimmter Enzephalitiden bereits klinisch eine eindeutige Diagnose zulässt (z. B. periorale Dyskinesien bei NMDA-Rezeptor-Enzephalitis-Patienten auf einer Intensivstation oder faziobranchiale dystone Anfällen bei LGI1-Antikörpern), die nur noch durch den Nachweis der Antikörper verifiziert werden muss, haben doch die meisten oligosymptomatischen Verläufe eine breite Überlappung mit anderen etablierten Krankheitsbildern [2, 7, 9]. So sind epileptische Anfälle natürlich auch möglicher Ausdruck einer infektiologi-

schen Hirnerkrankung, metabolischen Störung oder angeborenen Epilepsie. Halluzinationen, Wahn und Wesensänderungen sind natürlich viel häufiger Folge einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung als einer Enzephalitis. Fokale neurologische Zeichen können Ausdruck einer zerebralen Ischämie, eines Tumors oder multipler Systemerkrankungen mit zerebraler Beteiligung sein. Für ein mildes entzündliches Liquorsyndrom kommen auch eine Vaskulitis, rheumatologische Erkrankungen oder eine multiple Sklerose infrage. Nicht zuletzt können primär neurodegenerative oder Prionenerkrankungen vielgestaltige Auffälligkeiten in EEG, MRT, Liquor und Klinik erzeugen, die prinzipiell auch mit einer autoimmunen Enzephalitis vereinbar sind. Daher ist häufig, zumindest nach dem Ausschluss wahrscheinlicher Ursachen, auch die Möglichkeit einer paraneoplastischen oder anderen autoimmunen Hirnentzündung zu prüfen.

Eine Besonderheit stellt die kürzlich beschriebene Assoziation von IgA-Antikörpern gegen NMDA-Rezeptoren mit einer langsam progredienten kognitiven Störung dar. Patienten mit klinisch nicht eindeutig zugeordneter Demenz hatten gehäuft IgA-Antikörper, die im Kontakt mit hippocampalen Nervenzellen zu einer Herunterregulation von NMDA-Rezeptoren und weiteren synaptischen Proteinen führten [34, 35]. Erste Therapieversuche zeigen, dass bei einem Teil dieser Patienten offensichtlich eine Immuntherapie-responsive Demenz vorliegt. Da aus laufenden Studien hervorgeht, dass der klinische Phänotyp sich oftmals nicht sicher von einer frontotemporalen Demenz oder Alzheimer-Erkrankung unterscheiden lässt, gibt es keine eindeutigen klinischen oder bildgebenden Parameter, die eine autoimmunologische Beteiligung sicher ausschließen.

### Keine Besserung bei kurzfristiger Immuntherapie

*Eine fehlende Besserung durch eine kurzfristige Immuntherapie schließt keineswegs eine zu Grunde liegende Antikörper-vermittelte neuropsychiatrische Erkrankung aus*

Eine weitere Herausforderung in der Diagnostik und Therapie Antikörper-vermittelter Erkrankungen sind die nur partiell etablierten Entscheidungspfade zur First- oder Second-line-Immuntherapie (siehe Infokasten **Therapie**). Zusätzlich kommt es vor, dass bei fehlendem Nachweis eines Autoantikörpers oder nur niedrigem Titer zwar eine immunvermittelte Hirnerkrankung aufgrund der Klinik berücksichtigt wird, die ausbleibende Besserung unter einer dreitägigen Steroidpulstherapie aber als Beleg dient, dass es sich hier folglich um keine Immuntherapie-responsive Erkrankung handeln kann. Demgegenüber sind aber Fälle dokumentiert, bei denen eine Immuntherapie erst nach mehreren Wochen zu einer Besserung führte und bei denen sich die Besserung dann noch über etliche Monate fortsetzte, obwohl zunächst die Diagnose einer primär neurodegenerativen Erkrankungen gestellt wurde [40].

Die Schwelle zur Initiierung einer Immuntherapie wird selbstverständlich vom individuellen Erfahrungsschatz des Arztes und von der Gesamtheit der klinischen und paraklinischen Hinweise abhängen (**Abb. 2**). Da jedoch mittlerweile etliche Fälle nachgewiesen sind, in denen nur die Durchführung einer Immuntherapie mit der anschließenden Besserung den Nachweis einer autoimmunen Ätiogenese belegt hat, sollte bei

Hinweisen für eine Beteiligung des Immunsystems ein Therapieversuch erwogen werden. Dafür spricht auch, dass die First-line-Therapie (z. B. mit Steroiden, Immunglobulinen, Plasmaaustausch oder Rituximab) in aller Regel gut verträglich ist [3]. Nicht zuletzt belegt die wachsende Zahl gut dokumentierter Fälle, welchen Unterschied die Re-Klassifizierung einer katonen paranoiden Schizophrenie in eine behandelbare autoimmune Enzephalitis für den Patienten ausmacht.

### Fazit für die Praxis

- Die Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalitis ist die häufigste Form Antikörper-assoziiierter autoimmuner Hirnentzündungen.
- Mono- oder oligosymptomatische Verläufe mit Psychosen oder epileptischen Anfällen sind eine diagnostische Herausforderung.
- Die Schwelle zur Antikörpertestung sollte daher niedrig liegen, um potenziell behandelbare autoimmune Erkrankungen nicht zu übersehen.
- Bei dem Nachweis neuronaler Antikörper ist eine gezielte Tumorsuche erforderlich.
- Die langfristige Erholung ist von einer frühen und ausreichend „aggressiven“ Immuntherapie abhängig („Neuroimmunologischer Notfall“).
- Die Immuntherapie umfasst vor allem Steroide, Immunglobuline, Plasmapherese, Rituximab oder Cyclophosphamid.
- Spezifische Antikörper werden vor allem in zellbasierten Tests nachgewiesen und sind im passenden klinischen Kontext beweisend für die Art der Enzephalitis.
- Unauffällige MRT- und Liquorbefunde schließen eine autoimmune Enzephalitis nicht aus.
- Auch in den kommenden Jahren werden etliche weitere Antikörper entdeckt werden, die mit charakteristischen Symptomkonstellationen assoziiert sind. □

### LITERATUR

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

### PD Dr. med. Harald Prüss

Klinik und Poliklinik für Neurologie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Campus Mitte  
Charitéplatz 1, 10117 Berlin  
E-Mail: harald.pruess@charite.de

### Interessenkonflikt

Der 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: NT15026m

gültig bis 04.03.2015

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](http://www.springermedizin.de/eAkademie) möglich.
- Ausführliche Erläuterungen unter [www.springermedizin.de/info-eakademie](http://www.springermedizin.de/info-eakademie)



Diese CME-Fortbildungseinheit ist von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung anerkannt.

DOI: 10.1007/s15016-015-0506-6

## Limbische Enzephalitiden und neuropsychiatrische Störungen

Bei der häufigsten und zugleich prototypischen Antikörper-vermittelten autoimmunen Enzephalitis liegen Antikörper gegen welches neuronale Protein vor?

- Spannungsgesteuerte Kaliumkanäle
- NMDA-Rezeptor
- GABA-B-Rezeptor
- Schilddrüsenantigen
- Rheumafaktor

Welche Symptomatik führt bei der NMDA-Rezeptor-Enzephalitis in den meisten Fällen zur Krankenhausaufnahme?

- Prodromi (Fieber, Kopfschmerzen) oder Psychosyndrom
- Hyponatriämie und Durst
- Malignes neuroleptisches Syndrom
- Muskelschmerz
- Epileptische Anfälle

Wichtigster Baustein zur Sicherung der Diagnose bei limbischer Enzephalitis ist neben der Lumbalpunktion die Bestimmung/Anfertigung von ...

- ... Elektrolyten im Blut.
- ... Urin-Toxikologie-Screen.
- ... EEG.
- ...neuropil- und onkoneuronalen Antikörpern.
- ... Computertomografie.

Welches ist der häufigste Tumor, der mit der NMDA-Rezeptor-Enzephalitis assoziiert ist?

- Kleinzelliges Bronchialkarzinom
- Mammakarzinom
- Ovarialteratom
- Hodenkarzinom
- Neuroendokriner Tumor

Wogegen binden „Neuropil-Antikörper“?

- Tumorzellen
- Zellkörper und Fortsätze von Nervenzellen
- Pilozytische Astrozytome
- Mikrogliazellen in Kleinhirn und Hippocampus
- Intrazelluläre Antigene im Gehirn

In wieviel Prozent der Fälle kann das Routine-MRT des Kopfes bei der NMDA-Rezeptor-Enzephalitis unauffällig sein?

- 5 %
- 10 %
- 20 %
- 30 %
- 50 %

Ein 72-jähriger Mann leidet mehrfach pro Stunde an faziobrachialen dystonen Anfällen der linken Körperseite. Welche Therapie ist Mittel der ersten Wahl?

- Gabapentin
- Levetiracetam
- Carbamazepin
- Prednisolon
- Cyclophosphamid

Wovon ist bei einer limbischen Enzephalitis und dem Nachweis von Hu-Antikörpern auszugehen?

- In fast allen Fällen liegt ein (eventuell noch unentdeckter) maligner Tumor vor.
- Unter Plasmapherese tritt eine rasche Besserung ein.
- Die Prognose ist sehr günstig.
- Es liegt eine falsch-positive Bestimmung der Antikörper vor.
- Epileptische Anfälle sind nicht zu erwarten.

Welche der folgenden Medikamente zählen zur „First-line-Therapie“ bei autoimmunen Enzephalitiden?

- Cyclophosphamid und Azathioprin
- Rituximab und Mycophenolat-Mofetil
- Bortezomib
- Steroide, Plasmapherese und i. v.-Immunglobuline
- Thiopental

Welches ist das Testverfahren der Wahl zur Bestimmung neuronaler Oberflächen-Antikörper?

- Western Blot
- Tierversuch
- Durchflusszytometrie
- Hämagglutination
- Zellbasierter Assay

Bitte beachten Sie:

Diese zertifizierte Fortbildung ist zwölf Monate auf [springermedizin.de/eakademie](http://springermedizin.de/eakademie) verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahmeabschluss und erhalten bei technischen und inhaltlichen Fragen tutorielle Unterstützung. 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. Dalmau J, Tüzün E, Wu HY et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol.* 2007;61:25-36
2. Prüss H, Dalmau J, Arolt V, Wandinger KP. [Anti-NMDA-receptor encephalitis. An interdisciplinary clinical picture]. *Nervenarzt.* 2010;81:396-406
3. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *Lancet Neurol.* 2013;12:157-165
4. Moscato EH, Peng X, Jain A et al. Acute mechanisms underlying antibody effects in anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. *Ann Neurol.* 2014;76:108-119
5. Hughes EG, Peng X, Gleichman AJ et al. Cellular and synaptic mechanisms of anti-NMDA receptor encephalitis. *J Neurosci.* 2010;30:5866-5875
6. Gresa-Arribas N, Titulaer MJ, Torrents A et al. Antibody titres at diagnosis and during follow-up of anti-NMDA receptor encephalitis: a retrospective study. *Lancet Neurol.* 2014;13:167-177
7. Peery HE, Day GS, Dunn S et al. Anti-NMDA receptor encephalitis. The disorder, the diagnosis and the immunobiology. *Autoimmun Rev.* 2012;11:863-872
8. Prüss H, Dalmau J, Harms L et al. Retrospective analysis of NMDA receptor antibodies in encephalitis of unknown origin. *Neurology.* 2010;75:1735-1739
9. Prüss H. Neuroimmunology: New Developments in Limbic Encephalitis. *Akt Neurol.* 2013;40:127-136
10. Zandi MS, Irani SR, Lang B et al. Disease-relevant autoantibodies in first episode schizophrenia. *J Neurol.* 2011;258:686-688
11. Tsutsui K, Kanbayashi T, Tanaka K et al. Anti-NMDA-receptor antibody detected in encephalitis, schizophrenia, and narcolepsy with psychotic features. *BMC Psychiatry.* 2012;12:37
12. Steiner J, Walter M, Glanz W et al. Increased Prevalence of Diverse N-Methyl-D-Aspartate Glutamate Receptor Antibodies in Patients With an Initial Diagnosis of Schizophrenia: Specific Relevance of IgG NR1a Antibodies for Distinction From N-Methyl-D-Aspartate Glutamate Receptor Encephalitis. *JAMA Psychiatry.* 2013;70:271-278
13. Kayser MS, Titulaer MJ, Gresa-Arribas N, Dalmau J. Frequency and characteristics of isolated psychiatric episodes in anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis. *JAMA Neurol.* 2013;70:1133-1139
14. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E et al. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol.* 2011;10:63-74
15. Finke C, Kopp UA, Scheel M et al. Functional and structural brain changes in anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis. *Ann Neurol.* 2013
16. Frechette ES, Zhou L, Galetta SL et al. Prolonged follow-up and CSF antibody titers in a patient with anti-NMDA receptor encephalitis. *Neurology.* 2011;76:564-66
17. Finke C, Kopp UA, Prüss H et al. Cognitive deficits following anti-NMDA receptor encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011;83:195-198
18. Irani SR, Alexander S, Waters P et al. Antibodies to Kv1 potassium channel-complex proteins leucine-rich, glioma inactivated 1 protein and contactin-associated protein-2 in limbic encephalitis, Morvan's syndrome and acquired neuromyotonia. *Brain.* 2010;133:2734-2748
19. Lai M, Huijbers MG, Lancaster E et al. Investigation of LGI1 as the antigen in limbic encephalitis previously attributed to potassium channels: a case series. *Lancet Neurol.* 2010;9:776-785
20. Irani SR, Stagg CJ, Schott JM et al. Faciobrachial dystonic seizures: the influence of immunotherapy on seizure control and prevention of cognitive impairment in a broadening phenotype. *Brain.* 2013;136:3151-3162
21. Irani SR, Pettingill P, Kleopa KA et al. Morvan syndrome: clinical and serological observations in 29 cases. *Ann Neurol.* 2012;72:241-255
22. Boronat A, Sabater L, Saiz A et al. GABA(B) receptor antibodies in limbic encephalitis and anti-GAD-associated neurologic disorders. *Neurology.* 2011;76:795-800
23. Höftberger R, Titulaer MJ, Sabater L et al. Encephalitis and GABAB receptor antibodies: novel findings in a new case series of 20 patients. *Neurology.* 2013;81:1500-1506
24. Petit-Pedrol M, Armangue T, Peng X et al. Encephalitis with refractory seizures, status epilepticus, and antibodies to the GABAA receptor: a case series, characterisation of the antigen, and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol.* 2014;13:276-286
25. Hutchinson M, Waters P, McHugh J et al. Progressive encephalomyelitis, rigidity, and myoclonus: a novel glycine receptor antibody. *Neurology.* 2008;71:1291-1292
26. McKeon A, Martinez-Hernandez E, Lancaster E et al. Glycine Receptor Autoimmune Spectrum With Stiff-Man Syndrome Phenotype. *Arch Neurol.* 2012;1-9
27. Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Titulaer MJ et al. Antibodies to metabotropic glutamate receptor 5 in the Ophelia syndrome. *Neurology.* 2011;77:1698-1701
28. Prüss H, Rothkirch M, Kopp U et al. Limbic encephalitis with mGluR5 antibodies and immunotherapy-responsive prosopagnosia. *Neurology.* 2014;83:1384-1386
29. Boronat A, Gelfand JM, Gresa-Arribas N et al. Encephalitis and antibodies to dipeptidyl-peptidase-like protein-6, a subunit of Kv4.2 potassium channels. *Ann Neurol.* 2013;73:120-128
30. Darnell RB, Posner JB. Paraneoplastic syndromes involving the nervous system. *N Engl J Med.* 2003;349:1543-1554
31. Graus F, Delattre JY, Antoine JC et al. Recommended diagnostic criteria for paraneoplastic neurological syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2004;75:1135-1140
32. Honnorat J, Cartalat-Carel S, Ricard D et al. Onco-neural antibodies and tumour type determine survival and neurological symptoms in paraneoplastic neurological syndromes with Hu or CV2/CRMP5 antibodies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009;80:412-416
33. Titulaer MJ, Kayser MS, Dalmau J. Authors' reply. *Lancet Neurol.* 2013;12:425-426
34. Prüss H, Hölte M, Maier N et al. IgA NMDA receptor antibodies are markers of synaptic immunity in slow cognitive impairment. *Neurology.* 2012;78:1743-1753
35. Doss S, Wandinger KP, Hyman BT et al. High prevalence of NMDA receptor IgA/IgM antibodies in different dementia types. *Ann Clin Transl Neurol.* 2014;in press
36. Prüss H, Finke C, Hölte M et al. N-methyl-D-aspartate receptor antibodies in herpes simplex encephalitis. *Annals of Neurology.* 2012;72:902-911
37. Hammer C, Stepniak B, Schneider A et al. Neuropsychiatric disease relevance of circulating anti-NMDA receptor autoantibodies depends on blood-brain barrier integrity. *Mol Psychiatry.* 2013;doi: 10.1038/mp.2013.110
38. Paterson RW, Zandi MS, Armstrong R et al. Clinical relevance of positive voltage-gated potassium channel (VGKC)-complex antibodies: experience from a tertiary referral centre. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013
39. Meeusen JW, Lennon VA, Klein CJ. Immunotherapy-responsive pain in an abattoir worker with fluctuating potassium channel-complex IgG. *Neurology.* 2012;79:1824-1825
40. McKeon A, Marnane M, O'Connell M et al. Potassium channel antibody associated encephalopathy presenting with a frontotemporal dementia like syndrome. *Arch Neurol.* 2007;64:1528-1530
41. Stöcker W, Saschenbrecker S, Rentzsch K et al. [Autoantibody diagnostics in neurology using native and recombinant antigenic substrates]. *Nervenarzt.* 2013;84:471-476
42. Lai M, Hughes EG, Peng X et al. AMPA receptor antibodies in limbic encephalitis alter synaptic receptor location. *Ann Neurol.* 2009;65:424-434
43. Bataller L, Galiano R, Garcia-Escrig M et al. Reversible paraneoplastic limbic encephalitis associated with antibodies to the AMPA receptor. *Neurology.* 2010;74:265-267
44. Balint B, Jarius S, Nagel S et al. Progressive encephalomyelitis with rigidity and myoclonus: a new variant with DPPX antibodies. *Neurology.* 2014;82:1521-1528

## MS – früh und konsequent die Krankheitsaktivität eindämmen

☞ Auch bei der Multiplen Sklerose (MS) besteht das Therapieziel darin, schon früh eine volle Krankheitskontrolle zu erwirken. Damit verbindet sich die Chance, weitere Schübe zu verhindern, die Krankheitsprogression abzuwenden und sogar bestehende Behinderungen zurückzubilden.

Die MS verläuft in zwei Krankheitsphasen, wobei in der ersten Zeit immunologische Komponenten im Vordergrund stehen und in späteren Phasen neurobiologische Faktoren überwiegen. Damit gibt es nach Professor Heinz Wiendl, Münster, ein „window of opportunity“, um korrigierend in den Krankheitsverlauf einzugreifen. Dieses Fenster öffnet sich in der Frühphase der Erkrankung. Dann sind die Chancen, durch eine Reprogrammierung des Immunsystems konsequent und anhaltend Einfluss auf den weiteren Verlauf zu nehmen, laut Wiendl am besten. Das zeigen nicht zuletzt die Therapieerfahrungen mit dem Antikör-

per Alemtuzumab (Lemtrada®), der in nur zwei Behandlungsphasen (fünf und ein Jahr später drei Infusionen an aufeinanderfolgenden Tagen) verabreicht wird. Der Wirkstoff führt initial zur raschen Depletion von Immunzellen, wobei die anschließende Repopulation offenbar wie ein „Reset des Immunsystems“ wirkt. Das erklärt die ohne weitere aktive Behandlung anhaltenden Therapieeffekte, erläuterte Professor Alasdair Coles, Cambridge, beim Symposium „MScience MShift“ in Berlin.

So liegen aus der Studie CAMMS223 mittlerweile Therapieerfahrungen über fünf Jahre vor. Sie dokumentieren eine anhaltend niedrige Schubrate, wobei 68% der mit Alemtuzumab behandelten Patienten über den gesamten Beobachtungszeitraum schubfrei bleiben. 84% der Patienten zeigen auch nach fünf Jahren keine Behinderungsprogression und bei 53,2% war sogar eine Besserung des EDSS (Expanded Dis-

ability Status Scale) zu registrieren [Coles AJ et al. Neurology 2012; 78: 1069–78].

Die Studiendaten wie auch die bisherigen Therapieerfahrungen belegen laut Privatdozent Dr. Karl Baum, Hennigsdorf, dass beim Vorliegen einer aktiven MS nicht lange mit dem Einsatz von Wirkstoffen, die sich konsequent gegen die immunologischen Veränderungen richten, gewartet werden sollte. „Wir müssen das Window of Opportunity nutzen“, mahnte Baum. Alemtuzumab ist nach seinen Worten bei Patienten mit ausgeprägter Krankheitsaktivität deshalb als Frühtherapie einzusetzen und keinesfalls als ultima ratio zu sehen.

Christine Vetter

Symposium „MScience. MShift – Zwei Schritte voran in der MS-Therapie“, Berlin, 21./22.11.2014;  
Veranstalter: Genzyme – a Sanofi Company

## Major Depression – positive Emotionen wiederherstellen

☞ Der  $MT_1$ -/ $MT_2$ -Rezeptor-Agonist und 5-HT<sub>2C</sub>-Antagonist Agomelatin weist gegenüber anderen etablierten Antidepressiva einige Besonderheiten auf. Darauf verwiesen Experten auf einem Symposium in Berlin. Professor Göran Hajak, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bamberger Klinikum am Michelsberg, betonte, dass Agomelatin (Valdoxan®) dank seines spezifischen Wirkmechanismus die bei Depressiven häufig gestörte zirkadiane Rhythmik wiederherzu-

stellen vermag. Außerdem wirke die Substanz speziell in den Hirnarealen, die für die Verarbeitung von Stimmung und Emotionen verantwortlich sind. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Agomelatin nicht nur negative, sondern auch positive Emotionen wie Anhedonie zu verbessern vermag. Diese Wirkung kann bereits früh im Therapieverlauf einsetzen und stärker ausgeprägt sein als bei anderen Antidepressiva. So verbesserte sich beispielsweise in einer Pilotstudie mit 60 Patienten bereits in der ersten Thera-

piewoche der Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)-Score signifikant stärker als unter Venlafaxin (Abb. 1).

Professor Thomas Herdegen, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, verwies darauf, dass die Entscheidung für oder gegen den Einsatz eines Wirkstoffes in der Therapie der Major Depression auch von dessen Nebenwirkungsprofil bestimmt wird. Agomelatin habe keine serotonergen Nebenwirkungen, sei gewichtsneutral und ohne negative Einflüsse auf Blutdruck, Herzfrequenz und QTc-Zeit. Lediglich an die regelmäßige Kontrolle der Lebertransaminasen müsse gemäß den Empfehlungen der Fachinformation gedacht werden, so Herdegen. Agomelatin verfüge zudem über ein günstiges Interaktionsprofil und lasse sich folglich mit anderen Psychopharmaka sowie Medikamenten gegen somatische Erkrankungen gut kombinieren.

Dr. Claudia Bruhn

Symposium „Evidenzbasierte Therapie der Depression im Spannungsfeld zwischen Stratifizierung und Individualisierung“, DGPPN-Kongress 2014, Berlin, 27.11.2014;  
Veranstalter: Servier

Mod. nach Martinotti Get al. J Clin Psychopharmacol 2012; 32 (4): 487–91

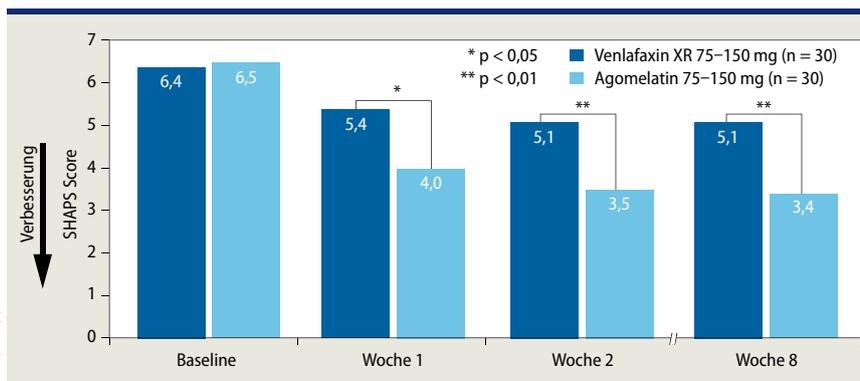


Abb 1: Werte der Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) zu jeder Studienvsitive. Agomelatin verbessert die Anhedonie früh im Therapieverlauf.

## Schizophrenietherapie – erfolgreicher Beginn ist wichtig

☞ Lang wirksame atypische Depot-Antipsychotika haben sich erfolgreich in der Erhaltungstherapie schizophrener Patienten etabliert. „Von der Einführung der Depot-Antipsychotika der zweiten Generation profitieren vor allem Patienten mit einer Erstmanifestation in den vergangenen fünf Jahren“, berichtete Professor Christoph Correll, Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks/USA. „Damit kann die Basis für eine erfolgreiche Stabilisierung auf einem guten psychosozialen Funktionsniveau ohne Stigmatisierung gelegt werden.“

Für Professor Robin Emsley, Universität von Stellenbosch, Cape Town/Südafrika, ist weiterhin ungeklärt, wie lange erkrankte schizophrene Patienten behandelt werden sollten. Mit längerer Therapiedauer werde nicht per se ein geringeres Rezidivrisiko erzielt. Die wirksamste Form der Rezidivprophylaxe sei das Erreichen einer sym-

ptomatischen und funktionellen Recovery. Dies schaffe nur etwa jeder siebte chronisch erkrankte Schizophrene, so Professor Martin Lambert, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Bei ersterkrankten Patienten liege der Anteil mit bis zu 25 % höher. Das Rezidivrisiko steige vor allem mit dem Grad funktioneller Defizitsymptome und der subjektiv empfundenen schlechten Lebensqualität.

### Remissionsrate, Therapietreue und Rezidivfreiheit

In einem konventionellen Setting ist es schwierig, eine dauerhafte Adhärenz der Patienten aufzubauen, gab Correll zu. Mithilfe von Depot-Antipsychotika der zweiten Generation könne der Outcome hinsichtlich Remissionsrate, Therapietreue und Rezidivfreiheit insbesondere bei Patienten signifikant gesteigert werden, die weniger als fünf

Jahre erkrankt sind. Depot-Aripiprazol (Abilify Maintena®) ist für Correll im Hinblick auf seine gute Wirksamkeits-Verträglichkeits-Relation ein wichtiger Fortschritt. Die Depot-Injektion (400 mg/4 Wochen) ist zur Erhaltungstherapie erwachsener Patienten mit Schizophrenie zugelassen, die während der Akutbehandlung stabil mit oralem Aripiprazol eingestellt wurden. Die Zulassungsstudien bestätigen die von oralem Aripiprazol bekannten geringen metabolischen Effekte ohne Prolaktinanstieg, das niedrige EPS-Risiko sowie keine bekannte QTc-Verlängerung.

Dr. Alexander Kretschmar

---

Satellitensymposium „Impact of maintenance treatment on the natural illness progression in schizophrenia“, 27. ECNP-Kongress, Berlin, 20.10.2014; Veranstalter: Lundbeck/Otsuka

## NEDA-4 als Therapieziel bei MS

☞ Die Multiple Sklerose (MS) verursacht sowohl fokale Schäden in der weißen Substanz des Gehirns als auch solche in der grauen Substanz sowie diffuse Schäden in scheinbar normaler weißer Substanz. Sowohl fokale als auch diffuse Schäden tragen zur Gehirnatrophie bei und führen im Verlauf zu kognitiven Beeinträchtigungen sowie körperlicher Behinderung. Gehirnatrophie gilt auch als globaler Marker für die neuronalen Verluste bei MS.

Die fokalen Schäden können am besten mittels konventionellem MRT erfasst werden. Hierbei liegt der Fokus in der Regel auf der Krankheitsaktivität (neue T2-Läsionen, Gd<sup>+</sup>-Läsionen), der Krankheitslast (Volumen der T2-Läsionen) und fokalen neuroaxonalen Verlusten (T1 black holes).

Diffuse Veränderungen im Gehirn werden sich in der Zukunft vielleicht mit fortgeschrittenen Methoden der Bildgebung wie fMRT (funktionelles MRT), DTI (Diffusion Tensor Imaging), MTR (Magnetisation Transfer Imaging), MRS (Proton Spectroscopy) oder der Messung des Gehirnvolumens erfassen lassen. Interessante Parameter wären hierbei diffuse axonale Verluste (Gehirnvolumen, MRS, DTI), De- und Remyelinisierung (MTR, DTI) und Plastizität sowie Konnektivität des Gehirns (fMRT,

DTI). Die vielversprechendsten Techniken zur Erfassung der diffusen Veränderungen sind fMRT, DTI und die Messung des Gehirnvolumens.

Bei MS ist die Gehirnatrophie im Vergleich zum normalen Alterungsprozess beschleunigt. Im Schnitt beträgt der Volumenverlust bei MS 0,5 % bis 1,35 %, bei Gesunden nur 0,1 % bis 0,3 % pro Jahr [De Stefano N et al. oral presentation S13.006 AAN 2014; Barkhof F et al. Nat Rev Neurol 2009].

Nach Studienergebnissen reduziert der Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor-Modulator Fingolimod (Gilenya®) die Entwicklung von entzündlichen Läsionen zu „black holes“ [Radue EW et al. Poster P101, ACTRIMS/ECTRIMS 2014]. Außerdem kann Fingolimod die krankheitsbezogene Gehirnatrophie über bis zu sechs Jahre bremsen [Radue EW et al. Poster P439, ACTRIMS/ECTRIMS 2014]. Dabei war der Effekt von Fingolimod auf diffuse Schäden teilweise unabhängig vom Effekt auf fokale Schäden [De Stefano N et al. Poster P711, ACTRIMS/ECTRIMS 2014].

### Von NEDA 3 zu NEDA 4

In der Therapie der MS setzt sich zunehmend das „Fehlen von Krankheitsaktivität“ (No evidence of disease activity, NEDA) als Be-

handlungsziel durch. Definiert wurde NEDA bislang durch drei Parameter (NEDA 3):

1. Keine Schübe (entzündliche Krankheitsaktivität)
2. Keine MRT-Aktivität (neue/vergrößerte T2-Läsionen)
3. Keine nachhaltige Behinderungsprogression gemäß EDSS.

Nach den Worten von Professor Mark Freedman, Ottawa Hospital Research Institute, Kanada, ist das Bild mit diesen drei Faktoren aber unvollständig. Als weiterer Parameter sei zu fordern: Keine krankheitsbedingte Gehirnatrophie (definiert als  $\leq 0,4\%$  pro Jahr). Denn dies schließe einen weiteren Schlüsselfaktor der MS-Pathologie ein und ermögliche so eine umfassendere und ausbalanciertere Messung von fokaler und diffuser Krankheitsaktivität sowohl klinisch als auch auf dem MRT-Level, stellte Freedman fest. In Studien habe Fingolimod seine Wirksamkeit auf alle NEDA-4-Parameter gezeigt, so Freedman [Bergvall N et al. Poster P3.174 AAN 2014].

Dr. Gunter Freese, Springer Medizin

---

Symposium „Latest advances towards changing the course of MS“, im Rahmen des Joint ACTRIMS/ECTRIMS Meetings, 11.9.2014, Boston/USA; Veranstalter: Novartis Pharma

## Antikoagulation mit NOAK vor der Kardioversion

Bei Patienten mit Vorhofflimmern und Kardioversion ist Rivaroxaban (Xarelto®) eine wirksame und gut verträgliche Alternative zu Vitamin-K-Antagonisten (VKA). Zu diesem Ergebnis kommt X-VerT, die erste prospektive Studie eines neuen oralen Antikoagulans (NOAK) zu dieser Fragestellung.

Die X-VerT-Studie untersuchte randomisiert, prospektiv und offen Wirksamkeit und Sicherheit einer einmal täglichen Gabe von 20 mg Rivaroxaban zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse (zusammengesetzter Endpunkt: Schlaganfall/TIA, nicht ZNS-systemische Embolie, Myokardinfarkt und

kardiovaskulärer Tod) bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und geplanter Kardioversion im Vergleich zu einer INR-angepassten Therapie mit VKA. Die Entscheidung für eine frühe Kardioversion innerhalb der ersten fünf Tage nach Beginn der Antikoagulation oder für eine verzögerte Kardioversion innerhalb von drei bis acht Wochen nach Beginn der Antikoagulation wurde vom jeweiligen Prüfarzt getroffen. Die Patienten profitierten von Rivaroxaban deutlich mit einem numerisch verminderten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse (0,51 % vs. 1,02 %). Schwere Blutungen waren mit 0,61 % unter Rivaroxaban und 0,80 %

unter VKA insgesamt selten. Der überlegene Effekt von Rivaroxaban war unabhängig vom Zeitpunkt der Kardioversion. Fazit von Professor Sylvia Haas, München: „Basierend auf den Daten von X-VerT ist Rivaroxaban eine wirksame und sichere Alternative zu VKA bei Patienten, die eine Kardioversion benötigen, unabhängig von früher oder verzögerter und von elektrischer oder pharmakologischer Kardioversion“.

Dr. Beate Fessler

Satellitensymposium „Schlaganfall aktuell: Vorhofflimmern im Fokus“, München, 17.9.2014; Veranstalter: Bayer Vital

## Alkoholsucht: jedes Glas weniger zählt

Die Effekte von Alkohol auf das Belohnungssystem erklären den Weg in die Alkoholsucht. Genauso kann eine Reduktion des Alkoholkonsums aber wieder aus der Sucht herausführen, so Professor Falk Kiefer vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

„Jeder Konsum motiviert einen weiteren Konsum“, erläuterte er, „es tritt kein stabiler Zustand ein“. Alkoholassoziierte Stimuli werden präferenziell verarbeitet, die Aufmerksamkeit werde so immer mehr in Richtung Alkohol gelenkt. Dieses Reaktionsmuster des mesolimbischen dopaminergen Systems sei aber korrigierbar, wenn man es schaffe, an einem auslösenden Reiz ohne erneuten Konsum vorbeizugehen. Das

zeigten Untersuchungen mit Alkoholabhängigen, die sich einem Expositionstraining unterzogen hatten [Vollstädt-Klein S et al. Biol Psychiatry 2011; 69: 1060–6]. Die Verknüpfung sei aber nie gänzlich weg, sie könne schnell reaktiviert werden.

Nalmefen (Selincro®) moduliert die Opioidrezeptoren und reduziert so die verstärkende Wirkung von Alkohol auf das dopaminerge Belohnungssystem. Seine Wirksamkeit und Sicherheit zur Trinkmengenreduktion wurde in drei randomisierten kontrollierten Studien gezeigt. Eine davon, ESENSE 1, wurde unter Beteiligung vieler deutscher Zentren durchgeführt [Mann K et al. Biol Psychiatry 2013; 73: 706–13]. Im Rahmen dieser Studie erhielten 290 Patienten das

Prüfpräparat, das sie bei Bedarf einnehmen sollten, und 298 Placebo. Zu Beginn nahmen die Patienten in beiden Gruppen im Mittel 84 g Alkohol täglich zu sich und hatten 19 ausgeprägte Trinktage pro Monat. Nach sechs Monaten hatte sich die Zahl der „heavy drinking days“ in der Nalmefen-Gruppe auf acht Tage und damit um mehr als zwei Tage mehr als unter Placebo verringert ( $p=0,0021$ ). Im Durchschnitt war der tägliche Alkoholkonsum bei Nalmefen-Anwendung mit einem Endkonsum von 33 g um 11 g stärker als in der Kontrollgruppe gesunken (Abb. 1) ( $p=0,0003$ ). In der Verumgruppe zeigten sich nach 24 Wochen zudem deutlichere Verbesserungen im ärztlichen Gesamteindruck (Clinical Global Impression) und bei den Leberenzymwerten. Es konnte gezeigt werden, dass Nalmefen sicher und gut verträglich ist. Unerwünschte Ereignisse waren meist vorübergehend und wurden als mild eingestuft.

Kiefer plädierte für ein schrittweises Therapiekonzept, das je nach Trinkmenge und -folgen eine Beratung, Trinkmengenreduktion und Abstinenz beinhaltet. Jedoch sollte der Arzt immer zieloffen vorgehen und das Therapieziel gemeinsam mit dem Patienten besprechen.

Friederike Klein

Satellitensymposium „Weiter denken statt weitermachen – Diagnose, Stigma und Therapie von Alkoholabhängigkeit und Depression im Wandel“, beim DGPPN Kongress 2014, Berlin, 28.11.2014; Veranstalter: Lundbeck

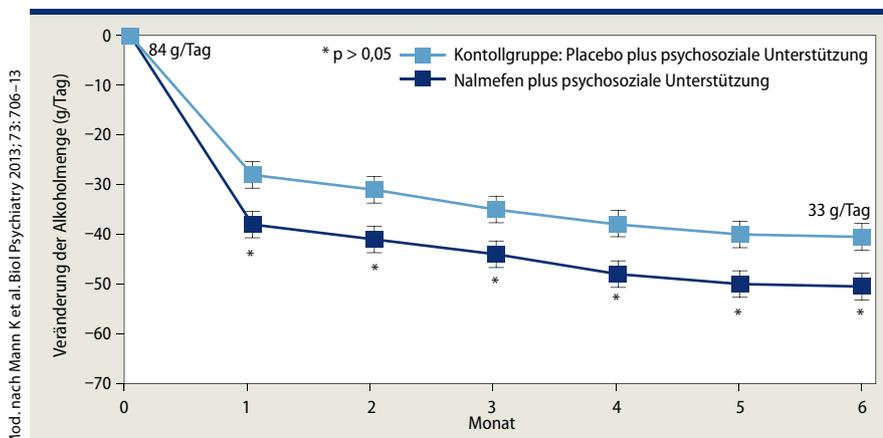


Abb. 1: Veränderung der „Total Alcohol Consumption“. Nalmefen bei Bedarf kann den täglichen Alkoholkonsum verringern.

## Erwachsene mit ADHS – nicht zu früh mit dem Behandlungserfolg zufrieden sein

➔ Gemäß Leitlinien ist Methylphenidat (MPH) in der Behandlung der ADHS bei Erwachsenen die Medikation der ersten Wahl. In mehreren randomisierten, kontrollierten Studien ist die Wirksamkeit von MPH (z. B. Medikinet®adult) bei Erwachsenen mit ADHS gezeigt worden. Die Effektstärken waren dabei durchweg hoch, sagte Professor Michael Rösler, Neurozentrum des Universitätsklinikums des Saarlandes. Die in einer Metaanalyse [Castells X et al. CNS Drugs 2011; 25: 157–69] ermittelte Effektstärke von 0,56 liege zum Beispiel über der von SSRI (0,3) oder von Atypika (0,4–0,5). Randomisierte kontrollierte Studien decken aber nicht die ganze Bandbreite der Behandlungswirklichkeit ab, weshalb ergänzende Beobachtungsstudien zur Beurteilung des Behandlungsverlaufs unter naturalistischen Bedingungen nützlich sind, betonte Rösler und stellte die Ergebnisse der noch unveröffentlichten Beobachtungsstudie IDEA (Integrierte Diagnose und Behandlung Erwachsener mit ADHS) vor. Darin wurden 468 Patienten (58 % Männer) auf Medikinet®adult erst- oder neu eingestellt und über  $3,3 \pm 1,6$  Monate beobachtet. Bei einem Viertel der Patienten war die ADHS bereits in der Kindheit diagnostiziert worden. Unter Begleiterkrankungen – am häufigsten affektive Störungen – litten 52,4 % der Patienten, 35,3 % erhielten weitere Medikamente (vor allem Antidepressiva und Neuroleptika) und 21,8 % erhielten eine Psychotherapie. Fast drei Viertel der Patienten ging es gemäß Arzturteil bei der zweiten Visite „viel

besser“ oder „sehr viel besser“ (Abb. 1). Eine logistische Regressionsanalyse ergab, dass das Alter, die Krankheitsschwere sowie komorbide affektive Störungen den Therapieerfolg beeinträchtigen können. Es traten keine außer den in randomisierten Studien beobachteten Nebenwirkungen auf. Überrascht zeigte sich Rösler von der unter Alltagsbedingungen verwendeten geringen mittleren Dosis von  $35,8 \pm 17,0$  mg/Tag. Hier seien die Kollegen offenbar schon bei recht geringen Dosierungen mit dem Behandlungserfolg zufrieden gewesen. Grundsätzlich sei aber auch zu prüfen, ob mit einer höheren Dosierung noch stärkere Verbesserungen erreicht werden können. In den Zulassungsstudien wurden im Mittel  $41,2 \pm 18,2$  mg/d oder  $66,0 \pm 20,0$  mg/d gegeben. Laut Fachinformation soll eine Tageshöchstdosis von 80 mg nicht überschritten werden. Professor Alexandra Philipsen, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universität Oldenburg, empfahl, die Therapie auf zwei Einzeldosen am Tag zu verteilen und mit 5–10 mg/Tag zu beginnen. Je nach Effekt und etwaigen Nebenwirkungen könne man alle sieben Tage um 5–10 mg/Tag steigern. Sie riet dazu, MPH auszudosieren, also etwa 0,5–1,0 mg/kg KG anzustreben, Verträglichkeit vorausgesetzt.

Dr. Gunter Freese, Springer Medizin

Satellitensymposium „Praktische Aspekte in der medikamentösen Therapie der ADHS“, DGPPN-Kongress 2014 in Berlin, 28.11.2014; Veranstalter: Medice Pharma

Medizinischer Bericht zur Kohortenstudie IDEA (Juli 2014)

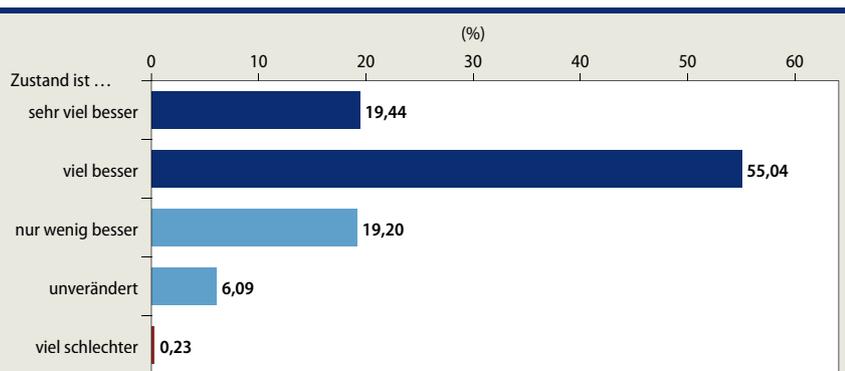


Abb. 1: Zustandsänderung im Arzturteil (Clinical Global Impression, CGI) bei Visite 2 der Beobachtungsstudie IDEA

## Markteintritt für Therapie bei Duchenne-Muskeldystrophie

— Ataluren (Translarna™) ist seit dem 1. Dezember 2014 in Deutschland erhältlich. Die erste kausale Therapie zur Behandlung von Duchenne-Muskeldystrophie mit Nonsense-Mutation (nmDMD) bei gehfähigen Patienten im Alter ab fünf Jahren erhielt aufgrund der Schwere der Krankheit und des bislang ungedeckten Therapiebedarfs die bedingte Marktzulassung in der EU.

Nach Informationen von PTC Therapeutics

## Dopamin-Agonist als Retardtablette

— Ab sofort bietet Hexal das Präparat Pramipexol HEXAL® als Retardtabletten an. Die Retardtabletten sind bioäquivalent und indikationsgleich zum Erstanbieterpräparat Sifrol® Retardtabletten.

Nach Informationen von Hexal

## MS-Therapie mit weniger Injektionen

— Teva erhielt im Rahmen des dezentralisierten Verfahrens für seine neue Formulierung von Glatirameracetat, Copaxone® 40 mg/ml dreimal wöchentlich, zur Behandlung von Erwachsenen mit schubförmig remittierender multipler Sklerose (RRMS) eine positive Entscheidung. Die Formulierung Copaxone® 40 mg/ml dreimal wöchentlich ermöglicht ein besseres, weniger häufiges, subkutanes Dosierungsregime für Erwachsene mit RRMS. Die neue Formulierung senkt die Anzahl der Injektionen um beinahe 60 %, wobei die bekannten Vorteile von einmal täglichem Copaxone® 20 mg/ml erhalten bleiben

Nach Informationen von TEVA

## Generikum bei Schizophrenie

— Mit der Einführung von Aripiprazol Glenmark steht jetzt eine weitere, qualitativ hochwertige Therapiealternative zur Behandlung von Schizophrenie mit einem Preisvorteil gegenüber dem Erstanbieterpräparat zur Verfügung.

Nach Informationen von Glenmark

# Journal

## Das Gutachten

### Johannes Mario Simmels Schauspiel „Der Schulfreund“

Ludwig II., Gustl Mollat, Cornelius Gurlitt: Wenige Namen genügen, um zu zeigen, dass psychiatrische Gutachten im Laufe der Geschichte immer wieder für Aufsehen, kontroverse Diskussionen und politischen Zündstoff gesorgt haben, zumal psychiatrische Gutachten auch die Kraft haben, Lebensläufe entscheidend zu beeinflussen. Es liegt nahe, dass sich auch die Literatur dieses Phänomens angenommen hat. Ein besonders markantes, wengleich in unseren Tagen zu Unrecht vergessenes Beispiel stammt aus der Feder von Johannes Mario Simmel ...



Regisseur Robert Siodmak (l) beim Einrichten einer Szene des Films „Mein Schulfreund“ mit Heinz Rühmann (r), Alexander Golling (M), und Casta Löck (undatierte Aufnahme). Rühmann spielt die Rolle des Geldbriefträgers Ludwig Fuchs, der einst Hermann Göring zum Schulfreund hatte. Ein Brief an diesen Schulfreund in den dunklen Kriegstagen, der zum Frieden mahnen soll, bringt den kleinen Mann in eine Kette von ungewöhnlichen Verwicklungen.

## 70 Psychopathologie in Kunst & Literatur

### Ein „Simmel“ im heimischen

Bücherregal, eine kleine Kostbarkeit für die, die literarische Ahnung haben. Auch zahlreiche Bühnenstücke wie etwa „Der Schulfreund“ spiegeln Johannes Mario Simmels Intention. Er führt auf das glatte Parkett psychiatrischer Gutachten.

## 74 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

### Jeremy Holmes Skulpturen

in unterschiedlichen Größen lassen Visionen des ständigen in sich zurückkehrenden Prozesses von Werden und Vergehen im jungianischen Sinne wach werden. Seine Rauminstallationen erzeugen ein verändertes Raumgefühl.

**D**as in einem Autorenwettbewerb des Nationaltheaters Mannheim preisgekrönte Bühnenstück „Der Schulfreund“ von Johannes Mario Simmel, ein Schauspiel in zwölf Bildern, erschien 1959 im Hamburger Rowohlt Verlag und wurde am 26. Februar 1959 im Nationaltheater Mannheim mit Kurt Hübner in der Hauptrolle uraufgeführt. Schon ein Jahr später wurde das Stück unter dem leicht veränderten Titel „Mein Schulfreund“ mit prominenten Schauspielern wie Heinz Rühmann (Hauptrolle), Robert Graf, Ernst Schröder, Mario Adorf, Alexander Kerst und Wolfgang Reichmann unter der Regie von Robert Siodmak verfilmt, der 1957 schon „Nachts wenn der Teufel kam“ gedreht hatte. In einer späteren Fernsehaufführung spielte Rudolf Vogel den Geldbriefträger Ludwig Fuchs.

### Alles beginnt mit einem Brief an Hermann Göring

Das Online-Lexikon Wikipedia fasst den Inhalt der Verfilmung wie folgt zusammen: „München im Jahr 1944: Der Geldbriefträger Ludwig Fuchs hat gerade miterlebt, wie der Freund seiner Tochter bei einem Luftangriff ums Leben gekommen ist. Seine Wohnung ist zerstört, und der tägliche Bombenalarm raubt die letzten Kräfte. So schreibt er einen Brief an Hermann Göring und bittet ihn, den sinnlosen und sowieso schon verlorenen Krieg endlich zu beenden. Göring und er waren früher Schulfreunde. Der Brief wird in Görings Vor-

zimmer von Hauptmann Sander und Hauptmann Kühn geöffnet und Fuchs daraufhin als „Politischer“ verhaftet, so wie später zum Psychiater geschickt. Obwohl Professor Strohbach ihn als vollkommen gesund einstuft, wird Fuchs auf Geheiß Görings für unzurechnungsfähig erklärt, da ihn nur dies vor der Hinrichtung bewahren kann. Strohbach stellt die nun falsche Diagnose, woraufhin sein ihm untergeordneter Kollege Dr. Lerch eine offizielle Beschwerde gegen Strohbach einreicht. Als „Geisteskranker“ darf Fuchs nun nicht mehr als Geldbriefträger arbeiten.

### Aufhebung aussichtslos

Der Krieg ist vorbei. Fuchs will die damals falsche Diagnose aufheben lassen und wieder arbeiten, schließlich ist er in Wirklichkeit vollkommen gesund. Ein erstes neues Gutachten scheidet daran, dass der unerfahrene Psychiater die Diagnose des ausgewiesenen Fachmannes Professor Strohbach sich nicht infrage zu stellen getraut. Fuchs braucht nun einen Zeugen, der in den damaligen Fall verwickelt war. Göring ist tot, und Strohbach wurde in der amerikanischen Besatzungszone zu zehn Jahren Haft verurteilt, weil er zahlreiche Anträge auf Sterilisation Geisteskranker, die Dr. Lerch gestellt hatte, als sein Vorgesetzter unterzeichnen musste. Er weigert sich, im Fall Fuchs auszusagen, weil er jede Aussage unterzeichnen müsse, dies aber nach seinen Erfahrungen nicht mehr könne. Weitere Jahre vergehen.

Dr. Lerch kehrt aus sowjetischer Kriegsgefangenschaft heim und verweigert jede Aussage: Damals hatte er sich gegen Professor Strohbach gestellt und war dafür an die Front strafversetzt worden. Die anschließende Kriegsgefangenschaft machte ihn zu einem Krüppel, so dass er nun keinen Grund sieht, die Sache, für die er so sehr büßen musste, zu widerrufen. Hauptmann Sander, der damals Görings Intervenierungsschreiben überbracht hatte und die wahren Verhältnisse kennt, würde Fuchs gerne helfen, doch verstirbt er plötzlich kurz vor seiner Aussage.

### Ausgetrickst

Im Jahr 1958 ist Fuchs dem Selbstmord nahe, da selbst Sanders Arbeitskollege Kühn nicht helfen will: Obwohl er die Wahrheit kennt, will dieser seine eigene Stellung nicht mit einer Diskussion um seine damals hohe Position im NS-Machtapparat gefährden und gibt vor, den Fall Fuchs nicht zu kennen. Zusammen mit seiner Tochter nach Amerika ausreisen kann Fuchs auch nicht, da das Land keine psychisch Erkrankten einreisen lässt. Erst sein Rechtsanwalt findet die Lösung: Fuchs spielt auf seiner Poststelle tatsächlich verrückt, verschüttet Tinte und zerstört Scheiben. Er wird verhaftet und – nachdem der Anwalt das Attest aus dem Jahr 1944 vorgelegt hat – neu untersucht. Die Untersuchung ergibt eine vollkommene geistige Gesundheit. Die Post zahlt ihm den entgangenen Sold seit 1944 nach, und doch bleibt

ein Wermutstropfen: Fuchs darf auch jetzt nicht ins Ausland verreisen, da er nun vorbestraft ist.“

### Kontroverse Filmbewertung

Während „Der Spiegel“ der Ansicht war, der Stoff würde durch das Aufpfropfen von „Randglossen über Psychopathen, Wirtschaftswundergrößen, US-Einwanderungsbestimmungen und anderen Zeitphänomenen“ überfrachtet, so dass der Held (ein hier durchaus fragwürdiger Begriff) „weniger als Opfer der politischen Zeitläufte denn einer Kette dummer Zufälle“ erscheine, erkannte das „Lexikon des Internationalen Film“ Siodmasks Arbeit als „zeitkritischen Komödienversuch“ an, der „formal über dem deutschen Durchschnitt“ liege. Bemerkenswert ist jedoch, dass es ein Autor des zur damaligen Zeit noch ästhetisch („Schmutz“) und moralisch („Schund“) diskreditierten Unterhaltungsgenres ist, der sich des politisch brisanten Stoffes annimmt und versucht, ihn mit Hilfe von Identifikationsfiguren (Briefträger; Heinz Rühmann) in den Zeitgeist einzubetten. Die Diskussion um die Nazi-Vergangenheit und die fragwürdigen Nachwirkungen nationalsozialistischer Rechtsprechung waren 1959 noch in erheblichem Maße unterentwickelt. Der erste Auschwitz-Prozess fand erst 1963 bis 1965 statt. Insbesondere die Aufarbeitung der Involvierung deutscher Justiz in den Nationalsozialismus steckte 1959 gerade einmal in den Kinderschuhen. Man denke beispielsweise an den Marinerichter Dr. Filbinger oder bedenke, dass erst 1997, im Sterbejahr der Witwe von Roland Freisler, durch eine Änderung des Bundesversorgungsgesetzes für Kriegsgeschädigte, die während der Herrschaft des Nationalsozialismus gegen die Grundsätze der Menschlichkeit oder der Rechtsstaatlichkeit verstoßen hatten, sowie für deren Hinterbliebene eine Versorgung ausgeschlossen wurde.

### Wem Unrecht widerfährt, muss Recht geschehen

Schon in den 1960er-Jahren hat man Johannes Mario Simmel Unrecht getan, indem man ihn bis in die späten 1980er-Jahre hinein als Trivialautor, Bestseller-fabrikanten oder pseudoliterarischen Fließbandschreiber geschmäht hat. Die

Literaturkritik hat Simmel, sofern sie ihn überhaupt wahrgenommen hat, zuverlässig abgewertet, die Literaturwissenschaft sein Werk bestenfalls als Negativbeispiel oder Übungsleiche für literatursoziologische Fragen zur Erzähl- und Verkaufsstrategie zur Kenntnis genommen. Erst ein dynamisierter Textbegriff, der die unhaltbare Unterscheidung von U- und E-Literatur infrage gestellt hat, machte auch eine Neubewertung von Simmels Werk möglich. Auflagenerfolge waren nicht länger zwingende Argumente gegen vermeintlich miserable literarische Qualität. Immerhin attestierte Marcel Reich-Ranicki, Simmel habe, „wie kaum ein anderer zeitgenössischer Autor einen fabelhaften Blick für Themen, Probleme, Motive.“

Erst mit der Umwertung von Simmels Romanen begann auch ein zunehmendes Interesse an der Biografie des Autors. Erstaunt stellte man fest, dass der österreichische Schriftsteller der Sohn eines jüdischen Chemikers war und fast alle seine Verwandten väterlicherseits von den Nazis ermordet worden waren. Simmel selbst war ausgebildeter Chemieingenieur, der nach dem Krieg als Journalist, Übersetzer und Dolmetscher arbeitete. Schon 1947 debütierte er mit einer Novellensammlung mit dem Titel „Begegnung im Nebel“ und war als Feuilletonist, Kulturredakteur und Filmkritiker in Wien tätig. 1950 zog er nach München und schrieb Reisereportagen für die Illustrierte „Quick“. In diese Zeit fällt auch seine Tätigkeit als Verfasser von Tatsachenberichten und Serienromanen, die er unter wechselnden Pseudonymen veröffentlichte.

Mit Arbeiten für den Film ließ sich gutes Geld verdienen, und so entstanden zwischen 1951 und 1960, auch in Zusammenarbeit mit anderen Autoren über 20 Drehbücher. Einer von Simmels Co-Autoren war Herbert Reinecker, bekannt geworden als Drehbuchautor von Edgar-Wallace-Filmen und Fernsehserien wie „Der Kommissar“, „Derrick“, „Siska“ und „Das Traumschiff“, ehemaliger Kriegsberichterstatter in einer Propagandakompanie der Waffen-SS, Hauptschriftleiter der HJ-Zeitschriften „Der Pimpf“ und „Junge Welt“ und am 5. April 1945 Verfasser des letzten Leitartikels der SS-Zeitung „Das Schwarze Korps“.

### Ein Bestseller folgt dem anderen

Der große Durchbruch zum endgültigen Erfolg kam für Simmel mit der „Quick“-Serie „Es muss nicht immer Kaviar sein“ (1960). Doch während Simmel Roman um Roman vorlegte, vom Lesepublikum begeistert angenommen und von der Kritik ignoriert wurde, entwickelte er seine an Graham Greene und George Simenon geschulte Arbeitsmethode, die darin bestand, im Gewand des Unterhaltungsromans aktuelle gesellschaftspolitische Themen aufzugreifen und darzustellen. Er befasste sich mit Drogenhandel ebenso wie mit Genmanipulation, Rassismus, Nazivergangenheit, behinderten Kindern, Finanzmanipulation, Berliner Mauer und Kaltem Krieg. Seine Romane waren detailgenau recherchiert, Schauplätze und Milieu präzise erarbeitet, denn Simmel beherrschte sein journalistisches Handwerk. Auf seine Ortsangaben war ebenso Verlass wie auf seine Kochrezepte, die Straßennamen stimmten wie Eisenbahn- und Flugverbindungen. Das erhöhte die Glaubwürdigkeit und Authentizität der jeweiligen Themen; eine Portion Erotik gehörte zur Verpackung ebenso wie eine gut nachvollziehbare, spannend aufgebaute Story. Sie alle hatten ein gemeinsames Ziel: Es hieß politische Aufklärung. Die Bücher wurden Bestseller, obwohl oder weil sie überhaupt keine Bestseller-Themen aufgriffen und keine Bestseller-Helden schilderten: Es waren vielmehr „Anti-themen mit Antihelden“, wie Simmel selbst in einem Fernsehinterview mit Joachim Fuchsberger erklärte. Wie seine Vorbilder, so wählte auch Simmel die sogenannten A-Themen wie Agenten, Anwälte, Asoziale, Alkoholiker. Doch ein Thema fehlte daneben nie: der Nationalsozialismus. Letztlich betrieb Simmel, der sich als „fröhlicher Pessimist“ verstand und erfolgreich einen Alkoholentzug überstanden hat, was auch den Erfolg von Greene und Simenon ausgemacht hatte: Er vermischte Fiktion und Fakten zu dem, was Norman Mailer einst „faction“ nannte.

Johannes Mario Simmel war der Autor von 35 Romanen, Erzählungsbänden, Kinderbüchern mit einer Gesamtauflage von etwa 75 Millionen verkaufter, in mehr als 30 Sprachen übersetzter Exemplare. Darunter so berühmte Titel wie

„Mich wundert, dass ich so fröhlich bin“ (1949); „Gott schützt die Liebenden“ (1957); „Affäre Nina B.“ (1958); „Bis zur bitteren Neige“ (1962); „Liebe ist nur ein Wort“ (1963); „Lieb Vaterland magst ruhig sein“ (1965); „Und Jimmy ging zum Regenbogen“ (1970); „Der Stoff, aus dem die Träume sind“ (1971); „Die Antwort kennt nur der Wind“ (1973); „Doch mit den Clowns kamen die Tränen“ (1987) oder „Liebe ist die letzte Brücke“ (1990).

Johannes Mario Simmel, dem mit zahlreichen Ehrungen schließlich doch noch Gerechtigkeit widerfuhr, war zeit seines Lebens ein engagierter Pazifist und im persönlichen Umgang ein wohltuend bescheidener, fast schüchterner, sachlich jedoch ungemein kompetenter Gesprächspartner. Zuletzt lebte der Mann, „der der alten Bundesrepublik die Albträume schrieb“ (FAZ), oberhalb des Zuger Sees in der Schweiz. Der Journalist Volker Weidermann, der Simmel dort 2007 besuchte, schrieb: „Er ist in seinen Büchern immer eher in den Apokalypsen zu Hause gewesen, im politischen Kampf, in der radikalen Aufklärung. Atomtod, Gentechnik, Computerwahn, Umweltzerstörung und immer wieder die Nazis, das ist das Unheilspanorama der Bücher von Johannes Mario Simmel, die im letzten Jahrhundert Weltbestseller waren und jetzt in den meisten Buchhandlungen nicht mehr vorrätig sind. Obwohl die Ängste vielfach noch die gleichen sind. Und obwohl, wenn man heute etwa seinen ebenso visionären wie spannenden Roman „Mit den Clowns kamen die Tränen“ über die Gefahren der Gentechnologie oder andere Werke wieder liest, haben diese Bücher fast nichts von ihrem Glanz verloren.“ Und Weidermann bestätigt, was die Moralwächter des Guten, Schönen, Wahren lange nicht wahrhaben wollten, wenn sie vom „Simmel-Schund“ sprachen: „Legendär seine Briefe und Schecks an Diktatoren, um gefolterte und inhaftierte Kollegen freizubekommen, sein Kampf gegen die Umweltzerstörung und vor allem und immer wieder gegen die Nazis.“ Johannes Mario Simmel starb im Alter von 83 Jahren am 1. Januar 2007 in Luzern. Es war der 99. Geburtstag seiner Romanfigur Thomas Lieven, dem Helden aus „Es muss nicht immer Kaviar sein“, als dessen Geburtstag der 1. Jänner 1910 gilt. Im Keller hat-

te Simmel übrigens noch 20 Schreibmaschinen vom Typ „Gabriele“, von denen er pro Roman nach eigener Aussage wenigstens eine verschlissen hat.

### Der zentrale Gedanke des Bühnenstücks „Der Schulfreund“

Der zentrale Gedanke von Simmels Stück „Der Schulfreund“ ist neben der fatalen Wirkung eines psychiatrischen Gutachtens die Geschichtlichkeit des Gutachtens, deren Dynamik den Lebensweg des begutachteten Geldbriefträgers Fuchs bestimmt. Was gestern noch als richtig galt, erweist sich heute aufgrund veränderter historischer Umstände als falsch. Zum Schutze des Geldbriefträgers und auf höhere Anweisung gutachtet der Psychiater Professor Strohbach wider besseres Wissen und gegen die Diagnose seines Oberarztes Dr. Lerch „positiv“. So bekommt der Verfasser des Briefes an Göring seinen „Jagdschein“, der ihn vor dem Volksgerichtshof bewahrt. Simmel zeigt dadurch zugleich auf anschauliche Weise, dass jedes Gutachten nicht nur käuflich ist beziehungsweise „von Oben“ befohlen werden kann, sondern auch einen hohen Anteil an Interpretationsspielraum enthält, zu der auch die hierarchische Position des Gutachters im geschichtlich gerade aktuellen System gehört. Gut gemeint ist aber in diesem Falle „das Gegenteil von Kunst“, wie Gottfried Benn gesagt hätte. Mit anderen Worten: Simmel verweist mit „Mein Schulfreund“ neben der ideologischen Komponente (Ideologie: die herrschenden Ideen sind die Ideen der Herrschenden) auf die hermeneutische Dimension psychiatrischer Gutachten, die freilich in unserer Wirklichkeit wenig Beachtung findet, wie die jüngste Expertenpublikation von Cording/Nedopil mit dem Titel „Psychiatrische Gutachten im Zivilrecht“ (2014) zeigt. Dieses „Handbuch für die Praxis“ umgeht mit routinierter Vorwort-Rhetorik eine tiefergehende methodologische Diskussion der Historizität der eigenen Vorgehensweise. Das Gutachten-Parkett ist glatt, und semantische Felder sind nicht nur weit und tief, sondern auch doppelbödig. Es ist deshalb schon ein wenig enttäuschend zu lesen, wie etwa kreative Wortspiele pathologisiert, Sprache nur im Störfall und lebensgeschichtliche Kontexte so gut wie gar

nicht vorkommen, während die selbst ihrer Geschichtlichkeit unterworfenen Paragrafen des Zivilrechts und ICD-Kriterien brav „abgearbeitet“ werden. Der zum „Probanden“ gewordene Mensch in seiner lebensgeschichtlichen Komplexität wird dahinter bestenfalls schemenhaft sichtbar. Ohne diese Dimension aber gibt es keine überzeugende Wissenschaftlichkeit. Beispielsweise sollen Gutachten auf der Grundlage schriftsprachlicher Zeugnisse erstellt werden, ohne dass je über deren Linguistizität, Literarizität oder individualsemantische Kodifizierung nachgedacht wird.

Freilich: Wer den Stempel hat, sagt Johann Gottfried Seume, der schlägt die Münze. Das Argumentationsinstrumentarium der Exegese eines komplexen Geschehens wird – im Gegensatz zum literarischen Beispiel – keiner hinreichenden hermeneutisch-methodologischen Reflexion unterzogen, sondern gibt sich mit postulierter Axiomatik zufrieden, die als ahistorisch verstanden wird. Eine nicht nur kategoriale, sondern verstehende Psychiatrie wird nicht auf die Würdigung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge verzichten wollen, wie sie beispielsweise Albert Zacher in seiner Würzburger Habilitationsschrift in ihrer Bedeutung für Psychiatrie und Psychotherapie herausgearbeitet hat. Im sich beschleunigenden Wandel wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Leitparadigmen wären überdies selbstreflektorische Denkpausen wünschenswert, in denen die Reflexionspotenziale der gutachtenden Psychiatrie im Kontext von Medizin und Recht dem bloßen „Funktionieren“ entgegenwirkten.

Man möchte psychiatrischen Gutachtern an der Schnittstelle von Empirie und Hermeneutik zur Erlangung eines kritischen methodologischen Bewusstseins nicht nur ein intensives Studium der Literatur, sondern vor allem eine gründliche Gadamer-Lektüre („Wahrheit und Methode“) wünschen, eingedenk des Brecht-Gedichts „Der Zweifler“, wo es heißt: „Wie handelt man, wenn man euch glaubt, was ihr sagt.“ □

#### LITERATUR BEIM VERFASSER

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

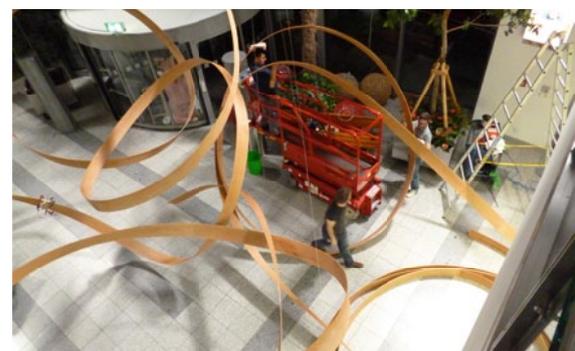
# Jeremy Holmes

## Raumgreifende Holzskulpturen

Viele Bildhauer dieser Zeit wollen nicht mehr ausschließlich Skulpturen schaffen, die als kleine oder größere Einzelkunstwerke im Raum oder im Freien stehend zur Betrachtung einladen. Vielmehr sollen sie eine Verbindung mit dem Raum, der sie enthält, eingehen, diesen in seiner Gesamtheit beeinflussen und dadurch auf das Raumerleben all derer, die mit diesem Raumkunstwerk in Verbindung kommen (Passanten, Käufer, Hotelgäste, Reisende) Einfluss nehmen. Diese brillante Idee Jeremy Holmes', eines 1984 in Coopers-town, NY/USA, geborenen Bildhauers, der 2007 mit dem Bachelor of Fine Arts Skulptur die New York State University verließ, seither in Ithaca NY lebt und arbeitet, funktioniert.



„INFINITE“ im Donaeinkaufszentrum in Regensburg. Aufwendige Montage mit großem Effekt.





Aus der Serie „ATMOSPHERE“, #40 – #48



„CONTINUED CONVERSATIONS“

Eine der großen Rauminstallationen von Jeremy Holmes befindet sich im Donau Einkaufszentrum in Regensburg. INFINITE hat der Künstler sie betitelt. Auch dem Betrachter, besser gesagt demjenigen, der diese Skulptur während seines Einkaufes immer wieder aus unterschiedlichsten Perspektiven erlebt, drängt sich diese Bezeichnung auf, findet sein Blick doch weder Anfang noch Ende des in sich geschlungenen so leicht und grazil wirkenden Holzbandes. Eindrucksvoll ist es, sich diesem Erleben auszusetzen, vor allem, wenn man den nun durch die Installation in sich neu geschaffenen „Raum“ von vorher kennt. Das Kunstwerk irritiert zunächst, erfordert ihrer raumverdrängenden und -anspruchnehmenden Körperhaftigkeit wegen, sich anders zu bewegen als zuvor. Es geht gar nicht anders, als die Schritte zu verlangsamen, die reine Zielgerichtetheit aufzugeben, also sich so von der stillen Bewegtheit der Skulptur einfangen zu lassen.

Holmes beschreibt auf seiner Website, wie seine Skulpturen, die er selbst als dreidimensionale Linienzeichnungen im Raum sieht, zustande kommen: Unter Zuhilfenahme traditioneller Holzbearbeitungstechniken fertige er zunächst dünne Holzplanken, die er schließlich in Wasser tauche, damit „einweiche“ und dann mit Hilfe einer Methode, mit der sich diese Planken in freier Form biegen ließen, zu abstrakten Gestalten in sich verschlinge und verdrehe. Nach dem Trocknen des Holzes könne er die geschaffenen Teilfiguren abschließend fertig bearbeiten und sie zu Gesamtgebilden zusammenfügen. Dadurch erwachsen sowohl kleine als auch große Skulpturen, die mit den Räumen, in denen sie sich befänden, kontrastierten. Durch die Art, in der sich seine künstlerischen Arbeiten über den Fußboden, die Decken und die Wände „winden“, werde der Betrachter auf das gesamte Volumen eines Raumes in neuer Weise aufmerksam gemacht.

### Die Wirkung

Erzeugen die großen Skulpturen von Jeremy Holmes und seine Rauminstallationen ein verändertes Raumgefühl, so wecken die kleineren (die meisten davon circa 40 Zentimeter bis einen Meter hoch) Assoziationen von rasanter Drehung, von innerer Verbundenheit, Endlosigkeit, Schwung und tänzerischem Anmut. Sie lassen Visionen des ständigen in sich zurückkehrenden Prozesses von Werden und Vergehen im jungianischen Sinne wach werden.

Die künstlerische Spannung dieser Objekte entsteht wohl vor allem durch den Kontrast zwischen der dem Holz eigentlich inhärenten Sprödigkeit und den scheinbar mühelos geschaffenen Windungen, Spiralen, Schleifen, Kurvungen sowie diesem schwerelosen und anstrengungslosen in sich Zurückkehren. Besondere Effekte entstehen auch durch unterschiedliche Farbigkeit, wenn der Künstler Skulpturen in natürlichem hellem Holzbraun belässt oder sie dunkelbraun oder anthrazit beizt. Manche Skulpturen gewinnen ihre besondere ästhetische Wirkung dadurch, dass die eine Seite der dünnen Holzplanken hell, die andere dunkel gefärbt ist.

Jeremy Holmes hat an vielen Einzel- und Gruppenausstellungen in den USA mitgewirkt. Der Galerie Isabelle Lesmeister in Regensburg kommt das Verdienst zu, Holmes in Deutschland in Ausstellungen und auf Messen zu präsentieren. □

---

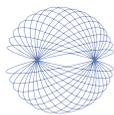
### AUTOR

PD Dr. med. A. Zacher, Regensburg

Mit freundlicher Genehmigung der Galerie Isabelle Lesmeister, Regensburg

| Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2015  |  |  |
|--|--|--|
| Datum / Zeit / Ort   | Landesverband / Titel / Themen   | Anmeldung  |
| 18.4.2015<br>9.00 – 16.00 Uhr<br>Köln, Park Inn City West<br>Innere Kanalstr. 15   | <b>BVDN, BDN, Neurologen- und Psychiatertag 2015</b><br><b>BVDP Bundesverbände:</b> mit Mitgliederversammlung<br>„Kooperative Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen“  | Cortex Management GmbH<br>Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld<br>Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925<br>E-Mail: bvdn.bund@t-online.de   |
| 25.4.2015<br>9.30 – 16.00 Uhr, Avena<br>Park-Hotel, Görlitzer Str.<br>51, Nürnberg<br><b>CME-Punkte</b>  | <b>BVDN Bayern: Differenzialdiagnostik und Therapie der Demenzen – Neue Wirtschaftlichkeitsprüfung Arzneimittel nach Wirkstoffen</b><br>Fortbildung, Mitgliederversammlung   | Athene Akademie, Nadya Daoud<br>Traubengasse 15, 97072 Würzburg<br>Tel.: 0931 2055526, Fax: 2055525  |
| 26. + 27.2.2015 – Teil 1<br><br>26. + 27.3.2015 – Teil 2<br><br><br><br>23. + 24.4.2015<br>29. + 30.10.2015<br>12. + 13.11.2015 – Teil 1<br>3. + 4.12.2015 – Teil 2<br>jeweils in Hannover                                       | <b>Seminare Coaching-Kompetenz für Fachärzte:</b><br><b>Seminar Coaching-Ausbildung „Coach BVDN“ – Teil 1 und 2</b><br><i>Seminarziele:</i> Optimierung der Behandlungsmaßnahmen bei psychischen Problemen im Arbeitsleben; Erlernen von Coaching-Kompetenzen, durch die Aufgabenfelder bei weiteren Institutionen wie Rententrägern, Berufsgenossenschaften und Unternehmen generiert werden können, etwa im Bereich betrieblicher Prävention. Erlernen von Methoden zur systemischen Karriere- und Strategieentwicklung weiterhin auch zur Förderung der Work-Life-Balance. Entwicklung eines eigenen Coaching-Konzeptes. Siehe auch www.BVDN.de, Coach BVDN<br><i>Referentin:</i> Dr. med. Annette Haver<br><b>Seminar – Teil 3: „Organisationsaufstellung“</b><br><b>Seminar – Teil 4: „Das Arbeiten mit dem Inneren Team“</b><br><b>Seminar Coaching-Ausbildung „Coach BVDN“ – Teil 1 und 2</b> | Cortex-Geschäftsstelle, 47829 Krefeld<br>Tel.: 02151 4546-920, Fax: 02151 4546-925<br>E-Mail: bvdn.bund@t-online.de  |
| 14.3.2015<br>11.7.2015<br>19.9.2015<br>in Lörrach  | <b>Interpersonelle Therapie Ausbildung zum zertifizierten Therapeuten</b><br>Seminare für BVDN-Mitglieder Baden-Württemberg 2015/2016<br>Organisation/Planung Dr. Eckhard Danegger, IPT-Therapeut  | Athene Akademie, Nadya Daoud<br>Traubengasse 15, 97072 Würzburg<br>Tel.: 0931 2055526, Fax: 2055525  |
| Fortbildungsveranstaltungen 2015   |  |  |
| 24. – 27.2.2015<br>CCD Congress Center<br>Düsseldorf, Stockumer<br>Kirchstr. 61  | <b>59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e. V.</b>   | MCI Deutschland GmbH, MCI – Berlin Office<br>Markgrafenstr. 56, 10117 Berlin<br>Tel.: 030 204590, Fax: 030 2045950<br>E-Mail: gth@mci-group.com,   |
| 25. – 27.2.2015<br>Klinik für Psychiatrie<br>der Ludwig-Maximilians-<br>Universität München<br>Hörsaal, EEG-Labor<br>Nußbaumstr. 7<br><b>21 CME-Punkte</b>   | <b>49. Münchner EEG-Tage</b><br>Forum für Fortbildung und Wissenschaft in<br>Klinischer Neurophysiologie und Funktioneller Bildgebung<br><i>Themen:</i> Grundlagen der Neurophysiologie und Funktionellen Bildgebung und deren klinische Anwendung in Neurologie, Psychiatrie und Pädiatrie, wissenschaftliche Bedeutung der Kombination neurophysiologischer und bildgebender Verfahren, EEG-Kurs, TMS-Workshop   | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie<br>Abteilung für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung<br>Ludwig-Maximilians-Universität München<br>Sekretariat, Fr. Hartmann<br>Nußbaumstr. 7, 80336 München<br>Tel.: 089 4400-55541, Fax: 089 4400-55542<br>E-Mail: anmeldung@eeg-tage.de |
| 27. – 28.2.2015<br>Christian-Doppler-Klinik,<br>Universitätsklinik für<br>Neurochirurgie, Hörsaal<br>der Gerichtsmedizin<br>Paracelsus Medizinische<br>Privatuniversität Salzburg<br>Ignaz-Harrer-Str. 79<br>Salzburg/Österreich | <b>44. Jahrestagung der Sektion Mikroneurochirurgie und Neuroanatomie der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)</b>   | Conventus Congressmanagement &<br>Marketing GmbH, Claudia Voigtmann<br>Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena<br>Tel.: 03641 3116-335, Fax: 03641 3116-243<br>E-Mail: claudia.voigtmann@conventus.de<br>www.conventus.de   |

| Fortbildungsveranstaltungen 2015  |   |   |
|---|---|---|
| 4. – 6.3.2014<br>Essen, Haus der Technik<br>Hollestr. 1   | <b>XII. DGGPP-Kongress</b><br>Gerontopsychiatrie 2015 – Multiprofessionell Denken und Handeln!  | DGGPP-Geschäftsstelle<br>Postfach 1366, 51675 Wiehl<br>Tel.: 02262 797683, Fax: 02262 99999-16<br>E-Mail: gs@dggpp.de   |
| 4. – 7.3.2015<br>LMU Ludwig-Maximilians-<br>Universität München<br>Geschwister-Scholl-Platz 1<br><b>CME-Punkte</b>      | <b>XXXIV. DGKJP-Kongress</b><br><b>Veränderte Gesellschaft – Veränderte Familien: Herausforderungen für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen</b><br>Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne<br>Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Uni-Klinikum München | CPO HANSER SERVICE, Büro Berlin<br>Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin<br>Tel.: 030 300 669 0, Fax: 030 300 669 50<br>E-Mail: dgkjp2015@cpo-hanser.de   |
| 6./7.3 2015<br>Mainz, Rheingoldhalle<br>Rheinstr. 66  | <b>7. Neuro Update</b><br>Das Neueste und Spannendste aus einem Jahr Forschung in nur zwei Tagen. Zusammengestellt und präsentiert von namhaften Experten aus 14 verschiedenen Fachbereichen der Neurologie.  | wikonect GmbH Wiesbaden<br>Tel.: 0611 949154-34, Fax: 0611 949154-99<br>E-Mail: update@wikonect.de  |
| 6. + 7.3.2015<br>Berlin<br>Kaiserin Friedrich-Haus<br>Robert-Koch-Platz 7<br><b>16 CME-Punkte</b>                       | <b>6. Internationales Schlaganfallsymposium</b>   | Kompetenznetz Schlaganfall (KNS)<br>Liane Clevert, Dr. Ulrike Lachmann,<br>Linda Faye Tidwell, Charité – Universitätsmedizin<br>Berlin, Campus Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin<br>Tel.: 030 450560-145, Fax: 030 450560-945<br>E-Mail: info@schlaganfallnetz.de |
| 13. – 15.3.2015<br>Deutsches Hygiene-<br>Museum Dresden<br>Lingnerplatz 1   | <b>Gemeinsame Frühjahrstagung AG Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. und AG Schlafmedizin und Schlafforschung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde</b>  | Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Mandy Wagner<br>Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena<br>Tel.: 03641 3116-160<br>E-Mail: registrierung@conventus.de<br>www.conventus.de   |
| 18.3.2015<br>13.00 – 17.00 Uhr, Berlin<br>Auditorium Friedrich-<br>straße, Friedrichstr. 180                            | <b>19. Hauptstadtsymposium der DGPPN</b><br>Traumatischer Stress und die Folgen: Herausforderung von psychischen Traumafolgestörungen an die Versorgung   | DGPPN-Geschäftsstelle<br>Wissenschaftliche Kongresskoordinatorin<br>Dipl.-Psych. Julie Holzhausen<br>Reinhardtstr. 27 B, 10117 Berlin<br>Tel.: 030 240477-218, Fax: 030 240477-229<br>E-Mail: j.holzhausen[at]dgppn.de  |
| 18. – 22.3.2015<br>Acropolis 1<br>Esplanade Kennedy Nice,<br>Nizza Cedex 4<br>Frankreich                                | <b>12<sup>th</sup> International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Diseases and Related Neurological Disorders (AD/PD 2015)</b>   | Kenes International Organizers of Congresses S.A.<br>Rue François-Versonnex 7<br>1207 Geneva, Switzerland<br>Tel.: +41 22 908 0488, Fax: +41 22 906 9140<br>E-Mail: adpd@kenes.com  |
| 19. – 21.3.2015<br>Eberhard-Karls-<br>Universität Tübingen<br>Hörsaalzentrum<br>Morgenstelle<br>Auf der Morgenstelle 16 | <b>59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN)</b><br>Bildgebung, Epileptologie und Neuromodulation   | Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Nadia Al-Hamadi/Justus G. Appelt<br>Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena<br>Tel.: 03641 3116-315, Fax: 03641 3116-243<br>E-Mail: dgkn@conventus.de<br>www.conventus.de   |
| 26. – 29.3.2015<br>InterContinental Hotel<br>Apaczai Csere J.U. 12 – 14<br>Budapest/Ungarn                              | <b>The 9<sup>th</sup> World Congress on Controversies in Neurology (CONy) 2015</b>  | ComtecMed<br>53, Rothschild Boulevard, PO Box 68<br>Tel Aviv, 6100001, Israel<br>Tel.: +972 3 5666166, Fax: +972 3 5666177<br>E-Mail: cony@comtecmed.com<br>www.comtecmed.com/cony  |
| 16. – 18.4.2015<br>Berlin, Estrel Hotel<br>Sonnenallee 225  | <b>9. Deutscher Parkinson-Kongress</b><br>Deutsche Parkinson Gesellschaft e. V.,<br>Schwerpunktgesellschaft der DGN<br><b>5. Deutscher Botulinumtoxin-Kongress</b><br>Arbeitskreis Botulinumtoxin e. V. der DGN   | CPO HANSER SERVICE GmbH<br>Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin<br>Tel.: 030 300669-0, Fax: 030 305669-40<br>E-Mail: dpg2015@cpo-hanser.de<br>akbtx2015@cpo-hanser.de  |



**BVDN**

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ [www.bvdn.de](http://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  
**Beisitzer:** Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler; Gereon Nelles, Köln

**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 Biedenkamp  
**Mecklenburg-Vorpommern:** Ramon Meißner, Frank Unger  
**Niedersachsen:** Norbert Mayer-Amberg  
**Nordrhein:** Frank Bergmann, Angelika Haus  
**Rheinland-Pfalz:** Günther Endrass  
**Saarland:** Helmut Storz  
**Sachsen:** Ulrike Bennemann  
**Sachsen-Anhalt:** Michael Schwalbe  
**Schleswig-Holstein:** Fritz König  
**Thüringen:** Volker Schmiedel  
**Westfalen:** Rüdiger Saßmannshausen

**Ansprechpartner für Themenfelder**

**EBM/GÖÄ:** Gunther Carl, Frank Bergmann  
**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

**Geschäftsstelle des BVDN**

D. Differt-Fritz  
 Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld  
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925  
 E-Mail: [bvdn.bund@t-online.de](mailto:bvdn.bund@t-online.de)  
**Bankverbindung:** Sparkasse Duisburg  
 IBAN DE 0435050000200229227,  
 BIC DUISDE 33 XXX  
**BVDN Homepage:** <http://www.bvdn.de>  
**Cortex GmbH** s. oben Geschäftsstelle BVDN



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ [www.neuroscout.de](http://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](http://www.bv-psychiater.de)

**Vorstand des BVDP**

**1. Vorsitzende:** Christa Roth-Sackenheim, Andernach  
**Stellvertretender Vorsitzender:** Christian Vogel, München  
**Schriftführer:** Sabine Köhler, Jena  
**Schatzmeister:** Oliver Binasch, 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

**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-Merkel  
**Hessen:** Thomas Briebach  
**Mecklenburg-Vorpommern:** Liane Hauk-Westerhoff  
**Niedersachsen:** Elisabeth Rehkopf  
**Nordrhein:** Uwe Meier  
**Rheinland-Pfalz:** Günther Endrass  
**Saarland:** Richard Rohrer  
**Sachsen:** Mario Meinig  
**Sachsen-Anhalt:** Michael Schwalbe  
**Schleswig-Holstein:** Uwe Meyer  
**Thüringen:** Dirk Neubert  
**Westfalen:** Martin Bauersachs

**Übende Verfahren – Psychotherapie:** Gerd Wermke

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

**BVDP-Landessprecher**

**Bayern:** Oliver Binasch, 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
- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen                          | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt                | <input type="checkbox"/> Facharzt   |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent                 | <input type="checkbox"/> Neurologe           | <input type="checkbox"/> Nervenarzt              | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ |  | <input type="checkbox"/> in MVZ tätig mit: _____ |                                     |

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: \_\_\_\_\_  
bei der \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

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                                |
|----------------------------|-------------------------------|------|-------------|---------------|---------------|---|
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BADEN-WÜRTTEMBERG</b>      |      |             |               |               |   |
| 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                  |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BAYERN</b>                 |      |             |               |               |   |
| 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. Kathrin Krome          | Bamberg                       | ja   | ÄK          | 0951 201404   | 0951 922014   | kathrin.krome@web.de                          |
| 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 |   |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BERLIN</b>                 |      |             |               |               |   |
| 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                    |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BRANDENBURG</b>            |      |             |               |               |   |
| 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            |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BREMEN</b>                 |      |             |               |               |   |
| Dr. U. Dölle               | Bremen                        | ja   | ÄK/KV       | 0421 667576   | 0421 664866   | u.doelle@t-online.de                          |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>HAMBURG</b>                |      |             |               |               |   |
| Dr. H. Ramm                | Hamburg                       | ja   | KV          | 040 245464    |               | hans.ramm@gmx.de                              |
| Dr. A. Rensch              | Hamburg                       | ja   | ÄK          | 040 6062230   | 040 60679576  | neurorensch@aol.com                           |
| Dr. R. Trettin             | Hamburg                       | ja   | ÄK          | 040434818     |               | dr.trettin@gmx.de                             |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>HESSEN</b>                 |      |             |               |               |   |
| 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                      |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>MECKLENBURG-VORPOMMERN</b> |      |             |               |               |   |
| Dr. L. Hauk-Westerhoff     | Rostock                       | ja   | ÄK          | 0381 37555222 | 0381 37555223 | liane.hauk-westerhoff@nervenaertze-rostock.de |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>NIEDERSACHSEN</b>          |      |             |               |               |   |
| Dr. R. Luebbe              | Osnabrück                     | ja   | KV          | 0541434748    |               | ralph.luebbe@gmx.de                           |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>NORDRHEIN</b>              |      |             |               |               |   |
| 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                        |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>RHEINLAND-PFALZ</b>        |      |             |               |               |   |
| 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. Figlesthaler        | 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                        |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SAARLAND</b>               |      |             |               |               |   |
| 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                                |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SACHSEN</b>                |      |             |               |               |   |
| Dr. M. Meinig              | Annaberg-B.                   | ja   | KV          | 03733672625   | 03733 672627  | mario.meinig@t-online.de                      |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SACHSEN-ANHALT</b>         |      |             |               |               |   |
| N.N.                       |                               |      |             |               |               |   |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SCHLESWIG-HOLSTEIN</b>     |      |             |               |               |   |
| Dr. U. Bannert             | Bad Segeberg                  | ja   | ÄK/KV       | 04551 969661  | 04551 969669  | Uwe.Bannert@kvsh.de                           |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>THÜRINGEN</b>              |      |             |               |               |   |
| Dr. K. Tinschert           | Jena                          | ja   | KV          | 03641 57444-4 | 03641 57444-0 | praxis@tinschert.de                           |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>WESTFALEN</b>              |      |             |               |               |   |
| Dr. V. Böttger             | Dortmund                      | ja   | KV          | 0231 515030   | 0231 411100   | boettger@AOL.com                              |
| Dr. C. Kramer              | Bielefeld                     | ja   | ÄK          | 0521 124091   | 0521 130697   |   |
| Dr. K. Gorsboth            | Warstein                      | ja   | ÄK          | 02902 97410   | 02902 97413   |   |
| Dr. A. Haver               | Gütersloh                     | ja   | ÄK          | 05241 16003   |               | annette.haver@t-online.de                     |

**Dr. Uwe Bannert**

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

**Dr. Martin Bauersachs**

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

**Dr. Gerd Benesch**

Bundesallee 95, 12161 Berlin  
Tel.: 030 3123783, Fax: -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. 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: carlgt@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

**Prof. Dr. Wolfgang Freund**

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

**Prof. Dr. Christian Gerloff**

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

**Dr. Heinrich Goossens-Merk**

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

**Dr. Holger Grehl**

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

**Prof. Dr. Rolf F. Hagenah**

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

**Dr. Liane Hauk-Westerhoff**

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

**Dr. Angelika Haus**

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

**Dr. Annette Haver**

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

**Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst**

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

**Dr. Guntram Hinz**

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

**Dr. Thomas Hug**

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

**Dr. Birgit Imdahl**

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

**Dr. Helfried Jacobs**

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

**Dr. Friedhelm Jungmann**

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

**Dr. Sabine Köhler**

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

**Dr. Fritz König**

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

**Dr. Thomas Krichenbauer**

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

**Dr. Christine Lehmann**

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

**Holger Marschner**

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

**Dr. Norbert Mayer-Amberg**

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

**Dr. Ramon Meißner**

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

**Dr. Uwe Meier**

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

**Christoph Meyer**

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

**Dr. Norbert Mönter**

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

**Prof. Dr. Gereon Nelles**

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

**Dirk Neubert**

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

**Dr. Martin Paul**

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

**Dipl. med. Delia Peschel**

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

**Dr. Walter Raffauf**

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

**Dr. Christian Raida**

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

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

**Dr. Christa Roth-Sackenheim**

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

**Dr. Greif Sander**

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

**Rüdiger Saßmannshausen**

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

**Babette Schmidt**

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

**Dr. Volker Schmiedel**

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

**Dr. Michael Schwalbe**

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

**Dr. Karl-Otto Sigel**

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

**Dr. Helmut Storz**

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

**Dirk 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. Klaus-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  
 E-Mail: sekretariat@dgppn.de  
 www.dgppn.de

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

Postfach 1366, 51675 Wiehl  
 Tel.: 02262 797683, Fax: -9999916  
 E-Mail: GS@dgppp.de  
 www.dgppp.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-medin.de

**Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse:** Die Urban & Vogel GmbH ist 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der 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

**Leitung Zeitschriften Redaktion:** Markus Seidl

**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. 17 vom 1.10.2014.

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

**Bezugspreise:** Einzelheft 25 €, Jahresabonnement 209 € (für Studenten/AIP: 125,40 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 31 €, Ausland 49 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 52 € 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 Fernsehübertragung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührensatzung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

**Druck:** Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Straße 33, 97080 Würzburg  
Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München, 2015  
ISSN 1436-123X



**LA-MED**  
geprüft Facharzt-Studie 2014



© Alexander.Raths / Fotolia.com

# Vorschau

Ausgabe 3/2015

## März

Erscheint am 16.3.2015

### Labordiagnostik in der Psychiatrie

Psychische Störungen können Folge aber auch Ursache körperlicher Erkrankungen sein. Aufgrund der somatischen Komorbidität und unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Psychopharmaka ist es heute notwendig, dass Psychiater über allgemeinmedizinische Basiskompetenzen verfügen. Der rationale Einsatz der Labordiagnostik bildet dabei eine wesentliche Säule.

### Palliativarbeit bei Hirntumoren

Bei malignen Hirntumoren empfiehlt sich eine frühzeitige palliative Begleitung. Mit einem gemeinsamen Behandlungskonzept können die erkrankten Menschen und deren Angehörige mit der belastenden Situation besser umgehen und entlastet werden.

### Suizidales Verhalten

Für Patienten mit Suizidversuch oder -absichten kann die kognitive Verhaltenstherapie eine effiziente Therapiestrategie sein, die das Verhaltensrepertoire modifiziert.