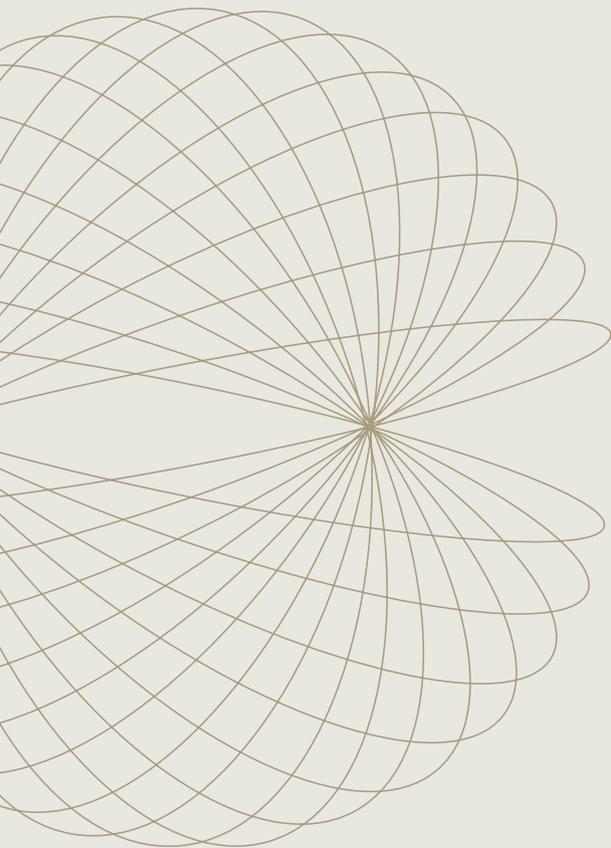


NEUROTRANSMITTER

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



BDN-Forum beim DGN-Kongress

**Hochwertige Patientenversorgung braucht
Transparenz**

Von „Helikoptereltern“ und „Burnout-Kids“

Überfördert oder überfordert?

Apoplex

Rettungshubschrauber im Flight for Stroke

CME: Affektive Störungen

**Depression und Angst nach Schlaganfall
und Schädel-Hirn-Trauma**

NeuroTransmitter-Telegramm 4/2015

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände
„Update EBM: Allgemeine Leistungen“



»In der Makro- wie auch in der Mikropolitik gilt: Interessen abgleichen und trotzdem die gemeinsamen großen Ziele konsentieren und verfolgen.«

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

WIR schaffen das!

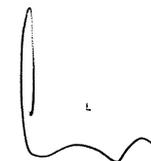
Wer kommt dieser Tage angesichts der politischen Herausforderungen durch den Flüchtlingsansturm nicht ins Grübeln? Im politischen Diskurs schwanken wir zwischen divergierenden politischen Positionen und Hilflosigkeit. Wohligen Gefühlen im Kontext einer Willkommenskultur stehen die Sorgen um die Gefahr einer Spaltung der Bevölkerung und den innenpolitischen Herausforderungen einer Flüchtlingswelle gegenüber. Die Kanzlerin hat mit dem „Wir schaffen das“ ein ungewohntes Machtwort gesprochen, das ein Kandidat für den Kanon legendärer Dreiwortsätze sein dürfte, ihr aber gleichzeitig möglicherweise zum Verhängnis werden könnte. Denn ein „Wir“ setzt den Willen der politischen Parteien, der Bundespolitiker und der Kommunen aber auch der europäischen Nationen voraus. Dies gilt im Großen, aber auch im Kleinen.

Unter dem Eindruck des DGN-Kongresses im September in Düsseldorf und der Länderdelegiertentagung des BVDN kurz darauf habe ich die großpolitische Wetterlage zum Anlass genommen, über unsere Aufstellung als Berufsverbände nachzudenken. Zunächst einige Fakten: Der Vorstand des BDN ist in Düsseldorf bestätigt worden. Entsprechend der BDN-Satzung wechselt der 1. und 2. Vorsitzende zwischen Niedergelassenem und Kliniker, 1. Vorsitzender ist jetzt Christian Gerloff. Praktisch sprechen wir hingegen stets von zwei Vorsitzenden des BDN, was unserem Selbstverständnis, die klinische und ambulante Neurologie zu vertreten, entspricht. Dieser Anspruch spiegelt sich auch in der Struktur des übrigen Vorstands wider. Wieder gewählt wurden Peter Berlit, der lange Vorsitzender der leitenden Krankenhaus-Neurologen war, sowie Heinz Wiendl und Elmar Busch. Auf ambulanter Seite wieder gewählt wurden Martin Delf, Frank Bergmann und als Vorstandsneuling Wolfgang Freund, bisher Landessprecher in Baden-Württemberg. Diese Vorstandsstruktur reflektiert nicht nur die Verschränkung zwischen Klinikern und Niedergelassenen, sondern auch zwischen BDN- und BVDN-Vorständen. Diese Verschränkung setzt sich auf der Länderebene über die Landessprecher fort, die idealerweise in den Vorständen des BVDN kooptiert sind oder mit diesen eng zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft DGN ist ähnlich strukturiert: Seit Jahren sind wir in den berufspolitisch wichtigen Kommissionen – Weiterbildungs-, Leitlinien- und Perspektivenkommission, Kommission Versorgungsforschung, Programmkommission DGN, Findungskommission, Beirat – vertreten. Ähnliche Verschränkungen finden wir analog bei den

Psychiatern. Diese Art der Zusammenarbeit ist nicht naturgegeben, sondern das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit. Die hat sich nicht nur bewährt, sondern ist geradezu notwendig. Dabei geht es nicht um ein falsch verstandenes Harmoniebedürfnis, sondern um eine politische Notwendigkeit. Selbstverständlich gibt es unterschiedliche Interessenlagen zwischen den Fachgruppen, zwischen den Sektoren, aber auch innerhalb der Fachgruppen gibt es unterschiedliche Schwerpunkte und Partialinteressen. Diese müssen klar erkannt und benannt werden und es darf und muss auch gestritten werden. Jedoch hinter verschlossenen Türen. Nach außen müssen wir gemeinsam stark sein. Wo dies nicht gelingt, sind Fachgruppen schlecht aufgestellt und handlungsamputiert. Wir können dies nicht nur in einigen Berufsverbänden, sondern derzeit auch auf Ebene der Facharztverbände beobachten. Die politischen Herausforderungen sind zum einen zu groß, als dass wir sie einzeln angehen können. Der andere Grund ist, dass wir jede mögliche Position von vornherein schwächen würden, wenn wir konkurrierend auf der Bühne der Politik oder der ärztlichen Selbstverwaltung auftreten würden. Dies würde stets zu Gunsten Dritter ausgehen oder aber wir würden den üblichen Politikreflexen gegenüberstehen, die fordern, wir sollten uns doch erst mal einigen, bevor hier ein Handlungsbedarf besteht.

Zurück zu Europa: Hier haben wir eine ähnliche Zersplitterung von Interessen zwischen den europäischen Nationen, in Abhängigkeit von der geografischen Lage, den jeweiligen Machtstrukturen und unterschiedlichen Partialinteressen. Aber die Herausforderungen sind zu groß für eine einzelne Nation. Wenn es am Ende nicht gelingt, Einigkeit zu erzielen, wird der Verlierer Europa heißen und damit werden alle Nationen als Verlierer von historischem Ausmaß dastehen.

Der Vergleich zwischen Makro- und Mikropolitik mag hinken, natürlich sind unsere und die derzeitigen europäischen Probleme nicht vergleichbar. Aber die logischen Strukturen politischen Handelns und die daraus resultierenden Handlungsstrategien sind ähnlich: Interessen abgleichen und trotzdem die gemeinsamen großen Ziele konsentieren und verfolgen.





23 Überfördert oder überfordert?

Treibt ein leistungsorientiertes Bildungssystem immer mehr Jugendliche und junge Erwachsene in eine Erschöpfungsdepression und damit früher oder später in unsere Praxen? Oder sind es die überbehütenden Helikoptereltern, die ihre Kinder mit Kontrolle, Förderwahn, Verwöhnung und Verschönung unmündig halten und geradezu lebensuntüchtig machen?

26 Kassenanfragen: Den Aufwand managen

Schriftliche Anfragen über Patienten verschiedenster Behörden beschäftigen uns in den Praxen seit Jahren zunehmend. Bei vielen Anfragen sind Ärzte verpflichtet zu antworten. Hier gilt es, den Anforderungen zu genügen, den Aufwand jedoch im Rahmen zu halten.

Titelbild (Ausschnitt): „Equipment“
von Christoph Marek

Inhalt 11

November 2015

3 Editorial

WIR schaffen das!

Uwe Meier, Grevenbroich

Die Verbände informieren

8 Hochwertige Patientenversorgung braucht Transparenz

Bericht vom BDN-Forum beim DGN-Kongress 2015

Arne Hilienhof, Köln

12 Gesundheitspolitische Nachrichten

Antikorruptionsgesetz für das Gesundheitswesen:
Kooperationen überprüfen

ZIPP: Honorarsteigerung ist eigentlich Verlust

Zweitmeinungsverfahren: Chirurgen setzen auf
qualifizierte Erstmeinung

Gunther Carl, Kitzingen

14 79. Bayerischer Nervenärztag in Kempten

Aktuelle Fortbildung zu einem breiten
Themenspektrum

Gunther Carl, Kitzingen, Ayhan Altunbas, Traunstein, Heino Sartor, Landshut

20 Versorgungsstärkungsgesetz im Test

Aus dem BVDN Landesverband Sachsen

Friederike Klein, München

Rund um den Beruf

22 European Union of Medical Specialists (UEMS):

8. Europäische Facharztprüfung für Neurologen

Redaktion

23 Überfördert oder überfordert?

Von „Helikoptereltern“ und „Burnout-Kids“

Andreas Meißner, München

26 Kassenanfragen: Den bürokratischen Aufwand managen

Aus der Serie „Sie fragen – wir antworten!“

Gunther Carl, Kitzingen

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



28 Luftrettung bei akutem Schlaganfall

Der systematische Einsatz des Luftrettungsmittels unterstützt im ländlichen Raum die Schlaganfallversorgung, sodass mehr Patienten mit Verdacht auf akuten Schlaganfall innerhalb des Lysezeitfensters in eine Stroke Unit gebracht und lysiert werden.

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

- 28 Rettungshubschrauber im Flight for Stroke**
 Versorgung von Schlaganfallpatienten
Hassan Soda, Bad Neustadt, Uwe Kippnich, Maximilian Kippnich, München, Volker Ziegler, Cham, Bernd Griewing, Bad Neustadt, Asarnusch Rashid, Bad Kissingen
- 35 Attacken mit Lähmungen, Bauchschmerzen und Panik**
 Psychiatrische Kasuistik
Max Burger, Nicoleta Cosma, Francesca Regen, Berlin
- 39 Patientenorientierte Komplexversorgung für Menschen mit Demenz**
 Chancen und Aufgaben für den Facharzt
Stefanie Richter, Fürth
- 46 CME Depression und Angst nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma**
 Affektive Störungen im Fokus
Wilfried Schupp, Herzogenaurach
- 51 CME-Fragebogen**

Journal

- 58 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
 Edmondo De Amicis Erzählung
 „Im Garten des Wahns“
Gerhard Köpf, München
- 62 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
 Bild und Schrift
 Werkreihen von Christoph Marek
Angelika Otto, München

- 45 Kleinanzeigen**
54 Pharmaforum
64 Termine
66 Verbandsservice
71 Impressum/Vorschau

BDN-Forum beim DGN-Kongress 2015

Hochwertige Patientenversorgung braucht Transparenz

Im Namen von Qualität, Wirtschaftlichkeit oder auch Effizienz stellen Politik, Krankenkassen und Verwaltungen nahezu unüberschaubare Ansprüche an die ärztliche Arbeit. Die resultierende Intransparenz verunsichere Ärzte und verschlechtere letztlich die Patientenversorgung, warnten die Teilnehmer des diesjährigen BDN-Forums „Leitlinienstandards und ärztliche Therapiefreiheit – Mythos oder gelebte Praxis?“ Ende September in Düsseldorf.

Ärzte, Krankenkassenvertreter und Politiker fordern unisono, Patienten müssten stets nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und nur nach medizinischen Erfordernissen behandelt werden. Aber in Wirklichkeit beeinflussen ökonomische Kennzahlen sowie politische und institutionelle Vorgaben die Versorgung. „Wie frei sind wir in unseren therapeutischen Entscheidungen? Welche Auswirkungen haben ökonomische, institutionelle und industrielle

Einflüsse auf die Therapiefreiheit?“, fragte der Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN), Dr. Uwe Meier, zum Auftakt des BDN-Forums im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) am 25. September in Düsseldorf. Er betonte, Ärzte seien es ihren Patienten und sich selbst schuldig, einen kritischen und vor allem ehrlichen Diskurs über die Abhängigkeiten ärztlichen Handelns zu führen. Allzu oft werde die

se Diskussion in der Öffentlichkeit scheinheilig oder geschönt geführt oder schlichtweg ausgeblendet. „Aber nur, wenn wir unsere Abhängigkeiten durchschauen und die Spielregeln unserer Vertragsbeziehungen verstehen, kennen wir unsere Spielräume und können selbstbestimmt handeln“, erläuterte Meier.

Freiheiten und Rechte

Im Anschluss an Meiers Einleitung umriss der Justitiar der Berufsverbände, Dr.



„Wie frei sind wir in unseren therapeutischen Entscheidungen? Welche Auswirkungen haben ökonomische, institutionelle und industrielle Einflüsse auf die Therapiefreiheit?“
(Dr. Uwe Meier)

„Wir haben uns in Deutschland auf der Kollektivenebene für einen ‚strukturierten Konflikt‘ entschieden, was ein sehr überzeugendes Modell ist.“
(Dr. Ingo Pflugmacher)



„Die Kassen haben bereits Prüfanträge für Verordnungen in Teilanwendungsgebieten gestellt, in denen der G-BA keinen Beleg für einen Zusatznutzen festgestellt hat.“
(Dr. Stefan Schwenzer)



© DGN / T. Rosenthal (2)

Ingo Pflugmacher, einige Kernpunkte, auf denen die medizinische Versorgung in Deutschland aufbaut: Wichtig ist danach zunächst, dass die in Deutschland geltende Therapiefreiheit die Freiheiten und Rechte zweier Personen betrifft: die des Arztes und die des Patienten. Patienten seien frei, sich Therapien zu wünschen, Ärzte wiederum frei, eine Behandlung abzulehnen – von Notfällen oder bestimmten rechtlichen Verpflichtungen abgesehen. In dieser kleinsten Einheit der medizinischen Versorgung, nämlich der einzelnen Arzt-Patienten-Beziehung, herrsche allerdings naturgemäß ein Ungleichgewicht, weil der Patient auf die Behandlung existenziell angewiesen und der Arzt ihm kraft Wissen und Erfahrung überlegen sei. Dieses Ungleichgewicht begründe eine Schutzpflicht des Staates.

Eine vergleichbare Struktur findet sich auf der kollektiven Ebene wieder: Als sozialer Staat berücksichtigt die Bundesrepublik Deutschland Bedarfslagen und Interessen der Bürger. Der Staat muss verfassungsrechtlich sogar ein Mindestmaß an sozialem Schutz – das Existenzminimum – gewährleisten. Dazu gehört der Zugang zu einer gesundheitlichen Grundversorgung. Das fünfte Sozialgesetzbuch regelt die Umsetzung dieses Grundprinzips. Die gemeinsame Verantwortung von Arzt und Patient für die Therapie auf der Einzelebene wiederholt sich auf der kollektiven Ebene durch die Zusammenarbeit der Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung – für den niedergelassenen Bereich also durch die Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen.

Qualität und Wirtschaftlichkeit sind dafür zentrale Faktoren. Die gemeinsame Selbstverwaltung muss diese ständig neu verhandeln und austarieren. „Wir haben uns in Deutschland auf der Kollektivenebene für einen ‚strukturierten Konflikt‘ entschieden, was ein sehr überzeugendes Modell ist“, erläuterte Pflugmacher. Allerdings sei auch bei diesem Verfahren ein gegenseitiges grundsätzliches Vertrauen der Partner zueinander unerlässlich, um die bestehenden Freiheiten im System zu erhalten. „Die Synthese aus Konflikt und Vertrauen ist der Kern unseres Systems. Sie erinnert an eine Arzt-Patienten-Beziehung“, so Pflugmacher.

Strukturierter Konflikt

Ein Beispiel für diesen „strukturierten Konflikt“, gab Dr. Stefan Schwenzer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In seinem Referat stellte er die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln dar, wie sie das Anfang 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) vorsieht (siehe Info-Box unten). „Ich kann aus eigener Erfahrung berichten, dass es sich dabei im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) um ein gutes und transparentes Verfahren handelt“, so Schwenzer.

Bislang (Stand Mitte September 2015) hat der G-BA 144 Verfahren abgeschlos-

Stichpunkte zur frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln

- Der G-BA führt die frühe Nutzenbewertung seit Anfang 2011 für jeden Wirkstoff oder jede Wirkstoffkombination durch, die in Deutschland in den Verkehr gebracht wird.
- Der G-BA beauftragt für die Bewertung in der Regel das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
- Bewertungsgrundlage ist ein Dossier des pharmazeutischen Unternehmers. Darin soll dieser die Ergebnisse aller relevanten Studien im Vergleich zum Therapiestandard aufbereiten.
- Das Ergebnis der frühen Nutzenbewertung ist Grundlage für die Vereinbarung von Erstattungspreisen zwischen dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem pharmazeutischen Unternehmen.
- Der Zeitrahmen für die frühe Nutzenbewertung ist eng gesteckt: Die inhaltliche Bewertung soll nach drei Monaten veröffentlicht werden. Nach einer Anhörung im G-BA soll der Beschluss der Nutzenbewertung nach sechs Monaten vorliegen.
- Wirkstoffe ohne Zusatznutzen, für die eine Festbetragsgruppe existiert, werden dieser danach direkt zugeordnet. Sind Wirkstoffe ohne Zusatznutzen nicht festbetragsfähig, verhandeln Krankenkassen und pharmazeutisches Unternehmen über den Preis, der aber nicht über den Preis der zweckmäßigen Vergleichstherapie liegen darf. Spätestens zwölf Monaten nach Markteinführung des Wirkstoffes soll der Preis feststehen.
- Wirkstoffe mit Zusatznutzen gehen ebenfalls in die Preisverhandlung, deren Ergebnis ebenfalls spätestens zwölf Monate nach Markteinführung feststehen soll. Ein anschließendes Schiedsverfahren ist aber möglich.



„Es ist entscheidend, dass uns die medizinische Entscheidungsfreiheit erhalten bleibt.“
(Professor Peter Berlit)

sen. 80 Wirkstoffen wurde dabei ein Zusatznutzen zuerkannt. Für neurologische Arzneimittel hat der Bundesausschuss bislang elf Verfahren abgeschlossen. Ein Zusatznutzen in Teilanwendungsgebieten wurde dabei zwei Wirkstoffen attestiert, neun Wirkstoffen wurde kein Zusatznutzen zuerkannt.

Schwenzer kritisierte in seinem Referat, die frühe Nutzenbewertung sei zwar ein sinnvolles Instrument, um den therapeutischen Stellenwert neuer Arzneimittel frühzeitiger und besser zu beurteilen, das Verfahren schaffe jedoch keine Eindeutigkeit zur Wirtschaftlichkeit von Verordnungen. Zum Beispiel sei in den ersten sechs Monaten nach Markteintritt (bis zum G-BA-Beschluss) unklar, ob eine Verordnung wirtschaftlich oder unwirtschaftlich sei, eben weil der G-BA-Beschluss noch nicht vorliege. Bewerte der G-BA den Wirkstoff negativ, also ohne Zusatznutzen, sei die Verordnung danach in der Regel unwirtschaftlich. Allerdings liege der Erstattungsbeitrag häufig erst nach zwölf Monaten vor. Dieser Zeitraum – also das zweite Halbjahr nach Markteintritt – könne für verordnende Ärzte daher durchaus problematisch sein. Ähnliche Probleme und Spitzfindigkeiten gebe es, wenn Wirkstoffe lediglich für Teilindikationen keinen Zusatznutzen hätten. „Die Krankenkassen haben bereits Prüfanträge für Verordnungen von Medikamenten in Teilanwendungsgebieten gestellt, in denen der G-BA keinen Beleg für einen Zusatznutzen festgestellt hat“, erklärte Schwenzer.

Verunsicherung gewollt?

Die Komplexität des Verfahrens griff der BDN-Vorsitzende Dr. Uwe Meier in seinem Vortrag auf: „Intransparenz führt zu – politisch gewollter – Verunsicherung der verordnenden Ärzte“, betonte er. Diese Intransparenz beziehe sich nicht nur auf das Verfahren der Preisfestsetzung von neuen Wirkstoffen, sondern ebenso sehr auf die Prüfverfahren, denen die Ärzte ausgesetzt seien. „Ärzte können nicht sicher sein, ob sie bei kostenintensiven aber nötigen Verordnungen mit Regressforderungen von Krankenkassen rechnen müssen“, kritisierte Meier. Er wies darauf hin, dass unterschiedliche regionale Richtgrößen die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die Ärzte vollends undurchschaubar und inhaltlich unsinnig machten. Die so erzeugten Ängste veränderten das Ordnungsverhalten der Ärzte, so Meier. „Wir brauchen ein transparentes System und daraus resultierend die Sicherheit, stets im Sinne unserer Patienten handeln zu können – ohne Angst vor intransparenten Regressforderungen der Krankenkassen“, forderte Meier. Nur ein solch transparentes System gebe den Patienten das Vertrauen, von den Ärzten jederzeit die sinnvollsten Therapien zu erhalten, sagte der BDN-Vorsitzende.

Entscheidungsfreiheit erhalten

Kritik am Verfahren der frühen Nutzenbewertung übte der BDN-Vorsitzende Professor Christian Gerloff, Direktor der Klinik und Poliklinik für Neurologie am UKE Hamburg-Eppendorf: „Wir dürfen

nicht vergessen, dass das Verfahren als Instrument zur Kostenbegrenzung bereits in sich einen ‚conflict of interest‘ birgt“, sagte er. Die Methodik der Nutzenbewertung führe außerdem häufig dazu, dass die Abwesenheit von Evidenz mit nicht vorhandener Evidenz gleichgesetzt werde.

Auf die Neuerungen in der Arzneimitteltherapie der Multiplen Sklerose (MS) wies der Schriftführer des BDN und Direktor der Klinik für Allgemeine Neurologie des Universitätsklinikums Münster, Professor Heinz Wiendl, hin.

Professor Peter Berlit, Chefarzt der Klinik für Neurologie am Alfried Krupp Krankenhaus in Essen und BDN-Vorstandsmitglied, thematisierte in seinem Beitrag mögliche Probleme bei der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhausverwaltungen. „Es ist entscheidend, dass uns die medizinische Entscheidungsfreiheit erhalten bleibt“, betonte Berlit.

Kritik an der Politik

In der anschließend vom Vorsitzenden des BVDN, Dr. Frank Bergmann, moderierten Diskussion kritisierten Teilnehmer des BDN-Forums, die Politik schwäche mit dem sogenannten Anti-Korruptionsgesetz das Vertrauen zwischen Patienten und Ärzten. „Wir werden durch völlig unklare Vorgaben verunsichert, was sinnvolle Kooperation im Gesundheitswesen und was korruptionsverdächtiges Verhalten ist“, lautete ein Tadel.

Auf die Einflussnahme durch die Industrie ging ein anderer Teilnehmer ein: Zwar sei das Verhältnis zwischen verordnenden Ärzten und pharmazeutischen Unternehmen stark geregelt, dies gelte aber nicht für die Patientenselbsthilfe. „Ein großer Teil der Selbsthilfegruppen sind industriefinanziert“, so die Kritik. Die Industrie versuche auf diese Weise Einfluss auf das Ordnungsverhalten der Ärzte zu nehmen. □

AUTOR

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

ANTIKORRUPTIONSGESETZ FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Kooperationen überprüfen

➔ Das vermutlich zum 1. März 2016 in Kraft tretende Antikorruptionsgesetz regelt in den §§ 299a, 299b und 300 Strafgesetzbuch (StGB) Bestechlichkeit und Bestechung speziell im Gesundheitswesen. Angehörige eines Heilberufes machen sich strafbar, wenn sie in Ausübung ihres Berufes bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial Vorteile dafür annehmen, dass sie einen bestimmten Anbieter bevorzugen oder ihre Pflicht zur heilberuflichen Unabhängigkeit verletzen. Entscheidend ist also die Vorteilsnahme in Ausübung des Heilberufes mit der Gegenleistung, einen bestimmten Hersteller oder Gesundheitsanbieter unter Wettbewerbern zu bevorzugen. Ein besonders schwerer Fall mit Androhung einer Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren liegt vor, wenn der Täter gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande (in der Regel mindestens drei zusammengeschlossene Personen) handelt. Bitte überprüfen Sie daher gegebenenfalls vorhandene Kooperationsverträge mit Arzneimittelherstellern oder Heilmittelerbringern, Krankenhäusern, Apothekern, Großgeräte- oder Laborpraxen auf Vertrags- oder Beraterhonorare, subventionierte Mietverträge,

Übernahme von Personal- oder Apparatelkosten, Laborrabatte, Beteiligungen an Unternehmen im Gesundheitswesen, hoch vergütete Studien oder luxuriöse Kongressanladungen. Dies sollte noch in diesem Jahr geschehen, im Hinblick auf Ihre diesbezüglich geplanten Tätigkeiten ab 2016. Auch wenn es keinen schriftlichen Vertrag gibt, sollten Sie Ihre Kooperationen mit einem qualifizierten Medizin-Rechtsanwalt besprechen.

Kommentar: Im Grunde sind die oben genannten Gefahren für unsere Fachgruppe eher als gering anzusehen. Denn Verträge mit Medizinprodukteherstellern, Großgerätebetreibern, Krankenhäusern zur Durchführung spezifischer Maßnahmen oder Apothekern in Ausübung des Heilberufes an Patienten dürften sehr selten sein. Dennoch sollten Sie bei etwaigen Kooperationen, auch Konsiliararztverträgen mit Krankenhäusern, ausschließen, dass diese einen „Kick-back“-Charakter haben. Bei der Kooperation mit Pharmaunternehmen ist darauf zu achten, dass das Honorar für die erbrachte Gegenleistung „angemessen“ ist. Beispielsweise bei der honorierten Durchführung von Studien oder Anwendungsbeobachtungen sollte nicht direkt die Verordnung von Arzneimitteln eines Herstel-



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

»Bei etwaigen Kooperations- oder Konsiliararztverträgen sollten Sie die neuen gesetzlichen Regelungen beachten.«

lers zulasten des übrigen Wettbewerbs gefördert werden. Derartigen Honoraren muss immer eine „erkennbare ärztliche Gegenleistung“ gegenüberstehen, die nicht in der „Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial“ besteht und damit „einen bestimmten Anbieter bevorzugt“. gc

ZI-PRAXISPANEL

Honorarsteigerung ist eigentlich Verlust

➔ Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) erhebt seit etlichen Jahren im Rahmen des ZI-Praxis-Panels (ZIPP) bei Kassenärzten jährlich Daten zur wirtschaftlichen Situation. Dabei werden Kosten, Einnahmen und Jahresüberschuss differenziert ermittelt. Aus reiner GKV-Tätigkeit erzielten die Ärzte je Praxisinhaber 2011 durchschnittlich einen Jahresgewinn von 110.000 € über alle Fachgruppen gerechnet. Dabei wird der Referenzwert von 106.000 €, der einem Oberarztgehalt 2007 entspricht, geringfügig überschritten. Dieser Referenzwert muss allerdings um Inflation und mehrere Gehaltsanpassungen berichtigt werden, so dass er inzwischen laut ZI bei 145.000 € lie-

gen müsste. Soll die niedergelassene GKV-Tätigkeit finanziell gleich attraktiv sein wie die eines Oberarztes, so hätte der Praxisüberschuss 2011 145.000 € betragen sollen. 73 % der Einnahmen einer niedergelassenen Praxis stammen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), bei Hausärzten waren es 82 %. Aus der PKV erzielten niedergelassene Ärzte 20,9 % ihrer Einnahmen, Hausärzte 14 % der Gesamteinnahmen. Bei der Berechnung des Gewinns aus GKV werden die ökonomischen Praxiskennzahlen auf reine GKV Leistungen standardisiert. Zwischen 2009 und 2011 nahmen die Gesamtumsätze der Praxisinhaber zwar um 2,1 % auf 276.000 € beziehungsweise nochmals um 1,9 % auf 281.000 € zu. Gleichzeitig

stiegen jedoch die Praxiskosten jährlich um 2,5 %. Dadurch ergab sich 2010 bilanziert eine Steigerung von 0,8 %, 2011 jedoch eine Minderung des Gewinns um 0,7 %. Zwischen 2009 und 2011 erhöhten sich die Personalkosten um 8,4 %, Material und Labor um 8 %, Versicherungen und Gebühren um 7 %. Betrachtet man die einzelnen Fachgruppen, so zeigt sich im neurologisch-psychiatrischen Bereich ein um 6 % gewachsener Jahresüberschuss. Dies entspricht nach Angaben des ZI auch einem erheblichen jahrelangen Nachholbedarf. Bemerkenswert ist die Kostenstruktur bei einem Vergleich zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Bei Hausärzten ergeben sich in Gemeinschaftspraxen erhebliche Syner-

gieeffekte und damit ökonomische Vorteile. Fachärztliche Gemeinschaftspraxen setzten eher auf Spezialisierung, dies führt zu einem höheren Kostenanteil (+ 26 %) als in einer fachärztlichen Einzelpraxis. Dennoch sind die Jahresüberschüsse je Praxisinhaber in einer fachärztlichen Gemeinschaftspraxis im Durchschnitt aller Fachgruppen höher (+ 23 %) als bei einer fachärztlichen Einzelpraxis. Denn in der Gemeinschaftspraxis werden insgesamt deutlich höhere Umsätze je Praxisinhaber erzielt.

Zwischenzeitlich liegen auch Zahlen für die Jahre 2010 bis 2013 vor. Zwar nahmen die Umsätze durchschnittlich über alle Fachgruppen um 5,8 % zu. Dabei stiegen jedoch die Praxiskosten im gleichen Zeitraum um 7,6 %. Dies führt zu durchschnittlichen Jahresüberschüssen je Praxisinhaber von etwa 110.000 €. Rechnet man den durchschnittlichen Jahresgewinn auf die Arbeitszeit von angestellten Ärzten herunter (40 Stunden pro Woche), so ergibt sich für diese Wochenarbeitszeit ein Jahresgehalt von durchschnittlich nur 85.000 €. Selbstständig niedergelassene Ärzte arbeiten jedoch bekanntermaßen durchschnittlich 55 Stunden pro Woche. Nach den ZI-Ergebnissen gingen die Investitionen in den Praxen deutlich zurück, was man aus den Zahlen für Abschreibungen und Aufwendungen für Leasing und Gerätemiete entnehmen kann. Um 13,5 % sank die Abschreibungsrate zwischen 2010 und 2013. Es wurden also wesentlich weniger neue Geräte angeschafft. Der Investitionsstau macht auch der kassenärztli-



chen Bundesvereinigung (KBV) große Sorgen. Von 2010 bis 2013 stiegen auch die Personalkosten erneut, und zwar um 16,5 %

Kommentar: Immer wieder machen die Krankenkassen dem ZI den Vorwurf, es würde die Vertragsärzte „arm rechnen“. Denn aus den Daten des statistischen Bundesamtes (Destatis) lassen sich für die entsprechenden Erhebungsjahre deutlich höhere Jahresüberschüsse als beim ZI entnehmen. Das ZI hat hierfür folgende Erklärung: Das Destatis-Panel hat eine andere Stichprobensammensetzung als beim ZI. Die ZI-Daten seien repräsentativ, weil sich die Stichprobe nach dem Bundesarztregister und der Verteilung der Fachgruppen richtet. Während die Kostenstrukturerhebung (KSE) des statistischen Bundesamtes als Teil der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung die Stichprobenziehung aus dem Unternehmerregister vornimmt. Hier sind jedoch vor allem große Praxen und auch rein privatärzt-

liche Praxen vertreten. Existenzgründer und Praxen ohne Angestellte (beispielsweise psychosomatische Praxen) sind im Unternehmensregister nicht vorhanden. Die oben genannten Zahlen machen für Neueinsteiger oder Praxisübernehmer in Zeiten des Ärztemangels in bestimmten Regionen die Niederlassung sicher nicht besonders attraktiv. Insbesondere der Vergleich zwischen dem Gehalt eines angestellten Oberarztes und dem Jahresüberschuss eines Niedergelassenen mit deutlich längerer Wochenarbeitszeit, Verantwortung für Unternehmen und Personal, erheblichem Risiko, Notwendigkeit von Investitionsrücklagen und deutlich höheren selbst zu tragenden Sozialleistungen fällt mittlerweile ungünstig aus. In einer der nächsten Ausgaben des NeuroTransmitter werden wir die ZIPP-Ergebnisse für unsere Fachgruppen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater darstellen.

gc

ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

Chirurgen setzen auf qualifizierte Erstmeinung

➔ Für das am Anfang des Jahres verabschiedete Versorgungstärkungsgesetz wird ein Zweitmeinungsverfahren für besonders zu definierende operative Eingriffe eingeführt. Die Details muss der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regeln. Der Berufsverband der Chirurgen (BDC) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) nehmen dazu Stellung. Entscheidend für die chirurgische Praxis sei eine von ökonomischem Einfluss unabhängig, qualifiziert, differenziert und verantwortlich gestellte Erstmeinung. Für die gesetzlich geforderte Zweitmeinung müssten gleiche Qualitätsstandards gelten. Gemeint seien vor allem

Gelenk-, Darm- und Wirbelsäuleneingriffe, aber auch onkologische Operationen. Vor allem onkologische Eingriffe sollten in einem Tumor-Board besprochen werden. Sehr oft entwickle sich im Rahmen der Diagnostik und Therapieplanung ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Operateur, so dass viele Patienten auf eine Zweitmeinung verzichten. Eine obligatorische Zweitmeinung solle daher nicht eingeführt werden.

Kommentar: Eine Forsa-Erhebung im Auftrag der Techniker Krankenkasse hatte Anfang Oktober 2015 ergeben, dass drei Viertel aller

Patienten vor einer geplanten Operation eine Zweitmeinung einholen möchten. Nicht wegdiskutieren lässt sich die erheblich gestiegene Anzahl an Operationen – ambulant wie stationär. Die tägliche ärztliche Erfahrung zeigt, dass bei mancher Operation die Qualität der Indikationsstellung eine gewisse Herausforderung darzustellen scheint. Inwieweit die ökonomische Unabhängigkeit immer gewährleistet ist – vor allem bei frühen oder leichten Stadien einer unter anderem auch operativ angehbaren Erkrankung – ist schwierig zu beurteilen, wenn man nicht dabei war.

gc

79. Bayerischer Nervenärztetag in Kempten

Aktuelle Fortbildung zu einem breiten Themenspektrum

Am 9. und 10. Oktober 2015 trafen sich die bayerischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zu ihrem 79. Nervenärztetag in Kempten. Professor Peter Rieger von der psychiatrischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Kempten und Professor Rolf Kern von der neurologischen Klinik im Klinikverbund Kempten-Oberallgäu hatten zusammen mit dem Berufsverband ein interessantes und praxisrelevantes Programm mit hochqualifizierten Referenten zusammengestellt. Zu den Vorträgen am Freitagnachmittag und Samstagvormittag war der Saal voll besetzt, auch aus Baden-Württemberg waren etliche Kollegen angereist. Das musikalisch-literarische Abendprogramm gestalteten der Musiker Martin Kolbe und der Autor Sebastian Schlösser, beide mit psychiatrischer Krankheitserfahrung, beeindruckend.

Epigenetik der Depression

In seinem Vortrag zur Epigenetik der Depression erläuterte Professor Grabe von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald, dass sich psychische Störungen durch die partielle Degeneration in lebenden Neuronenverbänden erklären lassen. Dagegen entstehen neurologische Ausfälle durch Läsionen in definiert lokalisierten Regionen. Disseminierte neuronale Degeneration und Neuroneogenese in bestimmten Funktionsnetzwerken erklären die Plastizität des Gehirns. Wissenschaftlich am besten untersucht sind lang anhaltende psychische Störungen

nach frühem erheblichem Kindesmissbrauch. Zu einer psychischen Störung führen emotional schädigende Einflüsse bei 48 %, emotionale Deprivation bei 17 % und körperliche Misshandlung bei 28 % der Missbrauchsoffer. Mittels funktioneller MRT (fMRT) lassen sich hippocampale Schädigungen nach Missbrauch nachweisen. Je nach qualitativer und quantitativer Genausstattung – TT oder CC des FKGPS-Gens – lassen sich bei missbrauchten Personen im Hippocampus Unter- beziehungsweise Überexpressionen nachweisen. Personen ohne Trauma und mit hoher psychischer Resilienz zeigen das geringste Risiko für

eine psychische Störung, ein beinahe so geringes Risiko haben Traumatisierte mit hoher Resilienz. Menschen mit psychischem Trauma und niedriger Resilienz haben das höchste Risiko für eine psychische Störung, das bei nicht Traumatisierten mit niedriger Resilienz annähernd so hoch ausfällt.

Aggression und Gewalt

Zum Thema Aggression und Gewalt im Krankenhaus berichtete Professor Tilman Steinert vom Zentrum für Psychiatrie in Ravensburg. Nach einer Metaanalyse sind die wichtigsten prognostischen Faktoren für Gewaltanwendung durch einen Patienten die Psychopathologie und bekannte zurückliegende Gewalttätigkeit. In den USA veränderte sich das Ausmaß von Gewaltanwendung psychiatrischer Patienten im Krankenhaus von 2005 bis 2013 nicht. Überwiegend ging die Gewalt von gerontopsychiatrischen Patienten aus. Medikamentöse Prophylaxe gelingt meist ungenügend, auch was Neuroleptika anbetrifft. Stimmungsstabilisierer mindern nur bei bipolaren Patienten die Aggressionsneigung. Insbesondere bei dissozialen Personen helfen pharmakologische Interventionen nicht.

In klinischen Einrichtungen sollte die Einschätzung des Gewalttrisikos bei Patienten regelmäßig und systematisch nach operationalisierten Kriterien erfol-



Kempten im Allgäu gilt als eine der ältesten Städte Deutschlands, da sie bereits in römischer Zeit in einem schriftlichen Dokument genannt wurde (hier die Basilika St. Lorenz).

gen, beispielsweise mittels Analogskala. Entscheidend ist die Umsetzung in konkrete Handlungsanweisungen für das Personal im Umgang mit den Patienten. So lassen sich beispielsweise Fixierungen durch spezifische Interventionen ohne zusätzliche Medikation vermeiden. Insgesamt sind unspezifische Strukturvariablen der Behandlungsumgebung von großer Bedeutung, wie zum Beispiel offene und weiträumige Architektur sowie integrative Umgehensweise.

Schizophren oder bipolar?

„Wo verläuft die Grenze zwischen schizophren und bipolar?“ fragte in seinem Referat Professor Peter Brieger vom Bezirkskrankenhaus Kempten und präsentierte „Konzepte endogener Psychosen“. Die Diagnosehäufigkeit der Schizophrenie hat seit den 1970er-Jahren bis heute deutlich abgenommen, während Depressionen im gleichen Zeitraum wesentlich häufiger diagnostiziert wurden. Im Rahmen von Langzeitbeobachtungsstudien stellte sich heraus, dass im Laufe eines depressiven Krankheitslebens immer häufiger die Diagnose „bipolar“ gestellt werden muss. Genetische Untersuchungen förderten bisher keine klaren Grenzen zwischen bipolarer Störung und dem schizophrenen Formenkreis zutage. Auch dies stützt die sogenannte Kontinuumshypothese. Dennoch gibt es bei beiden Erkrankungsfeldern Unterschiede im Manifestationsalter, der affektiven beziehungsweise psychotischen Symptomatik, bei der Zahl der Episoden, den sozialen Risikofaktoren, der Traumataerfahrung und der Entwicklung eines Residualsyndroms. In der praktischen diagnostischen und therapeutischen Arbeit kann daher nur weiterhin die syndromorientierte multimodulare pharmakologische Sozial- und Psychotherapie empfohlen werden.

Häufigkeit von PTBS überschätzt?

Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) standen im Mittelpunkt des Vortrags von Professor Manuela Dudeck von der forensischen Psychiatrie der Universität Ulm. Insgesamt werden Häufigkeit und epidemiologisches Ausmaß der PTBS überschätzt und unterschiedliche Diagnosekriterien in verschiedenen Versio-



Organisatoren der Jahrestagung der bayerischen Nervenärzte in Kempten (v. l. n. r.): Prof. Dr. Peter Brieger (Chefarzt Bezirkskrankenhaus Kempten), Andreas Ruland (Geschäftsführer Klinikverbund Kempten-Oberallgäu), Prof. Dr. Rolf Kern (Chefarzt Klinik für Neurologie), Dr. Gunther Carl (Vorsitzender Berufsverband deutscher Nervenärzte), Thomas Düll (Vorstandsvorsitzender Bezirkskliniken Schwaben), Dr. Andreas Küthmann (Bezirkskrankenhaus Memmingen) und Prof. Dr. Tilman Steinert (ZfP Südwürttemberg).

© BVDN Bayern

nen von DSM und ICD tragen zur diagnostischen Verunsicherung bei. Entscheidend für die Auslösung einer PTBS ist das Überschreiten der individuellen Kompensationsmöglichkeiten durch die Traumataauswirkungen. Die Häufigkeit von PTBS in der Allgemeinbevölkerung beträgt 2–4 %, bei Migranten 6 %, bei Hochrisikopatienten 10–12 % und im Maßregelvollzug 4–15 %. 50 % der PTBS-Betroffenen leiden komorbid an einer anderen psychischen Erkrankung. PTBS ist keine Dauerdiagnose, die Spontanremissionsrate nach einem Jahr beträgt 25 %, nach sieben Jahren 50 %. Ein zeitnaher Behandlungsbeginn ist empfehlenswert, für Verhaltenspsychotherapie und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) gibt es positive Evidenz, Medikamente wirken jedoch kaum.

Therapie der Epilepsie

Unter dem Motto „Neues und Bewährtes“ referierte Professor Schulze-Bonhage vom Epilepsiezentrum des Universitätsklinikums Freiburg über die aktuellen Optionen in der Therapie der Epilepsie. Die Antiepileptika (AED) der neueren Generationen zeichnen sich durch eine verbesserte Pharmakokinetik und reduzierte Interaktionen aus. Eine signifikante Besserung in der antikonvulsiven Wirkung im Vergleich zu den Antikonvulsiva der älteren Generationen zeigt sich nicht. Bei neueren Natri-

umkanalblockern zeigen sich insbesondere Verbesserungen in der Langzeitverträglichkeit. Jedoch müssen neue AED nach den Vorgaben des IQWiG nicht nur eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit vorweisen, sondern auch einen Zusatznutzen.

Weiterhin ungelöst ist das Problem der Pharmakoresistenz. Ätiologische Faktoren wie eine durchgemachte Enzephalitis, zerebrale Kontusion oder eine mitochondriale Störung sind für eine verbesserte antiepileptische Pharmakotherapie hochrelevant. Im Falle der Pharmakoresistenz stehen die neurochirurgischen Verfahren zur Verfügung. In der Epilepsiechirurgie unterscheidet man zwischen resektiven, diskonnektierenden und stereotaktischen Verfahren. Fortschritte gibt es insbesondere in den Methoden zur Fokuslokalisation. Die hochauflösende MR-Bildgebung mit 3D-Datensätzen, Bildrekordinstruktion und Postprozessing erhöhen die Sensibilität für die Detektion von kortikalen Malformationen. Das High-Density-EEG verbessert die Genauigkeit von Quellenlokalisationen. Multimodales Imaging hilft bei non-läsionellen Patienten bei der Planung von Elektrodenimplantationen. Verbesserte EEG-Registrierungen und Analysemethoden erhöhen die räumliche Auflösung und erleichtern Kriterien für die Festlegung von Resektionen. Der Transfer der Planungen in Neuronavigationssysteme er-

möglicht präzise Resektionen. Die Stimulationsverfahren wie Vagusnervstimulation, Thalamusstimulation und transkutane Stimulationsverfahren zeigen neben einer signifikant besseren Anfallskontrolle auch eine bessere Lebensqualität im Vergleich zur besten medikamentösen Behandlung.

Neues zur MS-Therapie

Aktuelle Optionen in der Therapie der Multiplen Sklerose (MS) stellte Professor Hyrettin Tumani von der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Ulm vor. Die Säulen der MS-Therapie basieren im Bereich der symptomatischen Behandlung auf der Schubtherapie mit Kortison, auf Plasmapherese oder auf der Intervalltherapie mit Immunmodulatoren beziehungsweise Immunsuppressiva. Anschließend folgt der Bereich der Rehabilitation und Nachsorge.

Das Stufenschema der MS-Therapie wurde von der DGN in den letzten Jahren mehrfach revidiert, besitzt jedoch nach wie vor seine Gültigkeit. Prognostisch günstige Faktoren der Erkrankung sind ein monosymptomatischer Beginn, ausschließlich sensible Symptome, kurze Dauer der Schübe, gute Rückbildung

der Schübe, erhaltene Gehfähigkeit, ein Erkrankungsbeginn vor dem 35. Lebensjahr und ein normaler Liquor. Prognostisch ungünstige Faktoren sind ein polysymptomatischer Beginn, frühe motorische und zerebelläre Symptome, langdauernde Schübe, schlechte Rückbildung der Schübe, initial zahlreiche Läsionen im MRT, früh pathologische SEP und MEP und ein MS-typisches Liquorprofil. Zu den klassischen Präparaten gehören Glatirameracetat (Copaxone®) und die Beta-Interferone. Die neuesten oralen Präparate sind Dimethylfumarat (Tecfidera®) und Teriflunomid (Aubagio®). Auch die neuen oralen MS-Präparate sind nicht frei von Nebenwirkungen. Spezifische Vor- und Kontrolluntersuchungen sind erforderlich, und Dosiserschemata sind zu beachten. Zudem sind in der MS-Therapie bereits drei Fälle einer progressiven multifokalen Leukoencephalopathie (PML) unter Dimethylfumarat gemeldet worden. Im Falle des fehlenden Ansprechens auf die Basissymmuntherapie besteht die Möglichkeit der Behandlung mit Natalizumab (Tysabri®), Fingolimod (Gilenya®) und Alemtuzumab (Lemtrada®). Für diese Präparate sind laut Fachinformation be-

sonders eingehende Vorsichtsmaßnahmen erforderlich. Bei besonderem Krankheitsverlauf ist eine Behandlung mit Mitoxantron möglich. Eine kumulative Dosis von >100 mg /m² KOF sollte unter strenger Risiko-Nutzen Abwägung erfolgen. Für die primär chronisch-progrediente MS gibt es weiterhin keine Immuntherapie, auch wirksame neuroprotektive Therapieansätze fehlen.

Nicht motorische Parkinson-Symptome

Über Erkennung, Bedeutung und Therapie nicht motorischer Symptome bei Morbus Parkinson (PD) berichtete Professor Martin Hecht von der Klinik für Neurologie am BKH Kaufbeuren. Die motorischen Kardinalsymptome der PD sind Rigor, Tremor, Akinese und posturale Instabilität. Aktuell zeigt sich eine entscheidende Weiterentwicklung des Behandlungskonzeptes der PD im nicht motorischen Bereich. Nicht motorische Symptome können sich sowohl in der prämotorischen Phase der PD, aber auch im Verlauf bei nahezu jedem Parkinson-Patienten manifestieren. Im Falle der REM-Schlafstörungen ist eine Behandlung mit Clonazepam die Therapie der ersten Wahl, daneben kommt Melatonin in Betracht. Die Gastroparese sollte durch Propulsiva behandelt werden. Die Obstipation kann durch ballaststoffreiche Ernährung, Flüssigkeit und Laktulose oder Macrogol gemildert werden. Die Behandlung der Detrusor-Hyperaktivität erfolgt mit Tropiciumchlorid, die der Detrusor-Hyporeflexie mit Katheter. Die erektile Dysfunktion ist ein wenig untersuchtes, aber häufiges Phänomen. Hier werden Therapieerfolge mit insbesondere Apomorphin und Sildenafil beschrieben. Die orthostatische Hypotonie kann mit Kompressionsstrümpfen und aufgeteilten Mahlzeiten behandelt werden, alternativ medikamentös mit Fludrocortison oder Midodrin. Im Falle von Angstsymptomen werden eine ausreichende dopaminerge Medikation und gegebenenfalls SSRI empfohlen. Bei Apathie gibt es positive Ergebnisse für Ropinirol. Die kognitiven und demenziellen Störungen sind zum Teil durch eine dopaminerge Therapie verbesserbar, gegebenenfalls kommen Cholinergika zum Einsatz.

Mitgliederversammlung des BVDN Bayern

Am Samstagnachmittag fand die Mitgliederversammlung des BVDN Bayern statt. Der Vorsitzende Dr. Gunther Carl berichtete über die in Bayern bei den Neurologen und Nervenärzten nach jahrelanger Durststrecke anhaltend erträglichen Honorarverhältnisse. In der Psychiatrie besteht dagegen weiterhin ganz erheblicher und dringender Finanzierungsbedarf, insbesondere wegen der sehr schlechten Honorierung der zeitgebundenen psychiatrischen Gesprächsbehandlung. Dies ist vor allem im Vergleich zur Richtlinienpsychotherapie ein besonderes Ärgernis. Es wurden Vorschläge vereinbart, wie die bayerischen Krankenkassen psychiatrische Gesprächsleistungen mit Honorarzuschlägen fördern sollten. Seit mehreren Jahren gibt es ja bereits einen Zuschlag von 1€ je Gespräch nach GOP 21220. Diesbezüglich grundlegende Honorarverbesserungen im EBM sind jedoch nur von Bundesebene zu erwarten. Eine Neuauflage des EBM dürfte wohl nicht vor 2017 kommen.

Die neue Medikamenten-Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Wirkstoffgruppen wurde überwiegend positiv aufgenommen. Demnächst dürfte wohl ein weiteres orales neues MS-Mittel zu den Leitsubstanzen zählen. Die Neuordnung des Bereitschaftsdienstes mit Poolärzten, Krankenhauskooperation, Bereitschaftsdienstpraxen und Fahrbereitschaft kommt in Modellregionen gut voran. Die vom Gesetzgeber zu verantwortenden Probleme mit den künftigen Terminvergabestellen und der Praxis-Nachfolgeregelung wurden ausführlich diskutiert.

Dr. Christian Vogel, Dr. Charly Sigel, Dr. Heino Sartor berichteten über ihre Tätigkeit in den Gremien der KV Bayerns. Die Sondervergütung für Diagnostik und Therapie von Patienten mit MS wird durch die bayerischen Krankenkassen weitergeführt. In der Neurologie sind bundeseitig vor allem bei elektrophysiologischen Leistungen des EBM Verbesserungen erforderlich. Psychologische Psychotherapeuten dürfen in Zukunft unter bestimmten Bedingungen Überweisungen und Einweisungen ins Krankenhaus ohne Arztkontakt veranlassen. Wie dies im Einzelnen zu regeln ist, muss der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch festlegen. **gc**

EVA-NP bald bundesweit?

Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) hat auf seiner Delegiertenversammlung am 24. Oktober 2015 dafür plädiert, das erfolgreiche Modell von „Entlastenden Versorgungsassistentinnen für neuropsychiatrische Praxen“ (EVA-NP) auf das gesamte Bundesgebiet und alle Krankenkassen auszuweiten.

Bereits seit dem 1. Juli 2014 besteht ein Vertrag des BVDN-Landesverbandes und der KV Westfalen-Lippe mit der BARMER GEK und der DAK-Gesundheit über die Vergütung von Leistungen durch die EVA-NP, im August 2015 ist auch die Techniker Krankenkasse hinzugekommen. Dafür war nach Ansicht von Dr. Rita Wietfeld, niedergelassene Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie aus Witten, die Zertifizierung durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe entscheidend. Wietfeld hat die Fortbildung der EVA-NP gemeinsam mit ihrem Kollegen Alexander Simonow, dem BVDN und der Ärztekammer Westfalen-Lippe entwickelt und betont: „Entlastende Versorgungsassistentinnen werten neuropsychiatrische Praxen auf!“

Laut dem Vorsitzenden des BVDN und des Spitzenverbandes ZNS, Dr. Frank Bergmann, darf eine solch sinnvolle Möglichkeit, bestimmte Aufgaben zu delegieren, nicht ungenutzt bleiben – insbesondere angesichts des Fachärztemangels in Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie. Der Einsatz der qualifizierten EVA-NP müsse natürlich vergütet werden, so Bergmann.

Quelle: Pressemitteilung des Spitzenverbandes ZNS (SPiZ)

Psychosomatiker schließen sich dem Spitzenverband ZNS an

Der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) hat sich dem Spitzenverband ZNS (SPiZ) angeschlossen. Der Dachverband SPiZ versteht sich als der zentrale fachärztliche Gesprächspartner für Politik, Leistungsträger und andere Institutionen. Der Beitritt des BPM zum SPiZ erleichtert über die rein fachspezifische ärztliche Arbeit hinaus auch die Vernetzung von Sektoren und die Neugestaltung multimodaler Behandlungswege.

Quelle: Pressemitteilung des Spitzenverbandes ZNS (SPiZ)

Therapie des Schlaganfalls

Neues zu Akuttherapie und Sekundärprophylaxe des Schlaganfalles referierte Professor Rolf Kern von der Klinik für Neurologie im Klinikverbund Kempten Allgäu. Für eine systemische Thrombolyse in der Akuttherapie sprechen die relative Sicherheit und die weite Verbreitung. Sie ist schnell, einfach anwendbar, zugelassen und es besteht Erfahrung über mehr als zehn Jahre. Sie ist auch bei distalen Gefäßprozessen und lakunären Infarkten wirksam. Dagegen sprechen die zeitabhängige Wirksamkeit und das enge Zeitfenster von 4,5 Stunden, keine Zulassung bei Wake-up-Stroke und bei unklarem Zeitfenster. Das Operationsrisiko ist zwar gering, es besteht jedoch das Risiko potenziell schwerer Blutungen. Die endovaskuläre Intervention ist weniger wirksam bei proximalen und langstreckigen Gefäßverschlüssen vor allem im Bereich der intrakraniellen ACI, proximale ACM und Arteria basilaris. Es bestehen jedoch auch Ansätze zur nicht medikamentösen Schlaganfall-Akuttherapie wie die Sonothrombolyse, die Hypothermie, die Lasertherapie und die partielle Ballokkklusion der Aorta.

Die Frühmobilisation nach Schlaganfall ist eine Grundsäule der Behandlung auf der Stroke Unit. In der AVERT-Studie zeigte die Frühmobilisation nach Schlaganfall negative Auswirkungen vor allem bei Patienten mit schweren Hirninfarkten und mit intrazerebralen Blutungen. Es ergaben sich aber keine negativen Effekte nach Thrombolyse. Die funktionellen Effekte sind insgesamt günstig. Auf der Stroke Unit darf also weiter mobilisiert werden – am Anfang jedoch mit Umsicht.

Auf dem Gebiet der nicht Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulanzen stehen nun vier NOAC zur Prophylaxe von Schlaganfällen bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren zur Verfügung. Die Detektion von Vorhofflimmern wird durch implantierbare Ereignisrecorder erleichtert. Bei welchen Patienten (und wie) nach Vorhofflimmern gesucht werden soll, ist noch nicht einheitlich definiert. Ob eine blinde orale Antikoagulation bei embolischen Infarkten ohne Nachweis von Vorhofflimmern sinnvoll ist, wird derzeit untersucht (RSPECT-ESUS, NAVIGATE-

ESUS). Bei spontanen Dissektionen muss konstatiert werden, dass der Glaube an die Überlegenheit der Antikoagulanzen bei nicht kardioembolischen Schlaganfällen eine lange Tradition hat. Bislang wurde ein kurzfristiger Nutzen für Antikoagulation bei Dissektionen vermutet. In der CADISS-Studie zeigte sich bei 250 Patienten mit Dissektionen der Arteria carotis oder der Arteria vertebralis bei Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern oder Antikoagulanzen für drei Monate jedoch kein Unterschied in der Schlaganfallhäufigkeit.

Notfälle im Rahmen von Schwangerschaft und Wochenbett

Details über zentral nervöse Notfälle im Rahmen von Schwangerschaft und Wochenbett präsentierte Privatdozent Dr. Christof Lichy von der Klinik für Neurologie in Memmingen. Bei 2–8% der Schwangerschaften ist ab der 20. Woche mit einer Präeklampsie (Proteinurie und Hypertonie) zu rechnen, die wiederum in ein HELLP-Syndrom (Hämolyse, Thrombozytopenie, Leberfunktionsstörung) münden kann. Pathomechanismus ist eine plazentar induzierte, endotheliale Dysfunktion mit einem hohen Risiko zentral nervöser Komplikationen, deren Risiko sogar im Wochenbett noch ansteigt. Zu diesen Komplikationen zählen:

- Posteriores reversibles Enzephalopathiesyndrom (PRES) mit Kopfschmerz
- Grand mal
- Visuelle Störungen
- Verwirrtheit und MR-Zeichen eines posterioren vasogenen Ödems
- Reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom (RCVS) mit Vernichtungskopfschmerz und multifokalen Vasokonstriktionen, besonders oft im Wochenbett
- Peripartale Sinusvenenthrombose, entstehend durch die postpartale Thrombophilie
- Dissektion hirnversorgender Arterien, besonders bei prolongierter Wehen.

Unabhängig davon sind in der Spätschwangerschaft das Liquorunterdrucksyndrom mit subduralem Hämatom (SDH) und Hygromen nach Periduralanästhesie, zerebrale Metastasen eines Chorionkarzinoms und das Sheehan-Syndrom mit Hypophyseninsuffizienz zu berücksichtigen.

In der Früh-Schwangerschaft besteht das Risiko der Wernicke-Enzephalopathie durch Hyperemesis gravidarum und der Fruchtwasserembolie. Lichy schloss seinen äußerst komprimierten Vortrag mit dem dringenden Rat zu niederschwelliger Veranlassung zerebraler Bildgebung in Schwangerschaft und Wochenbett sowie gegebenenfalls umgehender Weiterleitung an ein Haus der Maximalversorgung.

Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett

In ihrem engagierten Vortrag zu psychiatrischen Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett vertrat Professor Anke Rhode die Ansicht, dass chronische psychiatrische Erkrankungen medikamentös beherrschbar sind und nicht mehr per se als Gründe gegen einen bestehenden Kinderwunsch angesehen werden können. Schwangerschaft und Mutterschaft bedingen ein zum Teil massiv erhöhtes Rezidivrisiko chronisch rezidivierender seelischer Erkrankungen ab Entbindung. Alle modernen Antidepressiva und Antipsychotika können in der Schwangerschaft eingesetzt werden. Nur für Lithium wurde ein leicht erhöhtes Risiko für kardiale Missbildungen nachgewiesen. Vermieden werden sollten zuverlässig Valproat und Carbamazepin (Indikation für eine Hormonspirale) sowie

möglichst Tranquilizer. In der Stillzeit problematisch ist Fluoxetin. Einzelheiten sind www.embryotox.de zu entnehmen.

Für die Therapie psychiatrisch Erkrankter in der Schwangerschaft gelten die gleichen Prinzipien wie bei nicht schwangeren Patientinnen. Es ist ein Kunstfehler, psychiatrisch Erkrankte mit Rücksicht auf die Schwangerschaft nicht oder nicht ausreichend zu behandeln. Intrapartal empfiehlt sich bei Bedarf Lorazepam. Peripartal empfiehlt es sich, wenn möglich zwei Wochen vor Entbindung die Dosierung der Medikation etwas abzusenken. Bei Vorliegen einer bipolaren, schizoaffektiven oder schizophrenen Psychose sollten unmittelbar postpartal hohe Dosierungen angestrebt werden. Des Weiteren wichtig sind Reizabschirmung, Schlafstabilisierung und Familienhilfe. Grundprinzip der Therapie ist die partizipative Entscheidungsfindung. Bromocriptin zum Abstillen ist obsolet.

Neurochirurgie und Psychiatrie

Zu den Gemeinsamkeiten von Neurochirurgie und Psychiatrie sprach Dr. Christoph Schul von der Neurochirurgischen Klinik Kempten-Oberallgäu. Nach kurzer Zusammenfassung der frustrierenden Geschichte neurochirurgischer Interventionsversuche bei psychiatrischen Patienten (Lobotomie, Ablation) erläuterte er an Fallbeispielen die neurochir-

urgisch behandelbaren Ursachen organischer Psychosyndrome: Hydrozephalus, Infarkte, Blutungen und Tumoren. Hydrozephalus: interdisziplinäre und zurückhaltende Indikationsstellung zur Shunt-Anlage; sorgfältige Prüfung endoskopischer Behandlungsmöglichkeiten; Katalogisierung aller Shunt-Patienten. Raumfordernde Infarkte und Blutungen: zurückhaltende Indikation zur komplikationsreichen Entlastungskraniotomie. Tumore: Erhaltung der Funktion gehe vor Radikalität; erreichbar durch Neuronavigation, intraoperatives Monitoring, Neuroendoskopie sowie fluoreszenzunterstützte Mikrochirurgie. Subarachnoidalblutung und asymptomatische Aneurysmata: Verbesserung der operativen und endovaskulären Therapiemöglichkeiten, sodass auch Aneurysmen mit einem Durchmesser von kleiner als 5 mm nicht per se von der Intervention ausgeschlossen werden sollten. Er schloss mit dem Rat Zufallsbefunde immer dem Neurochirurgen vorzustellen und Verlaufskontrollen nicht zu vernachlässigen, um etwaigen Handlungsbedarf rechtzeitig zu erkennen. □

AUTOREN

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
Dr. med. Ayhan Altunbas, Traunstein
Dr. med. Heino Sartor, Landshut

NeuroTransmitter-Sonderausgabe zum DGPPN-Kongress 2015



Der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) findet vom 25. bis 28. November 2015 im CityCube in Berlin statt.

Was braucht es, damit psychisch erkrankte Menschen heute und in Zukunft qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, psychologische und soziale Hilfe erhalten? Diese Frage steht im Zentrum des Kongresses 2015 unter dem Titel „Der Mensch im Mittelpunkt: Erwartungen, Bedarfe, Qualität und Gerechtigkeit in der Versorgung psychisch kranker Menschen“.

Auch in diesem Jahr begleitet Sie eine NeuroTransmitter-Sonderausgabe – federführend von der BVDP-Vorsitzenden Dr. Christa Roth-Sackenheimer zusammengestellt – zum und durch den Kongress.

Darin finden Sie Artikel zu aktuellen Themen wie die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge, die Diskussion um die Suizidbeihilfe oder Novellierung der Richtlinien-Psychotherapie sowie Beiträge zu gelungenen Versorgungsmodellen. Abgerundet und zu einem Begleiter durch den Kongress wird das Heft durch Tipps und Empfehlungen zum weiteren Veranstaltungsangebot.

Holen Sie sich Ihr kostenloses Exemplar der NeuroTransmitter-Sonderausgabe vor Ort! Es liegt für Sie bereit am Stand des BVDP und am Springer Medizin-Stand.



BVDN Landesverband Sachsen

Versorgungsstärkungsgesetz im Test

Seit Ende 2014 machen sächsische Ärzte bereits Erfahrungen mit Terminservicestellen und Neupatientenquotierung. Die finanziellen Auswirkungen sind noch unklar. Der BVDN Sachsen verfolgt die Entwicklung genau und setzt sich dafür ein, dass die Kollegen nicht schlechter abschneiden als bisher.

Sachsen hat das zweifelhafte Privileg, als erste die Neupatientenregelung nach dem Versorgungsstärkungsgesetz umzusetzen. Hintergrund war die Vorstellung, mit den Ergebnissen aus dem Modell Einfluss auf die Formulierung des Gesetzes nehmen zu können. Die Vertreterversammlung der KV Sachsen stimmte entsprechend am 17. September 2014 der Einrichtung einer „ServiceTelefon Terminvermittlung“ nach dem A-B-C-Modell zur Überweisungssteuerung zu, das flankiert wird von der finanziellen Förderung der Behandlung von Neupatienten (siehe Info-Box). Diese soll bei der KV Sachsen jene Patienten bei der Terminsuche unterstützen, die trotz aktueller Überweisung zum Facharzt und trotz ärztlich attestierter Dringlichkeit und eigenen Bemühungen keinen Facharzttermin erhalten haben. Die Dring-

lichkeit wird vom Hausarzt in der Überweisung gekennzeichnet (A – akut, am selben Tag, B – mäßig akut, innerhalb von vier Wochen und C – chronisch). Für A- und B-Überweisungen bekommen die Hausärzte einen pauschalen Honoraraufschlag. „Ein gleich großer Teil geht in den Facharzttopf“, erläutert die Vorsitzende des BVDN Landesverbandes Sachsen, Dr. Ulrike Bennemann aus Leipzig. „Aber wir müssen uns das im Gegensatz zu den Hausärzten quasi erarbeiten, das wird vorweg abgezogen. Das führt natürlich zu einer Missstimmung und fördert nicht unmittelbar die Zusammenarbeit.“ Erarbeiten müssen sich die Fachärzte dies durch eine zu erfüllende Quote von Neupatienten. Für das vierte Quartal 2015 wurde beispielsweise für Fachärzte für Nervenheilkunde eine Neupatientenquote von 14,03 %

angenommen, für Neurologen von 23,25 % und für Psychiater von 9,55 %. „Wir bekommen das Honorar nur zurück, wenn wir diese vorgegebene Neupatientenquote erfüllen“, berichtet Bennemann.

Zahlenquelle fragwürdig

Wie sich die Neupatientenquote genau errechnet, ließ sich allerdings nicht nachvollziehen. „Wir haben eine Befragung unter den Mitgliedern gemacht und der überwiegende Teil der Kollegen erfüllte die Quote nicht. Das hat zu viel Unmut in der Fachgruppe geführt!“ Die Strategie ist jetzt laut Bennemann, dies über einen Jahreszeitraum erst einmal so anzunehmen und natürlich die Neupatienten – so wie bisher auch – zu versorgen. Sollte sich herausstellen, dass gar nicht so viele Neupatienten auftauchen, soll eine Ausschüttung des vorweg abgezogenen und nicht ausgezahlten Honorars erfolgen. Wenn aber die Fachkollegen aufgrund der Drucksituation doch sehr viele Neupatienten rekrutieren und sich das Verhältnis zur Gesamtfallzahl dadurch verändert, fällt der Fallwert. „Deshalb scheint es uns wichtig, Maß zu halten und uns im mittleren Level zu bewegen“, erläutert Bennemann. „Sicher mag es sinnvoll sein, in diesem Zusammenhang die eigenen Praxisabläufe zu überprüfen. Aber grundsätzlich handhaben wir Neupatienten nicht wesentlich anders, als wir es bisher auch gemacht haben. Außerdem muss auch immer wieder klar gemacht werden, dass wir viele Chroniker haben und die Qualität der Behandlung nicht besser ist, wenn wir diese Patienten nur einmal im halben Jahr oder noch seltener sehen.“



Die Kollegen in Sachsen haben bereits Erfahrungen mit der Terminvermittlung gemäß Versorgungsstärkungsgesetz.

Hoher Terminbedarf

Seit Ende letzten Jahres gibt es auch die freiwilligen Terminservicestellen bei der KV in den Regierungsbezirken. „Insgesamt gab es bis März 2015 158 Wünsche nach Vermittlung einer Psychotherapie und 249 Wünsche nach Vermittlung eines Termins für einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt“, berichtet Bennemann. „Die Inanspruchnahme der Terminvermittlungsstelle mit Terminvermittlungswünschen für unsere Fachgebiete bestätigt unsere gefühlte – aber sich in der Bedarfsplanung nicht ausdrückende – Unterversorgung in unserem Fachgebiet und ist ein starkes Argument für weitere berufspolitische Interessenvertretung.“ Diese wird sich wie überall durch die hohe Zahl an Kollegen in höherem Alter und die Übergabe von Nervenarztsitzen an Einzelfachärzte der Neurologie oder Psychiatrie noch verstärken. „In den strukturschwächeren Gebieten ist die Situation schon jetzt prekär. Es kommen so hohe Fallzahlen zustande, dass die Kollegen das kaum mehr bewältigen können und die Qualität der Versorgung zu leiden droht“, beschreibt Bennemann die Situation. „Es gibt mit der KV Sachsen Überlegungen, bei der Weitergabe von einem Nervenarztsitz auf den nächsten Facharzt auf 1,5 Sitze aufzustocken. Aber definitive Aussagen dazu gibt es nicht.“

Konvergenz erhalten

Die Honorare der Fachgruppen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sind in Sachsen immer noch sehr unterschiedlich. „Das hängt natürlich auch von den Praxisprofilen ab“, gibt Bennemann zu bedenken, „zum Beispiel wie technikorientiert die Praxen sind, was sie an Diagnostik anbieten können oder ob sie eher gesprächsorientiert arbeiten.“ Orientiert am Fallwert gibt es einen Unterschied von etwa 20 Euro zwischen Nervenärzten und Neurologen. Allerdings haben Neurologen höhere Fallzahlen. Um Ausgleich bemüht, hält die Fachgruppe aber zusammen. „Wir haben weiterhin in Sachsen eine interne Konvergenz, jetzt in der nächsten Stufe. Berechnungsbasis war bisher das Jahr 2008, seit Ende letzten Jahres wurde die Berechnung korrigiert und wenn sich das bewährt, wird die neue Berech-

Neupatientenmodell in Sachsen

Das Neupatientenmodell wurde mit den Krankenkassen mit Wirkung für den Facharztbereich verhandelt und wird finanziell mit einer Zahlung in Höhe von 6 Millionen € im Zeitraum vom Quartal IV/2014 bis zum Quartal IV/2015 unterstützt. KV-seitig werden zirka 2 % des Gesamtvergütungsanteils der Ärzte des fachärztlichen Versorgungsbereiches als Mitfinanzierung eingesetzt.

Wirkung des Neupatientenmodells:

- Zuschlag für Neupatienten in Höhe von bis zu 50 % des RLV-Fallwertes
- Als Neupatient gilt, wer in den letzten drei Vorquartalen nicht von einem Arzt derselben Vergleichsgruppe in derselben Praxis behandelt wurde
- Zuschlag wird von der KV Sachsen zur Grundpauschale zugesetzt – kein weiterer Aufwand für die Ärzte

Quelle: KVS-Mitteilungen 09/2014

nungsgrundlage auch umgesetzt.“ Damit wird es in Sachsen voraussichtlich noch einmal eine gewisse Umverteilung zugunsten der Neurologen und Psychiater und zulasten der Nervenärzte geben.

IV stagniert

Selektivverträge zeigen in Sachsen zumindest eine gewisse Kontinuität, Grund zur Euphorie sind sie nicht, berichtet Bennemann. Der AOK-Vertrag zur integrierten Versorgung (IV) nach § 73a SGB V „PsycheAktiv Sachsen“ läuft weiter, wird aber immer mal wieder verändert. „Die letzte Änderung war zuungunsten der eingeschriebenen Kollegen“, stellt Bennemann fest. „Es rentiert sich nur, wenn man eine Mindestzahl an betreuten Patienten im Vertrag hat.“ Für Einzelpraxen ist die Vertragsgestaltung schwierig, weil an den sogenannten Therapiebegleiter eine ziemlich hohe fachliche Ausbildung geknüpft ist. „Die AOK hat zum Beispiel 20 Jahre Erfahrung in einer psychiatrischen Praxis und Zusatzqualifikation über den BVDN nicht akzeptiert, das ist frustrierend und ärgerlich.“ In Dresden läuft außerdem ein regionaler Vertrag der Techniker Krankenkasse (TK) für Patienten mit psychischen Störungen. „Der wird von uns mit Skepsis gesehen, weil er eher an den Fachärzten vorbei läuft“, sagt Bennemann und ergänzt: „Wir haben das Problem in Sachsen, dass wir leider noch keine psychiatrischen Krankenpflegedienste haben, sodass wir da von der Versorgung her sehr eingeschränkt sind.“

BVDN blickt in die Zukunft

Um einen Rück- und Ausblick der Arbeit des BVDN-Landesverbands Sachsen gebeten, betont Bennemann: „Es ist ein großer Erfolg, dass es unseren Landesverband so aktiv gibt und dass wir es geschafft haben, die drei Fachgebiete weiter zusammenzuhalten – da haben wir uns nicht beeinflussen lassen.“ Ein Erfolgsfaktor ist ihrer Aussage nach die strukturierte Arbeitsteilung zwischen den Vorstandsmitgliedern.

In Zukunft wird es weiterhin eine wesentliche Herausforderung sein, die Honorarsituation gut zu beobachten und zu entwickeln. Um der Flut von Veränderungen, der sich die neurologisch-psychiatrischen Fachärzte immer wieder gegenüber sehen, standzuhalten, will der BVDN Sachsen zukünftig eine stärkere Zusammenarbeit unter den Praxen anregen, zum Beispiel in Form eines gemeinsamen Sozialarbeiters für mehrere Praxen oder der strukturierten Aufteilung von Vertretungsfällen bei Langzeit-erkrankung von Kollegen. Noch in diesem Jahr soll zudem das Thema EVA-NP mit der Ärztekammer besprochen werden. Aber auch Selektivverträge sind für Bennemann noch aktuell: „Es wäre schon gut, wenn wir noch ein paar Verträge hätten, die flächendeckend zu nutzen wären“ und verspricht: „Da sind wir weiter dran.“ □

AUTORIN

Friederike Klein, München

European Union of Medical Specialists (UEMS)

8. Europäische Facharztprüfung für Neurologen

Während des EAN-Kongresses im Frühjahr 2016 findet zum achten Mal das neurologische Examen des European Board of Neurology statt. Ziel dieser freiwilligen Europäischen Facharztprüfung ist die Zertifizierung einer europaweit einheitlichen Qualität der Facharztausbildung.

Vom 28. bis 31. Mai 2016 wird die European Academy of Neurology (EAN) in Kopenhagen tagen. Einen Tag zuvor findet dort die 8. Europäische Facharztprüfung Neurologie statt. Dieses Examen dient zur europaweiten Qualitätsverbesserung sowohl der neurologischen Ausbildung als auch der praktizierten Neurologie. Zudem erleichtert die Prüfung Neurologen außerhalb der EU eine Anstellung im europäischen Gesundheitssystem.

Die Facharztprüfungen der UEMS, der nationalen Vereinigung der europäischen Fachärzte, gibt es bereits für 27 Fächer. Im Examen werden neben reinem Fachwissen auch die Betreuung der Patienten, die Fähigkeit zur Problemlösung sowie der Umgang mit Ethik und dem öffentlichen Gesundheitswesen evaluiert. Wie im Berufsalltag darf auch während der Prüfung im Lehrbuch nachgelesen werden.

Das Wissen wird in 100 Multiple-Choice-Fragen elektronisch über Kurse

der EAN (e-brain), europäische Guidelines und das Textbuch „Adam und Victor's Principles of Neurology“ abgefragt. Vorab sind die Teilnehmer aufgefordert schriftliche Ausarbeitungen zu den Themen Public Health, Ethik und Verfahrensfragen einzusenden, die in der Prüfung besprochen und bewertet werden.

Für die letzte EBN-Prüfung 2015 hatten sich insgesamt 80 Kandidaten aus Europa und 31 Teilnehmer aus nicht europäischen Staaten angemeldet. Beim Examen im Juni in Berlin schnitten 5 % der Kandidaten exzellent, 33 % gut, 17 % ausreichend und 32 % grenzwertig ab. Rund 13 % der Teilnehmer bestanden die Prüfung nicht.

Die Gebühr für die Prüfung 2016 in Kopenhagen beläuft sich bei frühzeitiger Anmeldung für Teilnehmer aus der EU auf 400 €, für nicht europäische Staaten auf 550 €. Nach dem 14. April sind 500 € beziehungsweise 650 € Anmeldegebühr fällig. *red*

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

8th European Board Examination in Neurology

Prüfungstermin: 27. Mai 2016

Prüfungsrahmen: Kongress der European Academy of Neurology (EAN)

Prüfungsort: Kopenhagen, Dänemark

Gebühren: Teilnehmer aus der EU: 400 €, nach dem 13. April: 500 €,

Teilnehmer aus Nicht-EU-Staaten: 550 €, nach dem 13. April: 650 €

Informationen: unter www.uems-neuroboard.org

oder bei Professor Kuks unter j.b.m.kuks@umcg.nl

Kontakt: UEMS – EBN, c/o Vienna Medical Academy

Alser Str. 4, A-1090 Wien, E-Mail: uems-sbn@medacad.org



Von „Helikoptereltern“ und „Burnout-Kids“

Überfördert oder überfordert?

Treibt ein leistungsorientiertes Bildungssystem immer mehr Jugendliche und junge Erwachsene in eine Erschöpfungsdepression und damit früher oder später in unsere Praxen? Oder sind es die überbehütenden Helikoptereltern, die ihre Kinder mit Kontrolle, Förderwahn, Verwöhnung und Verschönung unmündig halten und geradezu lebensuntüchtig machen? Zwei aktuelle Bücher analysieren das Thema – doch beschreiben sie letztlich Auswüchse und verallgemeinern zu stark.

Erziehung, Leistung und Schule sind häufig diskutierte Themen – und erreichen uns indirekt auch in der Praxis: Mütter, die darüber klagen, „wir müssen heute Abend noch Englisch zusammen lernen“, und vor Prüfungen der Kinder selbst schon schlaflose Nächte haben; auch junge Heranwachsende sehen wir, die nach absolviertem Schulabschluss in eine depressive Stimmung geraten, mit wenig Antrieb und Orientierung für das, was jetzt auf sie zukommen soll. Oft genug hören wir dann noch von steigendem Alkohol- und Medienkonsum Jugendlicher. Die Frage also ist, welche Problemkonstellationen junge Patienten zukünftig in unsere Praxen mitbringen.

Zwei Bücher liegen auf dem Tisch, und lassen den hier schreibenden Psychiater und Vater zunächst ratlos zurück. Der eine Autor prangert die Egalität in der Erziehung an, wonach Kinder heute schon den Status eines Chefs, zumindest aber eines gleichberechtigten Partners

erhalten würden [1]. Der andere wiederum lobt heutige Eltern, die sich mit großer Ernsthaftigkeit sowie auf Augenhöhe um ein Verstehen und Fördern ihrer Kinder bemühen würden, weshalb vielleicht gar keine so heftige Pubertät mehr notwendig sei [2]. Autonomie ist demnach schon vorher zum Thema geworden. Dieser Autor, Kinder- und Jugendpsychiater, Leiter einer entsprechenden Universitätsklinik sowie eines Kinderkrankenhauses, berichtet, er sei inzwischen dazu übergegangen, seine Arztbriefe direkt an die Kinder zu richten und nur noch nachrichtlich an die Eltern. Was wiederum dem anderen sicher ein Gräuel wäre, einem gerade in Ruhestand gegangenen Gymnasiallehrer, Schulpsychologen und Präsidenten des Deutschen Lehrerverbandes.

Kontrolle und Förderwahn?

Fangen wir mit letzterem an, Josef Kraus, der sich deutlich ausdrückt: „Zu den si-

chersten Methoden, Kinder unmündig und lebensuntüchtig zu machen, zählen neben der Kontrolle und dem Förderwahn Verwöhnung, Verschönung und Überbehütung“ [1]. Er beklagt übertriebenes Lob sowie die Scheu, Grenzen zu ziehen und Kinder Fehler machen zu lassen. Dabei kritisiert er Behavioristen und Analytiker gleichermaßen. Erstere würden eine „Allmacht der Erziehung und unbegrenzte Plastizität eines jungen Menschen“ propagieren, so als könne man aus einem Menschen ein Werkstück formen. Tiefenpsychologen wiederum würden ihre Begriffe und die Bedeutung der ersten Lebensjahre von ihren Praxiserfahrungen auf die Gesamtheit der Menschen übertragen. Kinder seien aber viel widerstandsfähiger als allgemein angenommen werde, so dass weder eine glückliche Kindheit eine Garantie für ein erfülltes Leben sei noch grundsätzlich ein Leben lang an einst zugefügten Wunden gelitten werden müsse.

Werden Kinder heutzutage überfördert und überbehütet, statt sie auch einmal eigenständig einen Baum erobern zu lassen?



© Ingo Bartussek (links) / iordani (rechts) / Fotolia.com

Kraus vermutet narzisstische Bedürfnisse bei den Eltern, weshalb eigene Wünsche, aber auch Zukunftsängste in das in vielen Fällen einzige Kind hineinprojiziert würden, wenngleich etliche Studien der letzten Jahre die Abstiegsangst der Mittelschicht unbegründet erscheinen lassen würden. Ein großes Harmoniebedürfnis verhindere nötige Konflikte, zumal die Beziehung zum Kind die partnerschaftliche schon längst in den Hintergrund gedrängt hätte. Kraus befürchtet, dass überbehütete Kinder wenig Eigeninitiative entwickeln, da sie sich auf die Eltern verlassen, und deshalb laut einer britischen Studie häufig Mobbing-Opfer würden. Weitere Folgen seien Unmündigkeit, überhöhte Ansprüche, eine Neigung zu dissozialen Haltungen und Handlungsweisen, eine Abhängigkeit von den Eltern, eine Suchtgefährdung generell („Verwöhnung als Droge“) sowie Schwierigkeiten in Partnerschaften, wenn eine Fortsetzung der elterlichen Verwöhnung erwartet werde.

Überanstrengung allenthalben?

Michael Schulte-Markwort wiederum, der Kinder- und Jugendpsychiater, sorgt sich um seine jungen Patienten, die seit fünf Jahren zunehmend mit einem Burnout in die Ambulanz kämen [3]. Er erkennt bei den Betroffenen eine langanhaltende Anstrengung, etwa sich an Druck in der Familie oder ungünstige schulische Rahmenbedingungen anzupassen, die dann in eine Erschöpfungsdepression mündet, verwendet von ihm als Synonym für den Burnout. Über 3% aller Kinder und Jugendlichen sieht er hiervon betroffen, von anderen Depressionen nochmals 5%. Als Ursachen vermutet er Folgen von Leistungsdruck, aber auch Streit, Trennung und Scheidung, er verweist auf das Los einsamer Kleinfamilien, die durch Arbeit und wiederum von Anstrengung gekennzeichnet seien: „Familie zeigt sich im Gewand einer postmodernen Fabrik, die mit hoher Taktung all diejenigen ausspuckt, die nicht mithalten können.“ Da sind zum einen abgehetzte Mütter, und zum anderen Väter, die nicht selten selbst mit der akuten Verhinderung eines Burnouts beschäftigt seien. Gefühle von Überlastung, Anspannung und Erschöpfung, die doch eigentlich für Er-

wachsene reserviert seien, seien nun im Kinderzimmer angekommen. Nicht unerwähnt bleibt auch das hohe digitale Tempo, dem diese Generation erstmals ausgesetzt ist. Die Kids seien angestrengt und mit sich und der Welt, in der sie leben, unzufrieden.

Ein wahrer Kern liegt wohl beiden Analysen zugrunde, die letztlich aber Auswüchse beschreiben und teilweise zu sehr verallgemeinern. Der Mechanismus, das eigene Kind vor Misserfolgen schützen zu wollen und Konflikte zu vermeiden, ist vertraut, ohne dass es sich schon um Überbehütung handeln muss. Dementsprechend sind Helikoptereltern für Schulte-Markwort eine Minderheit und kein allgemeines Zeitgeistphänomen, sondern nur die Spitze einer Entwicklung, die man als gut bezeichnen müsse, weil Eltern sich heutzutage mehr kümmern und sorgen.

Lebensumstände versus Lebenszufriedenheit

Beide erwähnen den UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder aus 2013 [4], wonach deutsche Kinder in puncto Lebensumstände auf Platz 6, bei der Lebenszufriedenheit jedoch nur auf Platz 22 stehen – hinter Spanien, Estland, Slowenien, Italien oder Portugal. Die Bewertung allerdings ist kontrovers. Kraus meint dazu: „Wir haben in Deutschland offenbar ein Luxusproblem. Je besser die Lebensumstände sind, desto mehr wird auf hohem Niveau gejamert. Schuld daran ist unter anderem eine schulpolitische und schulpädagogische Debatte, die den Kindern Stressgefühle indoktriniert.“ Als Pädagoge verteidigt er zwangsläufig das leistungsorientierte Schulsystem und spricht von einem „gewissen psychologischen Imperialismus“, der die Pädagogik mehr und mehr besetzt habe, übersieht dabei aber, dass die Durchrationalisierung der Bildungswege an Schule und Universität (Stichworte: G8, Bologna) zwangsläufig ihre Spuren hinterlässt. Schulte-Markwort wirft zudem bei diesem Thema den Lehrern vor, es gelinge ihnen nicht, die Kinder mit ihrer Lust und Motivation fürs Fach anzustecken und dabei mit Respekt und Anerkennung zu behandeln. Er schließt aus den Zahlen zu Wohlstand und Zufriedenheit, „dass es uns offensichtlich nicht ge-

lingt, unseren Kindern, trotz guter materieller Ausstattung, auch die entsprechende Lebenszufriedenheit zu vermitteln. Dieser Befund deckt sich für mich mit der so oft bei Kindern und Jugendlichen in der Ambulanz diagnostizierten Anstrengung. Allerdings sind die Kinder, die ich erlebe, nicht primär unzufrieden, sondern es ist die beschriebene Anstrengung, der alle – auch die Familie – ausgesetzt sind, die zu Unzufriedenheit und Erschöpfung führt, eine fast zwangsläufige Reaktion“.

Konsumwelt und Zeitmangel

Anstrengung resultiert oft auch aus Zeitknappheit, dabei steht heute durch technischen Fortschritt und kürzere Arbeitszeiten eigentlich mehr Zeit denn je zur Verfügung, wie Kraus anmerkt. Heute lebende Erwachsene (und auch ihre Kinder) sind jedoch mit zunehmenden Möglichkeiten etwa in den Bereichen der Mobilität und der Freizeitgestaltung konfrontiert, die genützt werden wollen, worauf der Wirtschaftswissenschaftler Paech hinweist [5]. Um aus den vielen Konsumprodukten, von denen Erwachsene und zunehmend auch schon Kinder und Jugendliche umgeben sind, Befriedigung zu erzielen und im Umfeld darüber noch mitreden zu können, ist ein hoher Aufwand an Zeit und Aufmerksamkeit für die Beschäftigung damit erforderlich. Das zeigt sich allein schon daran, dass Smartphones von Erwachsenen bis zu sechzig Mal am Tag entsperrt werden, wie erste Daten einer Studie des Psychoinformatikers Markowitz zeigen [6]. Wünschenswerte „Inseln der Gemeinsamkeit“ mit den eigenen Kindern (über vielleicht gleichzeitiges Handy-Bedienen hinaus), wie Schulte-Markwort sie empfiehlt, bleiben da kaum. Burnout muss also nicht nur durch ökonomischen Leistungsdruck entstehen.

Naturerfahrungen fehlen

Interessant ist aber auch, dass keiner der Autoren den Verlust der natürlichen Umwelt erwähnt, wobei die positiven Wirkungen vom Aufenthalt im Grünen längst bekannt sind. Kraus beklagt zu Recht heute bei Kindern eine zunehmend festzustellende Adipositas sowie Störungen der Motorik. Tatsächlich sind 49% aller vier- bis zwölfjährigen ge-

Kinder noch nie allein auf einen Baum geklettert [7]. Schulte-Markwort prangert zwar die zersplitterte Welt an, an Europa heranrückende kriegerische Auseinandersetzungen sowie die Ökonomisierung nahezu aller Lebensbereiche, was auch Kinder durch Nachrichten und Gespräche darüber sicher nicht unbeeinflusst lässt. Jedoch lassen auch wiederholte Meldungen über Klimawandel, Artensterben und Ressourcenknappheit die vor ihnen liegende Zukunft unsicher erscheinen [8]. Die Forderung einer natürlichen Umwelt jedoch sieht er als romantisch an. Dabei gibt es Hinweise dafür, dass über psychisch generell positive Effekte von Grün hinaus [9] auch umweltbasierter Unterricht mit vermehrten Aktivitäten im Freien Kenntnisse in den sozialen Fächern, Naturwissenschaften, Sprachen und Mathematik fördert, ebenso aber auch Problemlösungsfähigkeiten, kritisches Denken, Konzentration und Entscheidungskompetenz verbessert [10, 11]. Solche Naturerfahrung, die auch psychisch förderliche Rückzugsorte vermitteln kann, ist aber kaum mehr möglich, wenn die Menschen der Arbeitsplätze wegen weiter in die Städte drängen und zudem etwa in Bayern die Fläche von 25 Fußballfeldern täglich versiegelt wird, all dies ebenso Folge der von Schulte-Markwort zu Recht beklagten Ökonomisierung. Erstaunlich viele Patienten mit zum Teil schwieriger Kindheit beschreiben diese dennoch als positiv, weil sie so großen außerhäuslichen Freiraum gehabt hätten, und erkennen durchaus, dass dies für die heutige junge Generation nicht mehr gegeben ist. Die Flucht in die virtuellen Welten ist daher fast schon zwangsläufig, vorgelebt zudem von den Erwachsenen.

Brüchigere soziale Beziehungen in den Familien mit aktueller Scheidungsquote von 47%, ökonomische Prinzipien fast schon hinunter bis zum Kindergarten, zunehmender Leistungsdruck in der Arbeitswelt und an Schulen sowie sich verschlechternde Umweltbedingungen führen zu größerer Anstrengung, was das Risiko von Erschöpfung auch für Kinder erhöht. Die daraus resultierende Depression mag man dann gerne „Burnout“ nennen und sinnvollerweise von der



Vollchecker ohne Plan – Scheitern überbehütete Kinder als junge Erwachsene schon an einfachen lebenspraktischen Fragen?

reaktiven oder früher sogenannten endogenen Depression unterscheiden, wenn dies zu größerer gesellschaftlicher Aufmerksamkeit führt. Denn die von Schulte-Markwort geforderte Diskussion darüber, welche Werte wir unseren Kindern vorleben und vermitteln wollen, ist dringend nötig.

Reiferverzögerungen gehäuft

Was folgt aus alledem für die Praxis? Auch der Psychiater Josef Leßmann, Ärztlicher Direktor der LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt, beobachtet eine Zunahme von psychischen Störungen im jungen Erwachsenenalter, die nicht allein auf die Enttabuisierung derartiger Probleme zurückzuführen sei [12]. Wie Schulte-Markwort hat er in seinen Kliniken eine Station für 18- bis 24-Jährige eingerichtet und sieht gehäuft Fehlentwicklungen in der Persönlichkeitsentwicklung sowie Reiferverzögerungen. Viele Patienten würden schon an lebenspraktischen Fragen scheitern und keinen geregelten Tages- oder Wochenablauf haben. Eine deutliche Zunahme stationärer Behandlungen durch 20- bis 30-jährige Patienten im Zeitraum von 2000 bis 2011 hat sich statistisch bereits gezeigt [12]. Immer häufiger, so scheint es, kommen diese jungen Erwachsenen nun auch in unseren Praxen an. Ob hier tatsächlich ein Trend vorliegt, müssen weitere Untersuchungen zeigen. Es scheint sich insgesamt aber schon um tieferegreifende Probleme zu handeln als nur um übertriebene Sorgen ständig über ihren Heranwachsenden kreisenden Eltern. □

Literatur

1. Kraus J. Helikopter-Eltern, Schluss mit Förderung und Verwöhnung, Rowohlt, Reinbek, 2013
2. Schulte-Markwort M. Burnout-Kids, Wie das Prinzip Leistung unsere Kinder überfordert, Pattloch, München, 2015
3. Schulte-Markwort M. Gibt es das Burnout-Syndrom im Kindes- und Jugendalter? Plädoyer zur Erforschung eines unklaren psychischen Zustandes, Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2014; 42: 209–10
4. Bertram H (Hrsg.). Reiche, kluge, glückliche Kinder? Der UNICEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland, Beltz Juventa, Weinheim, Basel, 2013
5. Paech N. Postwachstum als Schutz vor Konsum-Burnout, in: Grüner Journalismus, <http://gruener-journalismus.de/postwachstum-als-schutz-vor-konsum-burn-out/> 16.3.2015
6. Bauer P. Die Zeitraffer, SZ-Magazin 43/2014
7. Miersch M. Kindern fehlt der Kontakt zur Natur, 12.2.2015: <http://www.forum-bildung-natur.de/presse/pressemitteilungen/emnid-umfrage-belegt-kindern-fehlt-der-kontakt-zur-natur>
8. Sohr S. Ökologisches Gewissen: Die Zukunft der Erde aus der Perspektive von Kindern, Jugendlichen und anderen Experten, Nomos, Baden-Baden, 2000
9. Meißner A. „Naturdefizitstörung“ – Eine neue Diagnose? Auswirkungen eines mangelnden Naturbezuges für Kinder – aber auch für Erwachsene, Sozialpsychiatrische Informationen 2012; 4: 49-51
10. Louv R. Das letzte Kind im Wald, Beltz, Weinheim Basel, 2011
11. Raith A, Lude A. Startkapital Natur – Wie Naturerfahrung die kindliche Entwicklung fördert, oekom München, 2014
12. Baudzus T. Jung, erfolgreich, depressiv, ausgebrannt, in: Die Welt, Düsseldorf regional, 18.11.2013

AUTOR

Dr. med. Andreas Meißner
FA für Psychiatrie und Psychotherapie
Tegernseer Landstr. 49, 81541 München
E-Mail: psy.meissner@gmx.de



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

Bürokratische Tätigkeiten, die in unseren Praxen kostenfrei zusätzlich und mit den Jahren zunehmend erledigt werden müssen, beanspruchen immer mehr Zeit. Hierzu zählen

- die differenzierte ICD-10-Verschlüsselung
- besondere und wechselnde Vorschriften beim Ausfüllen von Arzneimittel-, Betäubungsmittel-, Heil- und Hilfsmittelrezepten
- das Beachten von Leistungs-, Heilmittel- und Medikamentenbudgets
- Patienten- und KV-Antragsformulare verschiedenster Art
- sogenanntes Qualitätsmanagement
- Datenschutz
- Sicherheitsvorschriften
- Antikorruptionsvorgaben
- Fortbildungsverpflichtung
- Überprüfung der Qualität bei technischen Leistungen



Kassenanfragen

Den bürokratischen Aufwand managen

Schriftliche Anfragen über Patienten verschiedenster Behörden beschäftigen uns in den Praxen seit Jahren zunehmend. Bei vielen Anfragen sind Ärzte verpflichtet zu antworten. Hier gilt es, den Anforderungen zu genügen, den Aufwand jedoch im Rahmen zu halten.

– Zeit-Plausibilitätskontrollen

– Terminmanagement etc.

Manche Neuerung ist sinnvoll, auch wenn sie Arbeit macht, etwa die ICD-10-Kodierung zur Dokumentation der Morbidität. Auch Teile von Qualitätsmanagement erhöhen bei sinnvollem praxisgerechtem Einsatz die Patientensicherheit und stabilisieren Praxisabläufe.

Schriftliche Anfragen über Patienten beschäftigen uns in den Praxen seit Jahren in steigendem Maße. Urheber sind die verschiedensten Behörden. Die wichtigsten sind die Krankenkassen und der Medizinische Dienst (MDK), die Versorgungsämter, Arbeitsämter, Rentenversicherungsträger und Sozialgerichte. Die Krankenkassen betreiben offenbar ein zunehmend professionelleres „Krankengeldmanagement“. Dies bedeutet nicht selten, dass nach sechswöchiger Krankenschreibung durch den Hausarzt in unse-

ren Praxen bereits vor dem Erstkontakt beim Facharzt die Anfrage der Krankenkasse vorliegt, ob der Patient nicht bald wieder zur Arbeit gehen kann. Auch die Anfragen von Versorgungsämtern, der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Sozialgerichte haben zumindest nach dem Eindruck vieler Kollegen „gefühl“ zugenommen. Hier spielt sicherlich die in den letzten Jahren steigende Morbidität der Bevölkerung an psychischen Erkrankungen eine Rolle. Unabhängig hiervon besteht aber möglicherweise auch eine erhöhte Inanspruchnahme dieser Behörden durch die Versicherten, um beispielsweise einen höheren Grad der Behinderung oder eine Erwerbsminderungsrente zu erlangen.

Vertragsärzte sind grundsätzlich aufgrund gesetzlicher Regelungen dazu verpflichtet, personenbezogene medizinische Daten an die oben genannten Behörden weiterzugeben. Bei vielen Anlässen ist hierzu die Schweigepflichtentbindung des Patienten erforderlich.

Bei den zahlreichen bürokratischen Anfragen gilt es, den Aufwand – soweit gesetzlich möglich – in Grenzen zu halten, gut zu managen und Vorarbeiten an qualifizierte Mitarbeiterinnen zu delegieren.

Krankenkassen- und MDK-Anfragen:

Der Arzt ist gesetzlich verpflichtet (§§ 69, 73, 275, 276 SGB V) zu antworten, die Vergütung ist im EBM geregelt. Laut § 7 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist für die Antwort eine Frist von drei Arbeitstagen vorgesehen. Handelt es sich um die Krankenkasse oder den MDK in Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und um Anfragen im Rahmen der sogenannten Formularvereinbarung, ist eine gesonderte Schweigepflichtsentscheidungserklärung des Patienten nicht er-

forderlich. Geht die Anfrage aber darüber hinaus, kann der Vertragsarzt die Beantwortung verweigern und der Patient muss den Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Dies betrifft in Sonderheit die in den letzten Jahren häufiger gestellten gutachtlichen Anfragen zu Ausmaß und Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsunfähigkeit oder der Krankheitsprognose. Der Arzt kann dann seine Antwort von einer zusätzlichen Honorierung durch die Krankenkasse in Euro abhängig machen. Weil viele Ärzte zunehmend Kassen- und MDK-Anfrageformulare ignorieren, gehen manche MDK-Ärzte dazu über, die Auskünfte vom Vertragsarzt telefonisch einzuholen. Zu telefonischen Auskünften ist der Vertragsarzt nicht verpflichtet.

Anfragen von Gerichten, meist Sozialgerichten: Der Arzt ist verpflichtet zu antworten, wenn der Patient sein Einverständnis erteilt. Eine zusätzliche Untersuchung des Patienten wird vom Sozialgericht meist ausgeschlossen. Oft wird eine Frist von etwa einem Monat gesetzt. Das Honorar ist im Justizvollzugserschädigungsgesetz (JVEG, § 10) geregelt und beträgt für die üblichen kurzen Sozialgerichtsfragen 21 € zuzüglich Kopien und Porto.

Versorgungsämter (Zentrum, oder Landesamt für Familie und Soziales): Nach § 100 SGB X ist der Arzt verpflichtet, dem Versorgungsamt bei Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben auch ohne Einwilligung des Patienten personenbezogene medizinische Auskünfte zu erteilen. Bei darüber hinausgehenden Inhalten muss der Patient zustimmen. Meist teilen die Versorgungsämter im Anschreiben mit, dass die Einwilligung des Patienten vorliegt. Dem kann vertraut werden. Die Honorierung richtet sich laut § 21 SGB X nach dem JVEG und beträgt bei den üblichen kurzen Auskünften 21 € oder 38 €, wenn es sich um eine kurze gutachtliche Stellungnahme handelt.

Bundesagentur für Arbeit: Das Arbeitsamt stellt Anfragen auf Basis der Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der BÄK vom 1. Januar 2015 (bzw. § 100 SGB X). Auch hier ist der

Arzt verpflichtet, Auskünfte zu erteilen, wenn der Patient schriftlich eingewilligt hat. Die Vergütung für einen Befundbericht richtet sich ebenfalls nach dem JVEG, 21 €. Häufig werden nur Befundkopien gefordert, das Honorar beträgt hierfür 0,50 € je Seite für die ersten 50 Seiten, und 0,15 € für jede weitere Seite.

Rentenversicherungsträger: Der Arzt darf und muss beispielsweise der Deutschen Rentenversicherung (DRV) im Rahmen eines Befundberichtes antworten, soweit diese Angaben im Einzelfall zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe der DRV erforderlich sind und der Patient die schriftliche Einwilligung erteilt hat (§ 100 SGB X). Das Honorar für einen Befundbericht beträgt nach JVEG 21 € bis 44 € bei außergewöhnlich umfangreicher Tätigkeit. Für Gutachten können bei außergewöhnlich umfangreicher Tätigkeit 38 € bis 75 € liquidiert werden.

Anfragen von Sozialämtern: Hier handelt es sich heutzutage meist um Stellungnahmen zu Erwerbsfähigkeit und Pflegebedarf bei Hilfeempfängern, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet sind. Eine gesonderte Untersuchung des Patienten ist meist nicht erforderlich. Die Liquidation erfolgt nach GOÄ. Zum Ansatz kommen hier die GOÄ-GOP 70, 75, 80 oder 85 je nach Fragestellung und qualitativem Inhalt des (gutachtlichen) Berichtes. Zur Beantwortung ist der Arzt verpflichtet, wenn das Einverständnis des Patienten schriftlich vorliegt.

Überörtliche Sozialhilfeträger (Bezirke, Landschaftsverbände): Diese Behörden fordern meist sozialmedizinische Berichte oder gutachtliche Stellungnahmen im Rahmen der Langzeitbetreuung von Patienten mit chronischen ZNS-Erkrankungen. Die Einwilligungserklärung des Patienten oder des gesetzlichen Betreuers muss vorliegen. Der Patient soll meist nicht gesondert untersucht werden. Das Honorar wird frei vereinbart, meist besteht je Bundesland eine feste Übereinkunft mit dem Auftraggeber. Vor Beginn der Arbeit sollte sich der Arzt jedoch schriftlich das Honorar zusichern lassen.

Kommentar

In den allermeisten Fällen ist der Arzt gesetzlich verpflichtet, die Anfrage zu beantworten. Nur bei Krankenkassen- und MDK-Anfragen im Rahmen der Formularvereinbarung ist eine gesonderte Einwilligung des Patienten hierfür nicht erforderlich. Die Vorschrift des G-BA, MDK-Anfragen innerhalb von drei Arbeitstagen zu beantworten, konnte wahrscheinlich noch kein Vertragsarzt erfüllen. Bei allen Anfragen sollte man sich genau durchlesen, zu welchem Sachverhalt und in welchem Umfang Angaben gefordert werden. Meist wird der Berichtszeitraum konkret eingegrenzt. Zumindest bei Versorgungsämtern und Sozialgerichten kann man sich einer Beantwortung nicht wirksam widersetzen – es wird dann das persönliche Erscheinen vor dem Sozialgericht angeordnet. Sind Krankenkassen- und MDK-Anfragen offensichtlich unbegründet oder schießen über das Ziel hinaus, erproben viele Kollegen, die Antwort zu unterlassen. Dass die angebotenen Honorare für fachärztliche Befundberichte und gutachtliche Äußerungen in einem krassen Missverhältnis zum Aufwand der Beantwortung und in etlichen Fällen zur Bedeutung ihres Ergebnisses stehen, ist offensichtlich. Auch die Gebühren für angefertigte Kopien sind lächerlich, denn die zutreffenden Krankenhaus- oder Arztberichte müssen zuvor qualifiziert detektiert werden. Gegebenenfalls lässt sich der Arbeitsaufwand in der Praxis strukturieren und rationalisieren. Manche angefragten Fakten können von qualifizierten Mitarbeiterinnen anhand strukturierter Vorgaben vorbereitet werden. Der Arzt sollte nur das beantworten, was gefragt wird, es sei denn es handelt sich um Aspekte, die der anfragenden Behörde noch nicht bekannt und zur adäquaten Beurteilung notwendig sind. Auch die Länge des ärztlichen Befundberichtes kann der Höhe des angebotenen Honorars angepasst werden. Arbeitszeit, die Ärzte mit Bürokratie verbringen, geht von der Zeit ab, in der sie sich um Patienten kümmern können. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Apoplex

Rettungshubschrauber im Flight for Stroke

Der systematische Einsatz des Luftrettungsmittels unterstützt im ländlichen Raum die Schlaganfallversorgung, sodass mehr Patienten mit Verdacht auf akuten Schlaganfall innerhalb des Lysezeitfensters in eine Stroke Unit gebracht und lysiert werden.

HASSAN SODA, BAD NEUSTADT, UWE KIPPNICH, MAXIMILIAN KIPPNICH MÜNCHEN, VOLKER ZIEGLER, CHAM, BERND GRIEWING, BAD NEUSTADT, ASARNUSCH RASHID, BAD KISSINGEN



Die mobile elektronische Dokumentation bietet bereits im Rettungshubschrauber die Möglichkeit zur elektronischen Voranmeldung eines Patienten in der Zielklinik.

- | | | |
|--|---|---|
| <p>28 Rettungshubschrauber im Flight for Stroke
Appoplex</p> <p>35 Attacken mit Lähmungen, Bauchschmerz und Panik
Psychiatrische Kasuistik</p> | <p>39 Patientenorientierte Komplexversorgung für Menschen mit Demenz
Chancen und Aufgaben für den Facharzt</p> | <p>46 CME Depression und Angst nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma</p> <p>51 CME Fragebogen</p> |
|--|---|---|

Die zeitgerechte notfallmedizinische Versorgung von Notfallpatienten mit Verdacht auf akuten Schlaganfall stellt gerade im ländlichen Raum eine große organisatorische und ökonomische Herausforderung dar. Aufgrund des demografischen und strukturellen Wandels sowie dem damit verbundenen weiteren Besiedlungsrückgang wird eine angemessene und gleichzeitig ökonomische medizinische Versorgung der Bevölkerung in gering besiedelten ländlichen Gebieten immer schwieriger. Der steigende Kostendruck auf die Krankenkassen und auf das gesamte Gesundheitswesen führt zu einer Zentralisierung von Krankenhäusern und der Planung von spezialisiert-versorgenden Einrichtungen. Diese Veränderung in der Krankenhauslandschaft führt zu längeren Fahrtstrecken der Einsatzkräfte zu den Patienten und daraus resultierend auch zu einer prolongierten Rettungszeit. Bislang werden Rettungshubschrauber in Deutschland schon ergänzend zum bodengebundenen Rettungsdienst genutzt, um zeitnah einen Notarzt zur Einsatzstelle heranzuführen und Notfallpatienten über größere Distanzen in einem vertretbaren zeitlichen Rahmen zu transportieren. Eine weitere Indikation ist der erschütterungsarme, schonende Transport wie beispielsweise bei Verdacht auf ein Wirbelsäulentraumata.

Die Struktur in den ländlichen Regionen bedingt häufig lange Anfahrtswege der bodengebundenen Rettungsmittel zur nächsten Klinik mit Stroke Unit. Die reine Fahrzeit beträgt bei bodengebundenen Rettungsmitteln häufig mehr als 30 Minuten, was sich negativ auf das klinische Outcome auswirkt. Am Beispiel der nordbayerischen Region (Bezirk Unterfranken) wird ersichtlich, dass für den Transport in die nächste Stroke Unit teilweise enorme Wegstrecken zu bewältigen sind, hierbei sind widrige Bedingungen wie Glatteis, Schnee oder sonstige Einflüsse noch nicht einmal berücksich-

tigt (Abb. 1). Die Auswertung der prähospitalen Versorgungszeiten im Rahmen des INSPIRE-Projektes (gefördert vom BMBF, FKZ 01FL10079–01FL10082) hat gezeigt, dass diese 30 Minuten eine Zeitgrenze darstellt, die für den Einsatz der Luftrettung spricht. Motiviert durch diese Erkenntnisse hat man sich im Rahmen des Pilotprojektes mit den Partnern Neurologische Klinik Bad Neustadt (Bayern), Bayerisches Rotes Kreuz, DRF-Luftrettung, ADAC-Luftrettung, FZI Forschungszentrum Informatik (Karlsruhe) sowie dem Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen Ge-

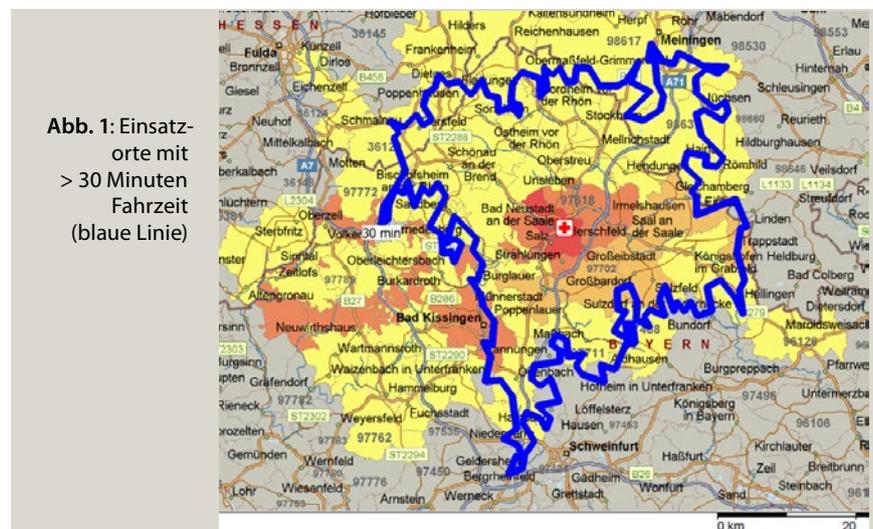
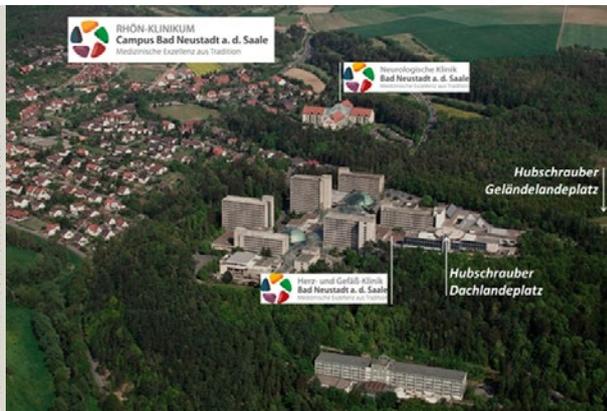




Abb. 2: Christoph 18 am Luftrettungszentrum Ochsenfurt/Bayern (mit freundlicher Genehmigung Dr. C. Markus, Universität Würzburg)

© C. Markus/Universität Würzburg



© Röhn-Klinikum Bad Neustadt a. d. Saale

Abb. 3: Hubschrauberlandeplätze an der Neurologischen Klinik Bad Neustadt.

danken gemacht, wie das häufig ungenutzte Potenzial der Luftrettung besser in die Schlaganfallversorgung eingebracht werden könnte. Als neuer Ansatz hierzu soll untersucht werden, ob eine luftgestützte Primärrettung auch als Alternative zum bodengebundenen Rettungsdienst implementiert werden kann. Luftrettungsmittel könnten dann größere Gebiete abdecken und Patienten vom Notfallort auf direktem Weg in die für sie geeigneten Kliniken transportieren. Grundüberlegung ist, dass für eine Fahrtzeit auf Land per RTW (Rettungswagen) von über 30 Minuten der Einsatz eines Rettungshubschraubers (RTH) zu favorisieren ist. Bei der Kalkulation ist auch die Start- und Landezeit des RTH mit zu berücksichtigen.

Pilotstudie

In einer Pilotstudie wurden im Zeitraum von 2009 bis 2014 die Effekte des systematischen Einsatzes des Rettungshubschraubers beim Schlaganfall untersucht und die Prozesse für eine vernetzte Zusammenarbeit erarbeitet. Beteiligt waren primär die Luftrettungsstationen Christoph 18 (Abb. 2) in Ochsenfurt (Trägerschaft zunächst DRF-Luftrettung, anschließend Wechsel und dann beim ADAC) sowie Christoph 28 aus Fulda und Christoph 60 aus Suhl. Ebenso fließen Ergebnisse von Patienten mit ein, welche von den Rettungshubschraubern Christoph 2 (Frankfurt/Main), Christoph 20 (Bayreuth) und Christoph 27 (Nürnberg) zur Neurologischen Klinik Bad Neustadt transportiert wurden.

Zu Beginn der Studie Anfang 2009 stimmte die Stroke Unit der Neurologischen Klinik Bad Neustadt Klinik mit den Mitarbeitern der Luftrettung die Prozesse zur akuten Schlaganfallversorgung ab und ging hierbei auf die neurologische Differenzialdiagnostik und Besonderheiten der Versorgung des akuten Schlaganfalls ein. Gemeinsam mit der Integrierten Leitstelle des Bayerischen Roten Kreuzes in Schweinfurt, den bodengebundenen Rettungsdiensten und den Luftrettungsmitteln im Einzugsgebiet definierte die Klinik die auf die Region zugeschnittenen Prozesse zur Zusammenarbeit bezüglich Akutmanagement und Voranmeldung.

In der Neurologischen Klinik Bad Neustadt wurden zu Beginn der Pilotstudie die Prozesse für einen möglichen Hubschraubereinsatz optimiert. Nach Rücksprache mit dem Team des Rettungshubschraubers wurde festgelegt, dass eine Landung auf dem Dach der Herz- und Gefäßklinik Bad Neustadt (HGK), statt wie üblich (vor 2009) am Bodenlandeplatz am Gelände des Campus Bad Neustadt (Abb. 3) stattfinden soll. Durch die Landung auf dem Dach konnte ein zusätzlicher bodengebundener Transport vermieden werden und so die Versorgung des Patienten noch schneller und effizienter gewährleistet werden. Hierfür wurde seitens der Neurologischen Klinik ein spezielles Team

Abb. 4: Mobiles Neurologie-Team mit Notfallrucksack



bereitgestellt, bestehend aus einer Pflegekraft und einem Arzt der Stroke Unit sowie einem speziell zusammengestellten Notfallrucksack (Abb. 4) (Notfallrucksack Hubschrauber Tab. 1), in dem sich alle für den Einsatz notwendigen Instrumente und Medikamente (u. a. rekombinanter Plasminogenaktivator, rtPA i. v.) befinden. Das Team wurde speziell geschult und ein Workflow erstellt (Tab. 2). Dieser legt fest, dass das Team direkt zum Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach der HGK gelangt und dort die Übergabe vom Rettungshubschrauber team erhält. Der Patient kann von dort aus direkt mit dem Aufzug in die Radiologie transportiert werden, wo nach Ausschluss einer intrazerebralen Blutung, eine Lysetherapie (bei entsprechender Indikation) noch am CT-Tisch erfolgen kann. So wurde eine erhebliche Zeiteinsparung im Sinne des Patienten (Door-To-Needle Zeit im Sinn des „Time is Brain“) erreicht. Anders als die bodengebunden transportierten Schlaganfallpatienten, die direkt in die Stroke Unit der Neurologischen Klinik Bad Neustadt transportiert und dort mit allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen versorgt werden, werden die mit dem Hubschrauber transportierten Patienten in der Herz- und Gefäßklinik durch ein mobiles Neurologie-Team betreut. In diesem Fall geht der Arzt zum Patienten und nicht umgekehrt.

Tab. 1: Ausstattung Notfallrucksack Hubschrauber

Vorderfach unten (⇒ Medikamente/Infusionszubehör)

Medikamente	Infusionen	Zubehör
1 x 50 mg Actilyse 1 x 10 mg Actilyse	2 x 100 ml NaCl 0,9% 1 x 250 ml NaCl 0,9%	1 Perfusor-Spritze 2 Perfusor-Leitungen 1 Infusionssystem 1 Heidelberger Verlängerung 1 Stauschlauch

Hauptfach (Dokumentation)

- 2 x Laborkarte für Notaufnahme
- 1 x „Ablaufplan bei Einsatz des Rettungshubschraubers“
- 1 x „Ausstattung Notfallrucksack Hubschrauber“
- 2 x Notaufnahmeprotokoll

Hauptfach kleine Tasche oben (⇒ Blutabnahme/Zugänge)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1 Stauschlauch | 2 Serum-Monovetten orange |
| 1 Kodan Desinfektionsspray | 2 Citrat-Monovetten grün |
| 10 Zellstoff-Tupfer (unsteril) | 2 EDTA-Monovetten rot |
| 1 Pflasterrolle | 2 Spritzen 10 ml |
| 4 Braunülen-Fixierpflaster | 2 Braunülen Gr. 20 rosa + Mandrin |
| 2 Butterfly-Blutentnahmesets | 2 Braunülen Gr. 18 grün + Mandrin |
| 5 Multiadapter | 2 Amp. NaCl 0,9% 10 ml |
| 5 Aufzugskanülen Gr. 18 rosa | |
| 1 Packung EKG-Elektroden | |

Hauptfach Ampullarium unten

Medikamente	Zubehör
3 Ampullen Urapidil 50 mg 3 Ampullen Urapidil 25 mg 2 Ampullen Ondansetron 2 mg 2 Ampullen NaCl 0,9% 10 ml 1 Ampullen Pantoprazol 40 mg 1 Spray-Flasche Glyceroltrinitrat 2 Ampullen Midazolam 5 mg	5 Spritzen 10 ml 5 Aufzugskanülen Gr. 18 rosa

	Aktion	Telefon	Bemerkung	Verantwortlich	
Vorbereitung	1	> Anmeldung RTH an Rezeption		Leitstelle	
	2	> Information des Aufnahmeteams	In Regelarbeitszeit: > 5777 (Arzt) > 5459 (Pflege) außerhalb: > 5431 (Arzt) > Diensthandy OA > 5459 (Pflege)	Aufnahmeteam: > In Regelarbeitszeit: SU-Arzt, Aufnahme-Pflegekraft > außerhalb: Dienst, Dienst-OA, Aufnahme-Pflegekraft	Rezeption
	3	> Information der Rezeption NKG über Patientendaten	8796	> Name, Vorname > Geburtsdatum > Krankenkasse (wenn möglich)	AA
	4	> Information der Rezeption HGK über RTH-Einsatz	2541	> Abklärung, ob Landeplatz frei und Landeplatzbeleuchtung anschalten lassen	AA
	5	> Information des OP-Koordinators HGK (Anästhesie)	2999	> Wenn möglich, mit voraussichtlicher Ankunftszeit	AA
	6	> In Regelarbeitszeit: Information des Radiologen HGK > Im Dienst: Information der MTRA Radiologie HGK	5160 5609	> Wenn möglich, mit voraussichtlicher Ankunftszeit	AA
	7	> Gang zum Eingriffsraum Station ITS 1		> RTH-Rucksack mitnehmen	Aufnahmeteam
	8	> Vorbereitung der Aufnahme		> PC hochfahren (s. Anweisung am PC) > iMed1 öffnen > Stroke Angel öffnen > CT-Anmeldung RIS (wenn nicht bereits in NK erfolgt)	AA, Pfl
	9	> Meldung des RTH-Starts durch Leitstelle			Leitstelle
	10	> Bestellung eines RTW zur HGK (CT oder Eingriffsraum ITS 1)	(Amt) 19222		AA
	11	> Information des Radiologen	8796	> von Rezeption NKG mit Radiologen verbinden lassen > CT-Anmeldung: rechtfertigende Indikation	AA
	12	> Information des OP-Koordinators	2999	> Mitteilung über Zeitpunkt des Eintreffens	AA
Patientenversorgung	13	> Übernahmegespräch > Anamnese und Untersuchung		AA	
	14	> Umlagerung des Patienten > Monitoring		Pfl	
	15	> Blutabnahme > ggf. Legen von 2 Verweilkanülen		> Mögliche Lyseindikation vermerken > Blut ins Labor HGK bringen	AA, Pfl
	16	> ggf. Anlage Dauerkatheter			Pfl
	17	> Vorbereitung Transport zum CT	5609	> Meldung an MTRA > Monitoring mitnehmen > rtPA mitnehmen	AA, Pfl
	18	> Durchführung CT		> Auswertung mit Radiologe	
	19	> Abklärung Indikation Lyse		> Bei Lyseindikation: Aufklärung des Pat. (siehe auch Lyseprotokoll)	AA, OA
	20	> Einleitung Lyse		> Monitoring RR: < 180 mmHg systolisch > Bolusgabe 10 mg rtPA (Bridging) > Dokumentation in Lyseprotokoll	AA, OA, Pfl
	21	> Information des SU-Teams	8530	> Zustand und Ankunft des Patienten > Anweisung zur Bereitstellung der Lyse-Restdosis nach Berechnungsschema	Pfl
	22	> Transport mit RTW in NKG		> Arztbegleitung erforderlich	AA
Nachbereitung	23	> Aufbereiten des Eingriffsraumes		> Aufräumen und Reinigen des Raumes > Überprüfung und Ersetzen der verbrauchten Materialien	Pfl
	24	> Dokumentation in Kurve und Akte			AA, Pfl

© Röhrn-Klinikum Bad Neustadt a. d. Saale

Tab. 2: Ablaufplan bei Einsatz des Rettungshubschraubers in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt.

Von 2009 bis 2014 erfolgte die Erfassung der Einsatz- und klinischen Daten aller RTH-Einsätze bei Verdacht auf Schlaganfall mit der Neurologischen Klinik Bad Neustadt als Zielklinik. Für jeden Einsatz erfasste eine Dokumentationsassistentin der Klinik die Variablen „Diagnose bei Entlassung“, „Geschlecht“, „Alter“ und „rtPA-Lyse verabreicht: Ja oder Nein“. Für die Datenerfassung und Auswertung unterzeichnete jeder Patient nach Aufklärung zur Studie eine Einwilligungserklärung. Die Auswertung dieser Daten soll schließlich zeigen, ob durch den Einsatz von Luftrettungsmitteln im ländlichen Raum mehr Schlaganfallpatienten von der Lysetherapie profitieren. Hierfür dient die Thrombolyserate aller Schlaganfallpatienten als eines der Qualitätskriterien (Thrombolyserate: Verhältnis der Anzahl der Schlaganfallpatienten, die eine Thrombolyse erhalten haben, zur Anzahl aller Schlaganfallpatienten).

Als limitierende Faktoren wurden gefährliche Wetterphänomene und die Tageszeit festgestellt. Bei Sturm, Gewitter, Schneefall und gefrierendem Regen ist der Einsatz eines RTH nicht möglich.

Ergebnisse

Zwischen 2009 und 2014 wurden in die Neurologische Klinik Bad Neustadt insgesamt 83 Patienten mit dem Rettungshubschrauber unter dem Verdacht auf einen akuten Schlaganfall eingewiesen (Tab. 3). Das mittlere Alter betrug 66,7 Jahre (± 16), 48 % ($n=40$) waren Frauen, 52 % ($n=43$) Männer. 64 Patienten (77 %) hatten ein zerebrovaskuläres Ereignis erlitten, 53 Patienten einen ischämischen Schlaganfall (63 %), zwölf (14 %) eine transitorisch ischämische Attacke (TIA). 18 Patienten (22 %) hatten eine „Stroke Mimic“ als Diagnose (epileptischer Anfall, Migräne, Synkope, Psychose, Somatisierungsstörung). Im Lyse-Zeitfenster erreichten 67 Patienten innerhalb von drei Stunden die Klinik.

Von den Patienten ($n=53$) mit ischämischem Schlaganfall wurden 29 (35 % aller Patienten) mit rtPA lysiert. Dies entspricht einer Thrombolyserate von 54 %.

Diskussion

Die Patienten, die mit dem Rettungshubschrauber zur Klinik transportiert wur-

Tab. 3: Basisdaten der Patienten, die mit Rettungshubschrauber in die Neurologische Klinik gebracht wurden (2009 bis 2014)

	n	%
Alle Patienten	83	100
Zerebrovaskuläres Ereignis	64	77
Ischämischer Schlaganfall	53	63
Transitorische Ischämische Attacke (TIA)	12	14
Stroke Mimic	18	22
Thrombolyse (alle Patienten)	29 von 83	34
Thrombolyserate (Thrombolyse bei Patienten mit Schlaganfall)	29 von 53	54

Abb. 5:
RTH-Landeplatz des
Universitätsklinikums
Würzburg



© Uwe Kippnich

den, sind im Vergleich zu den übrigen Schlaganfallpatienten deutlich jünger, 66,7 Jahre versus 72,4 Jahre. Die Thrombolyserate in Bayern für alle Kliniken, die in der BAQ (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung) im Jahr 2013 erfasst wurden, beträgt 16,5 %. Die Neurologische Klinik Bad Neustadt erzielte im Jahr 2013 für alle Schlaganfallpatienten (Rettungsdienst sowie Selbststeinweiser) eine Thrombolyserate von 24 %. Im Vergleich hierzu sind die 54 % extrem hoch und zeigen, dass die Selektion der Patienten durch das Rettungsteam sehr zuverlässig funktioniert. Dies kann auch auf die im Vorfeld erfolgte Schulung zurückgeführt werden. Daher sehen wir die Luftrettung von Patienten mit akutem Schlaganfall im ländlichen Raum als wichtige Ergänzung zur Optimierung der Rettungskette.

Ähnliche Ergebnisse erzielten Reiner-Dietmeyer et al. [1] in ihrer retrospek-

tiven Auswertung über das Schlaganfallregister Österreich. Anhand des Registers berechneten sie bei insgesamt 752 Schlaganfallpatienten, die zwischen 2003 und 2009 mit einem RTH direkt in eine Stroke Unit in Österreich transportiert wurden, eine Thrombolyserate von 24 %. Im Vergleich zu bodengebundener Rettung (18 % Thrombolyserate) bescheinigten sie der Luftrettung die kürzeste Versorgungszeit (von Symptombeginn bis Ankunft Klinik) sowie die höhere Thrombolyserate.

Hesselfeldt et al. [2] stellten in ihrer prospektiven Studie zum Vergleich von RTW und RTH bei der Verlegung von Schlaganfallpatienten hingegen fest, dass der Sekundärtransport mit einem RTW signifikant kürzer als mit einem RTH ist. Die Thrombolyserate lag bei den RTH-Einsätzen bei 34 %, bei RTW-Einsätzen bei 33 %. Allerdings wurden in dieser Studie ausschließlich Sekundärtransporte betrachtet, sodass eine Ver-

gleichbarkeit mit den Ergebnissen dieser Arbeit nicht möglich ist.

Die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Boden- und Luftrettung motivieren Gässler et al. [3]. Auch sie sehen Optimierungspotenzial an dieser Schnittstelle und empfehlen eine frühzeitige Indikationsstellung zum Lufttransport. So können unnötige und vermeidbare Zeitverluste reduziert und die bestmögliche Versorgung beim zeitkritischen Einsatz sichergestellt werden.

Eine umfassende Daten- und Literaturanalyse zum Einsatzspektrum der Luftrettung findet sich bei Viergutz et al. [4] am Beispiel des Standorts Christoph 41 (Leonberg) von 2006 bis 2011. Demnach ist eine „primäre RTH-Disposition parallel zum bodengebundenen Rettungsdienst durch die Rettungsleitstelle (...) daher immer dann sinnvoll, wenn die Notrufmeldung ein zeitkritisches notfallmedizinisches Krankheitsbild vermuten lässt und die Entfernung zur geeigneten Zielklinik einen Zeitvorteil durch den luftgestützten Transport erwarten lässt“. Wann genau ein Zeitvorteil durch Luftrettung entsteht, ist allerdings nach wie vor nicht allgemein beantwortbar und regional unterschiedlich zu bewerten.

Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass der Einsatz der primären Luftrettung für den akuten Schlaganfall Verbesserungen erzielen kann. Sie belegen die Notwendigkeit des weiteren Einsatzes in der Modellregion und den positiven Effekt der Zusammenarbeit von boden- und luftgebundenen Rettungsmitteln (**Abb. 5**). Aufbauend auf diese Ergebnisse diskutieren die beteiligten Partner den Einsatz mobiler Dokumentation und Kommunikation, und erörtern die Möglichkeiten zur Vernetzung ihrer technischen Systeme. Im Jahr 2014 führte der bayerische Rettungsdienst unter Federführung des Bayerischen Roten Kreuzes im Rahmen des Projekts „Telematik 2“ die mobile elektronische Dokumentation flächendeckend ein. Das System bietet die Möglichkeit zur elektronischen Voranmeldung eines Patienten an der Zielklinik an. So können Dokumentation und Kommunikation ineinandergreifen und sowohl die Effi-

zienz der Dokumentation steigern als auch die Versorgungsqualität verbessern. Im Stroke-Angel-Projekt konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass eine elektronische Voranmeldung zu kürzeren Behandlungszeiten in der Stroke Unit (Door-To-CT) und zu einer höheren Thrombolyse-Rate führen kann. Zudem führt das mobile System zu einer Verbesserung der Qualitätssicherung, da anhand einer elektronischen Checkliste alle wichtigen Messparameter für die Voranmeldung standardisiert abgefragt und übermittelt werden. Die Dokumentation im RTH erfolgt über die Digitalstift-Technologie auf Spezialpapier. In der Leitstelle und in der Klinik sind zudem eigene Systeme aus Leitstellentechnik und Krankenhausinformationssysteme im Einsatz. Für eine elektronische Kommunikation und die Sicherstellung der automatisierten Auswertbarkeit der Einsatzdaten wäre die Vernetzung dieser Systeme von Vorteil, entweder durch Schnittstellen zueinander oder durch eine übergeordnete Datenhaltung in Form eines Data-Warehouse.

Zum Thema Luftrettung ist darüber hinaus auf das Projekt PrimAIR [5] zu verweisen. In diesem vom BMBF geförderten Projekt wird untersucht, ob eine luftgestützte Primärrettung als Alternative zur bisher etablierten bodengebundenen Rettung dienen kann. Vor allem für strukturschwache Gebiete könnte die Luftrettung zu Kostenersparnis und Qualitätssteigerungen führen. Erste Zwischenergebnisse finden sich im Tagungsband des ersten PrimAIR-Symposiums [6].

Fazit für die Praxis

Damit ein Hubschraubereinsatz bei einem Schlaganfallpatienten zu einem Vorteil führt, müssen nicht nur die prähospitalen Abläufe optimiert werden, sondern auch die internen Abläufe der Klinik speziell an den Hubschraubereinsatz angepasst werden. Alle Glieder der Versorgungskette müssen so gut wie möglich zusammenpassen, damit am Ende eine optimale Versorgung für den Patienten erreicht wird. An dieser Nahtstelle ist ein regelmäßiger Austausch zwischen den Beteiligten notwendig, um auch nachhaltig sehr gute Ergebnisse erzielen zu können. □

Literatur

1. Reiner-Deitemyer V, Teuschl Y, Matz K, Reiter M, Eckhardt R, Seyfang L, Tatschl C, Brainin M. Helicopter Transport of Stroke Patients and Its Influence on Thrombolysis Rates, Stroke 2011; 42: 1295–1300
2. Hesselgeldt R, Gyllenborg J, Steinmetz J, Do HQ, Hejlselbæk J, Rasmussen LS. Is air transport of stroke patients faster than ground transport? A prospective controlled observational study. Emerg Med J 2014; 31 (4): 268–72
3. Gäbler M, Gloger P, Stolpe E, Ruppert M. Zusammenarbeit von Boden- und Luftrettung, Notarzt 2013; 29 (2): 69–82
4. Viergutz T, Bayer O, Weiss C, Braun J, Kalenka A. Einsatzspektrum eines Rettungshubschraubers. Anaesthesist 2014; 63 (12): 932–41
5. Käser B. PrimAIR – Konzept zur primären Luftrettung in strukturschwachen Gebieten – Herausforderungen für den Rettungsdienst der Zukunft aufgrund sinkender Bevölkerungszahlen bei gleichzeitiger Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung, Notarzt 2013; 29
6. Fachhochschule Köln, Institut für Rettungsingenieurwesen und Gefahrenabwehr (IRG): Notfallrettung im ländlichen Raum – Luftrettung als Lösung?! Tagungsband zum Symposium im Rahmen des Forschungsprojektes PrimAIR 2014, Pro BUSINESS, Berlin

AUTOREN

Dr. med. Hassan Soda

Leitender Oberarzt
Neurologische Klinik Bad Neustadt
Von-Guttenberg-Str. 10
97616 Bad Neustadt
E-Mail: h.soda.akut@neurologie-bad-neustadt.de

Prof. Dr. med. Bernd Griewing

Ärztlicher Direktor
Neurologische Klinik Bad Neustadt

Dr. Asarnusch Rashid

Medizin-Informatiker
mit Schwerpunkt Telemedizin
und Mensch-Technik-Interaktion
Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen

Dr. med. Volker Ziegler

Chefarzt
Sana Kliniken Krankenhaus Cham

Uwe Kippnich

Koordinator Sicherheitsforschung und angewandte Telematik
Bayerisches Rotes Kreuz
Landesgeschäftsstelle München

Maximilian Kippnich

Bayerisches Rotes Kreuz



Psychiatrische Kasuistik

Attacken mit Lähmungen, Bauchschmerz und Panik

Aktuelle Anamnese

Die Vorstellung des 43-jährigen Patienten erfolgte durch den Notarzt über unsere Rettungsstelle. Der Patient berichtete bei Aufnahme, seit der vergangenen Nacht erneut unter Albträumen, ausgeprägter innerer Unruhe, Luftnot, Herzrasen, Abgeschlagenheit, Kraftlosigkeit, Kribbeln und Schwäche der Beine, Lähmungserscheinungen der Beine und Arme, abdominellen Schmerzen und quälenden schmerzhaften „Krämpfen“ im gesamten Körper zu leiden. Er halte diesen Zustand nicht mehr aus, wisse nicht weiter, sei völlig verzweifelt, wisse nicht mehr, wie er dies alles überstehen solle. Er kenne solche „Anfälle“ bereits seit etwa acht Jahren, seit zirka vier Jahren habe die Frequenz jedoch deutlich zugenommen. Vier seiner insgesamt sieben Geschwister würden ebenfalls an ähnlichen, in Episoden auftretenden körperlichen Beschwerden leiden. Er sei seit Beginn der erneuten „Attacke“ in der vergangenen Nacht besonders verzweifelt, sehr unruhig und habe Gedanken, nicht mehr leben zu wollen. Bereits seit mehreren Monaten habe er keine Freude mehr empfinden können, einen Antriebsverlust bemerkt und sich zunehmend zurückgezogen. Es „laufe“ alles nicht mehr so gut, auch in seiner Ehe gäbe es Probleme. Da er sich durch einen anhaltenden Partnerschaftskonflikt sehr belastet fühle, konsumiere er vermehrt Alkohol, so habe er am Vortag eine Flasche Rotwein sowie zirka 100 ml Hochprozentiges getrunken.

Psychiatrische Vorgeschichte

In der Vorgeschichte lassen sich insgesamt vier depressive Episoden abgrenzen, erstmalig 1994, weitere Episoden

2003, 2006 und 2012. Bislang fanden zwei stationär psychiatrische Aufenthalte statt: 1994 aufgrund eines Suizidversuchs mittels Tablettenintoxikation vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren und 2012 bei depressiver Episode. Der Patient habe von 2012 bis 2014 eine ambulante, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie wahrgenommen. Subjektiv habe er davon nicht profitiert. Eine psychopharmakologische Behandlung sei bislang nicht erfolgt.

Suchtmittelanamnese

Der Patient berichtet, seit etwa 2003 regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Vor zirka neun Monaten sei eine deutliche Steigerung des Alkoholkonsums erfolgt; aktuell konsumiere er etwa 90 g Alkohol täglich in Form von Wein und Hochprozentigem. Der Patient berichtet von einem starken Verlangen, Alkohol zu trinken. Bei Versuchen, die Trinkmenge zu reduzieren, habe er eine vegetative Entzugssymptomatik mit innerer Unruhe, Zittern und vermehrten Schwitzen bemerkt. Teilweise bestehe morgendlicher Alkoholkonsum, zuletzt sei es aufgrund des Alkoholkonsums zu vermehrten Fehlzeiten am Arbeitsplatz gekommen. Er sei Nichtraucher, der Konsum illegaler Substanzen wird verneint.

Familienanamnese

Der Patient berichtet, dass bei seinem Vater eine Alkoholabhängigkeit bestanden hätte. Zwei seiner Geschwister würden ebenfalls vermehrt Alkohol konsumieren, nach Ansicht des Patienten läge ein Alkoholmissbrauch, möglicherweise auch eine Alkoholabhängigkeit vor. Suizide in der Familie sind nicht eruierbar. Vier seiner insgesamt sieben Geschwis-

Testen Sie Ihr Wissen!

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

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

(N = neurologisch, P = psychiatrisch):

NT 3/2015

N: Zunehmende zerebelläre und kognitive Symptome

NT 4/2015

P: SREAT imitiert postpartale Psychose

NT 5/2015

N: Chronisches Schmerzsyndrom bei zunehmender Varikosis

NT 6/2015

P: Albträume durch PTBS oder eine Schlafstörung?

NT 7 – 8/2015

N: Ist die Schilddrüse wirklich schuld?

NT 9/2015

P: Auf hohem Niveau: Risiko Gedächtnissorgen

NT 10/2015

N: Sterbewunsch bei der Parkinson-Krankheit

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



ter würden an ähnlichen, wiederkehrenden Beschwerden wie der Patient leiden.

Soziobiografische Anamnese

Er sei in einer großen Familie im Süden Deutschlands geboren und aufgewachsen und habe sieben Geschwister. Er arbeite als Berater in der Wirtschaft, sei verheiratet und habe eine Tochter sowie einen Sohn im Alter von sechs und zwei Jahren. Psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden in Form eines anhaltenden Partnerschaftskonfliktes, finanzieller Schwierigkeiten nach Erwerb von Wohneigentum und beruflicher Schwierigkeiten aufgrund von vermehrten krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Wir sahen einen wachen, etwas ungepflegten Patienten in reduziertem Allgemeinzustand und schlankem Ernährungszustand. Er war zum Aufnahmezeitpunkt alkoholintoxiziert mit 2,4 Promille in der Ausatemluft. Der Patient war bewusstseinsklar und allseits orientiert, Aufmerksamkeit und Konzentration waren deutlich vermindert, die Merkfähigkeit war geringfügig reduziert (zwei von drei dargebotenen Begriffen wurden erinnert). Formalgedanklich war der Patient geringfügig verlangsamt, zeitweise weitschweifig und umständlich, inhaltlich zeigte er sich eingeeengt auf die bestehende körperliche Symptomatik, den Partnerschaftskonflikt sowie auf Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Zukunftsängste. Es fanden sich kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen sowie keine Zwänge. Der Patient berichtete von in den Krankheitsepisoden auftretender, deutlicher innerer Unruhe mit Steigerung bis hin zu Panikattacken mit Herzrasen, Zittern und Dyspnoe sowie von Erwartungsängsten (Angst vor der nächsten Attacke/vor dem nächsten Anfall). Es fanden sich daneben Zukunftsängste, Überforderungs- und Insuffizienzgefühle. Im Affekt war der Patient deutlich niedergedrückt, weinerlich-klagsam und affektlabil, er gab eine Anhedonie an. Der Antrieb war vermindert, psychomotorisch zeigte sich der Patient unruhig. Vegetativ bestanden ein Libidoverlust, Appetitverlust ohne Gewichtsverlust sowie

Ein- und Durchschlafstörungen. Lebensüberdrussgedanken und Suizidideationen wurden berichtet, zum Zeitpunkt der Aufnahme konnte sich der Patient von akuter Suizidalität distanzieren.

Internistisch-neurologischer Untersuchungsbefund

Wir sahen einen 43-jährigen Patienten in reduziertem Allgemeinzustand und schlankem Ernährungszustand. Diffuser Druckschmerz über dem gesamten Abdomen, vermehrte Darmgeräusche, sonst regelrechter internistischer Befund. Es bestand kein fokales neurologisches Defizit.

Labor

Bis auf eine vorbekannte, geringfügige Hyperbilirubinämie kein wegweisender Befund, alle Parameter waren im Referenzbereich.

Ruhe-EKG

Sinusrhythmus, Herzfrequenz 70 Schläge/min, Indifferenztyp, keine Erregungsbildungs-, -ausbreitungs- oder -rückbildungsstörungen.

MRT Kopf

Altersuntypische, fortgeschrittene globale Hirnvolumenminderung mit parietaler Betonung. Geringe, am ehesten mikroangiopathisch bedingte Marklagerläsion.

EEG

EEG vom alpha-Typ. Keine regionale oder generalisierte Hirnfunktionsstörung. Kein Hinweis auf eine regionale oder generalisierte Erregbarkeitssteigerung.

Therapie und Verlauf

Zunächst erfolgte wegen des Beschwerdebildes mit auch stärksten abdominalen diffusen Schmerzen eine internistische Vorstellung des Patienten. Hier berichtete er, dass in seiner Familie eine Stoffwechselerkrankung im Sinne einer Porphyrie bekannt sei, vier seiner Geschwister seien in unterschiedlicher Intensität ebenfalls davon betroffen. Genetisch sei bei ihm die Diagnose einer akuten intermittierenden Porphyrie bereits 1994 gestellt worden. Typische Schübe seien jedoch erst im Verlauf aufgetreten,

so leide er seit etwa sieben Jahren unter wiederkehrenden Schüben, diese hätten in den letzten Monaten in ihrer Häufigkeit deutlich zugenommen. Der akute Schub der intermittierenden Porphyrie wurde daraufhin mit Hämarginat sowie Glukoseinfusionen behandelt, analgetisch wurde Pethidin gegeben. Darunter zeigte sich eine rasche Besserung der Beschwerden (krampfartige Schmerzen, Taubheitsgefühl mit Schwäche der Arme und Beine, Hyperventilation, Tachykardie und ausgeprägte innere Unruhe mit teils psychomotorischer Erregung). Aufgrund eines zusätzlichen Entzugssyndroms bei Alkoholabhängigkeit sowie eines mittelgradigen depressiven Syndroms fand anschließend eine stationär-psychiatrische Weiterbehandlung statt. Es erfolgte eine qualifizierte Entzugsbehandlung mit Gabe von Lorazepam. Im Hinblick auf die bestehende mittelschwere depressive Episode bei rezidivierend depressiver Störung entschieden wir uns wegen der bekannten Porphyrie und auf Wunsch des Patienten im weiteren Verlauf gegen eine psychopharmakologische Behandlung mit Antidepressiva.

Der Patient nahm motiviert am multimodalen Therapieprogramm teil, in Einzelpsychotherapeutischen Sitzungen lag der Schwerpunkt in einer motivationalen Therapie und dem Umgang mit psychosozialen Stressoren. Zudem erfolgte die Teilnahme an einer suchtspezifischen Gruppenpsychotherapie. Der Patient zeigte sich im Verlauf der Behandlung deutlich zuversichtlicher, zukunftsorientiert und motiviert bezüglich einer anhaltenden Abstinenz von Alkohol. So wurde eine anschließende tagesklinische Entwöhnungstherapie organisiert ebenso wie der Besuch einer Selbsthilfegruppe. Nach fünfwöchigem stationärem Aufenthalt entließen wir den Patienten remittiert bezüglich der depressiven Symptomatik in die ambulante internistische und psychotherapeutische Weiterbehandlung.

Bewertung und Diskussion

Der berichtete Fall stellt einen Patienten mit einer akuten intermittierenden Porphyrie (AIP) sowie einer komorbid bestehenden Alkoholabhängigkeit und einer rezidivierenden depressiven Störung dar. Die akute intermittierende Porphyrie

rie ist die häufigste akute Porphyriform und wird autosomal dominant vererbt. Die Aktivität der Porphobilinogen-Desaminase (PBGD) als Enzym der Häm-biosynthese ist bei Betroffenen um 50% reduziert [1]. Dabei ist die Entwicklung von Symptomen von verschiedenen auslösenden Faktoren, wie dem im Fall dargestellten exzessiven Alkoholkonsum, abhängig.

Ein Porphyruschub kann sich in einer Kombination aus internistischen, neurologischen und neuropsychiatrischen Symptomen äußern. Die Behandlung eines Schubes einer akuten intermittierenden Porphyrurie erfolgt mit parenteraler Gabe von Hämarginat und Glukose sowie einer symptomorientierten analgetischen und antiemetischen Therapie. Durch die Verabreichung von Hämin wird der Hämmangel gebessert und über eine Feedback-Regulation die Aktivität der Delta-Aminolävulinsäure-Synthase (d-ALA-Synthase, ALAS1) als Schlüsselenzym für die Porphyrinsynthese supprimiert, ebenso auch durch Glukose, die meist bei milderer Symptomatik oder fehlender Verfügbarkeit von Hämarginat verwendet wird. Neben der spezifischen Behandlung sollten auch auslösende Faktoren, die den Porphyruschub provoziert haben könnten, identifiziert und behoben werden.

Die Diagnose einer akuten intermittierenden Porphyrurie erfolgt anhand des klinischen Bildes eines rötlichen, beim

Stehenlassen nachdunkelnden Urins, dem qualitativen Nachweis von Porphobilinogen und 5-ALA im Urin mittels des Schwarz-Watson-Test, einer quantitativen Bestimmung von Hämvorstufen im 24-Stunden-Urin und Stuhl, der Bestimmung der Enzymaktivität der PBGD in Erythrozyten sowie durch molekulargenetische Untersuchungen. Bei Patienten, die an einer akuten intermittierenden Porphyrurie leiden, wird zur Identifizierung von bisher asymptomatischen Genträgern eine Familienanalyse durchgeführt. Genträger erhalten Notfallausweise. Nur 10–20% aller Genträger entwickeln Symptome [1].

Im hier geschilderten Fall war die akute intermittierende Porphyrurie bereits vordiagnostiziert worden, sodass die Einschätzung der akuten Symptomatik und deren Abgrenzung von anderen, möglicherweise auch zusätzlich komorbid vorliegenden psychiatrischen oder neurologischen Krankheitsbildern vereinfacht wurde. So zeigte der Patient im Rahmen eines Schubes der akuten intermittierenden Porphyrurie neuropsychiatrische Symptome in Form von deutlicher Verzweiflung, Weinerlichkeit, ausgeprägten Ängsten, psychomotorischer Unruhe und Suizidgedanken, berichtete aber auch außerhalb einer solchen Attacke eine depressive Symptomatik mit Anhedonie, Antriebsverlust und sozialem Rückzug. Zudem lag im vorliegenden Fall eine komorbide Alkoholabhän-

gigkeit vor, die aufgrund des exzessiven Alkoholkonsums eine Häufung von Schüben der akuten intermittierenden Porphyrurie mit sich brachte.

Zu beachten ist, dass die Symptomatik von Porphyrurieattacken grundsätzlich unspezifisch ist. Die akute intermittierende Porphyrurie kann ebenso wie andere hereditäre metabolische Störungen ausschließlich neuropsychiatrische Symptome aufweisen; oder neuropsychiatrische können krankheitsspezifischen körperlichen Symptomen isoliert vorausgehen. Dies erschwert die Diagnose erheblich. Auch ist die akute intermittierende Porphyrurie (mit einer Inzidenz von 1:10000 in den meisten Populationen) bei psychiatrischen Patienten wesentlich stärker verbreitet (1:500) [1, 2]. Daher ist es besonders wichtig, in der klinischen Praxis bei unklaren neuropsychiatrischen, neurologischen und internistischen Beschwerden auch an die Möglichkeit einer Porphyrurieattacke zu denken. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

**Max Burger, Dr. Nicoleta Cosma
Dr. med. Francesca Regen**
Klinik und Hochschulambulanz für
Psychiatrie und Psychotherapie
Charité, Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
E-Mail: max-benedict.burger@charite.de

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche der folgenden neuropsychiatrischen Symptome können während einer Attacke einer akuten intermittierenden Porphyrurie auftreten?

- Antriebslosigkeit und niedergedrückte Stimmung
- Psychomotorische Unruhe
- Halluzinationen
- Müdigkeit
- Alle Symptome (a–d) treffen zu.

Lösung

Richtig ist die Antwort e. Psychiatrische Symptome einer Attacke einer akuten intermittierenden Porphyrurie sind sehr variabel

und können prinzipiell jede Veränderung des psychopathologischen Befundes umfassen, wie zum Beispiel psychotisches Erleben, Apathie, psychomotorische Erregung, Angst, Depression, Agitation oder Delir. Das wichtigste und häufigste diagnostische Zeichen einer Attacke einer akuten intermittierenden Porphyrurie sind akute, kolikartige Bauchschmerzen (bis zu 90% der Fälle). In 80–75% der Fälle werden diese von Übelkeit und/oder Erbrechen sowie neuropsychiatrischen Symptomen begleitet (bis zu 50–60% der Fälle) [3, 4]. Diese sind in ihrer klinischen Ausprägung sehr variabel und können von Antriebslosigkeit und niedergedrückter Stimmung bis hin zu ausgeprägter

Müdigkeit, Stupor und Koma sowie von leichter psychomotorischer Unruhe und Halluzinationen bis zur hin zu einem Delir reichen [5, 7, 8]. Die neurologischen Symptome können generalisierte Krampfanfälle, oder wie im geschilderten Fall Hypästhesien und Lähmungen beinhalten [3, 6]. Die Pathogenese der neuropsychiatrischen Symptome ist noch nicht genau bekannt, diskutiert werden unter anderem neurotoxische Effekte einer 5-ALA- und Porphobilinogenablagerung [15], ein Hämmangel sowie auch eine fehlerhafte mitochondriale Energieproduktion im ZNS [16]. Das Ausmaß und die Variabilität der neuropsychiatrischen Symptomatik führen häufiger zu Fehldiagnosen.

Frage 2

Welches der folgenden Krankheitsbilder liegt bei Patienten mit einer akuten intermittierenden Porphyrie komorbid am häufigsten vor?

- Depression
- Demenz
- Bipolare Störung
- Angststörungen
- Schizophrenie

Lösung

Richtig ist die Antwort d. Die Inzidenz psychischer Störungen ist bei Patienten mit akuter intermittierender Porphyrie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wesentlich höher [9, 10]. So treten zum Beispiel affektive Störungen signifikant häufiger auf. Angststörungen wurden dabei in mehreren Studien als die häufigste psychiatrische Störung angegeben.

Bis zu 26 % der an einer akuten intermittierenden Porphyrie erkrankten Patienten geben eine Angstsymptomatik während und zwischen den Attacken an [9, 10, 13, 14].

Frage 3

Was gilt *nicht* als möglicher Auslöser einer Attacke einer akuten intermittierenden Porphyrie?

- Kontrazeptiva
- Stress
- Energiereiche Diät
- Alkohol
- Medikamente

Lösung

Richtig ist Antwort c. Häme sind eine Gruppe metallhaltiger Porphyrinkomplexe, die erforderlich sind für die Synthese zahlreicher Hämoproteine wie Myoglobin, Katalase, Succinat-Dehydrogenase, Cyclooxygenase, Cytochrom P450 (CYP450)-Enzyme und Hämoglobin. In der Leber ist die Delta-Aminolävulinsäure-Synthase (d-ALA-Synthase oder ALAS1) das geschwindigkeitsbestimmende, erste Enzym der Hämsynthese. Eine Induktion von ALAS1 führt zu erhöhter Produktion von Aminolävulinsäure (ALA) und Porphobilinogen (PGB) bei gleichzeitig vermindertem Metabolismus aufgrund der verminderten Aktivität der Porphobilinogen-Desaminase (PBGD) und damit zu einer Akkumulation dieser toxischen Metabolite und einer akuten Attacke.

ALAS 1 in der Leber wird durch die Menge an verfügbarem Häm in Hepatozyten reguliert, das zum Großteil für die Synthese von CYP450-Enzymen verwendet wird. Die Menge an verfügbarem Häm in Hepatozyten wird durch Substanzen, die zu einer CYP-Induktion in der Leber führen, reduziert, daneben können CYP-Induktoren und zum Beispiel eine verminderte Nahrungsaufnahme auch zu einer direkten ALAS1-Induktion führen. Zu möglichen Induktoren der ALAS1 zählen daneben Stress, Entzündungen, Alkohol, Nikotinkonsum, Östrogene oder Steroide [11, 12].

Weiterführende Informationen und auch Hinweise zur Auswahl passender Medikamente bei bekannter Porphyrie finden sich zum Beispiel unter www.drugs-porphyria.org, bei der „American Porphyria Foundation“ (www.porphyriafoundation.com) oder dem „European Porphyria Network“ (www.porphyria-europe.com).

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Chancen und Aufgaben für den Facharzt

Patientenorientierte Komplexversorgung für Menschen mit Demenz

Bei Forderungen nach einer besseren Demenzversorgung ist zu beachten, dass es bereits heute Ansätze gibt, die eine patientenorientierte Langzeitversorgung für Menschen mit Demenz praktizieren. Ein Beispiel ist das Versorgungsmodell in Stralsund. Darin nimmt der Facharzt eine zentrale Rolle ein, obwohl die Versorgung nicht arztzentriert, sondern eher koproduktiv und teamorientiert charakterisiert ist.

STEFANIE RICHTER, FÜRTH

Die Diskussion eines Versorgungsansatzes für Menschen mit Demenz, der medizinische, rehabilitativ-therapeutische, pflegerische und betreuende Leistungen sowie ambulante, teilstationäre und Wohnstrukturen integriert und darauf abzielt, eine auf den Einzelfall und den Krankheitsverlauf abgestimmte Komplexversorgung zu ermöglichen, und zwar lückenlos von der Diagnostik bis zur Begleitung am Ende des Lebens, steht im Mittelpunkt dieses Artikels. Dabei übernimmt der Facharzt Gatekeeper- und arbeitsteilig mit der Pflege Fallmanagerfunktionen und arbeitet eng mit Angehörigen, Pflege- und Betreuungskräften, Therapeuten sowie Haus- und Fachärzten zusammen.

Ausgangssituation

In Deutschland sind laut Schätzungen derzeit bis zu 1,47 Millionen Menschen demenziell erkrankt [1]. Die Prävalenz liegt bei den über 65-Jährigen bei zirka 8,8 % [1]. Bereits heute stellen Demenzerkrankungen die sechshäufigste Todesursache in Deutschland dar [2] und gehören zu den kostenintensiven Erkrankungen [3]. Sofern es keine ursächliche Therapie und Prävention gibt, werden im Zuge des Altersstrukturwandels die Fallzahlen deutlich steigen. Bickel prognostiziert für Deutschland im Jahr 2050 bis zu 3,02 Millionen Demenzfälle [1]. Charakteristisch für Demenzerkrankungen sind die fortschreitenden Gedächtnis- und Denkstörungen, begleitet von psy-

chischen, verhaltensbezogenen und körperlichen Störungen. Da die Patienten überwiegend in einem höheren Alter sind, können gleichzeitig altersbedingte Probleme wie Gebrechlichkeit (Frailty), Multimorbidität oder weitere chronische Erkrankungen auftreten. Dementsprechend vielschichtig sind die Auswirkungen auf das Leben und die Alltagsbewältigung der Menschen mit Demenz sowie ihrer Angehörigen. Im Krankheitsverlauf wird ein breites Repertoire an Versorgungsleistungen und Strukturen relevant (**Abb. 1**). Zwar gibt es bisher keine ursächliche Behandlung, jedoch zeigen Studien, dass verschiedene Elemente einer guten Versorgung den fortschreitenden Krankheitsprozess verzögern und

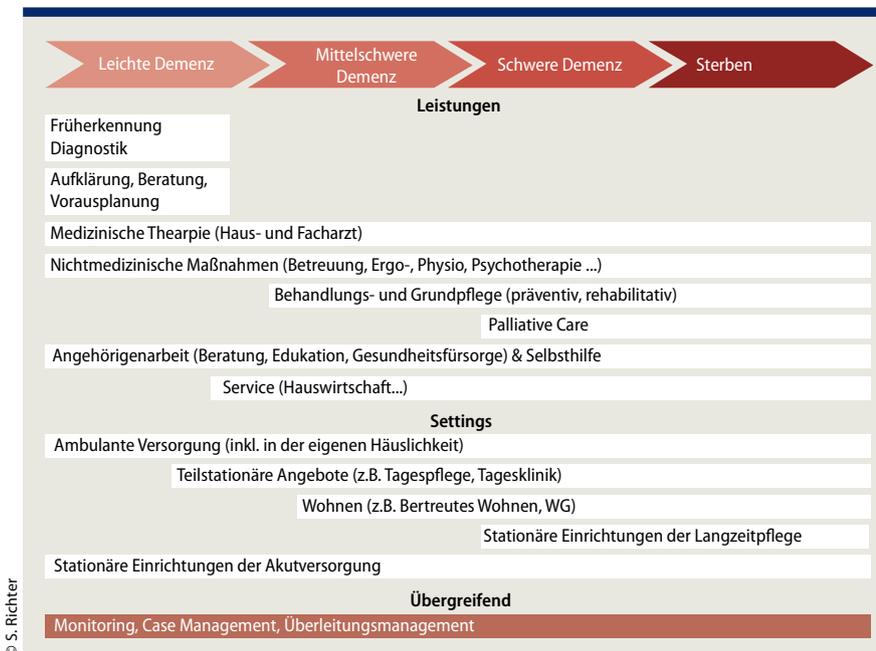
Symptome vorbeugen oder sie lindern können. Hierzu zählen zum Beispiel

- eine frühzeitige Problemwahrnehmung durch den Hausarzt und Differenzialdiagnostik durch den Facharzt,
- eine umfassende Aufklärung, Information, Versorgungsvorausplanung und begleitende Beratung,
- eine auf den Einzelfall zugeschnittene Versorgung, die fach- und hausärztliche Behandlung mit nichtmedizinischen Maßnahmen (z. B. Betreuung, Ergo-, Bewegungs- und Ernährungstherapie) kombiniert und die dem wachsenden Bedarf angepasst wird,
- eine Ressourcen und Wohlbefinden fördernde, präventiv und rehabilitativ ausgerichtete Behandlung, Betreuung,

Im Rahmen des Versorgungsmodells übernimmt ein ambulanter Pflegedienst präventiv-rehabilitativ ausgerichtete Grund-, Behandlungs- und Palliativpflege in der Häuslichkeit sowie im Betreuten Wohnen.

© Alepnul / Fotolia.com





© S. Richter

Abb. 1: Versorgungsleistungen und Settings, die im Verlauf einer Alzheimer-Demenz relevant werden können.

Therapie und Pflege, die auf konzeptionellen Grundsätzen demenzieller Versorgung aufbaut (z. B. personenzentrierter Ansatz nach Kitwood [4] oder NICE-Guidelines [5, 6]) und palliative Aspekte frühzeitig integriert, — eine ambulante, teilstationäre und Wohn- beziehungsweise stationäre Angebote integrierende Versorgungsstruktur mit einer dem Bedarf angepassten Milieugestaltung sowie — eine systematische Integration und Unterstützung der pflegenden Angehörigen [7, 8].

Eine auf den Einzelfall abgestimmte und koordinierte Komplexversorgung erfordert allerdings Strukturen der interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit sowie Instrumente wie Case- und Care-Management. Nachfolgend wird ein in der Praxis entwickelter Ansatz zur umfassenden Versorgung von Menschen mit Demenz über Sektorengrenzen hinweg vorgestellt. In diesem Modell übernimmt der Facharzt Funktionen des Gatekeepers und Fallmanagers, unterstützt durch die involvierte Pflege.

Praxisbeispiel in Stralsund

Stralsund liegt im Nord-Osten Mecklenburg-Vorpommerns, wo frühzeitig der

demografische Wandel sichtbar wurde, verschärft durch die Wegzüge der jüngeren Bevölkerung nach 1989. Heute sind in der Hansestadt 25% der 57.301 Einwohner 65 Jahre und älter (2013 [9]), von denen entsprechend einer Prävalenz von etwa 8,8% schätzungsweise 1.262 Personen demenziell erkrankt sind. Der Bedarf einer auf Demenz spezialisierten Versorgungseinrichtung entstand infolge steigender Fallzahlen und einer Vielzahl an Problemen im Alltag einer „normalen“ ambulanten sozialpsychiatrischen Praxis: Die Betroffenen kamen erst in sehr späten Stadien zur Diagnostik zum Facharzt, was mangelndes Wissen seitens der Hausärzte und Zugangsprobleme bei den Betroffenen vermuten ließ; die Praxis war sowohl räumlich als auch diagnostisch und personell nicht auf die Zielgruppe ausgerichtet. Die Zusammenarbeit mit externen Diensten scheiterte häufig bereits bei der Kommunikation oder brach die fachärztliche Versorgung an Übergängen in ein Krankenhaus oder Pflegeheim ab. In Zusammenarbeit mit Partnern eines bereits existierenden Netzes zur psychosozialen Gesundheit konzipierte der Facharzt eine „erweiterte“ ambulante Gedächtnisambulanz. 2009 startete die Memo Cli-

nic® (MC) als Spezialeinrichtung für Menschen mit Demenz und entwickelt sich seitdem sukzessive weiter.

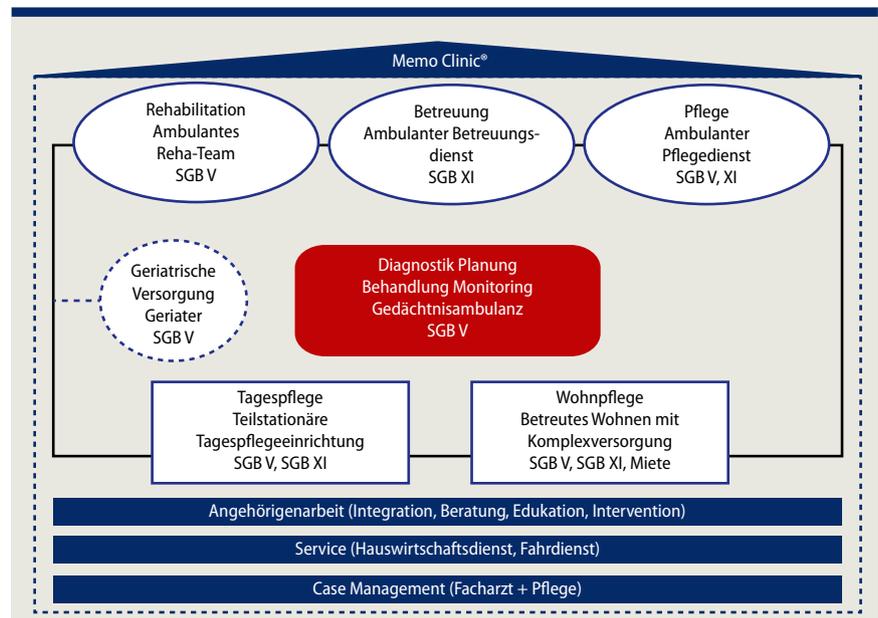
Struktur, Angebot und die Rolle des Facharztes und der Pflege

Die MC richtet sich an Menschen mit Gedächtnisstörungen und ihre pflegenden Angehörigen. Ziel ist eine möglichst frühzeitige Diagnostik einzuleiten und von der Diagnose an eine an dem Bedarf und den Bedürfnissen des Patienten und Angehörigen ausgerichtete, lückenlose und abgestimmte Versorgung über den gesamten Verlauf. Hierzu arbeitet der Facharzt mit Fachkräften der niederschweligen Betreuung, ambulanten Pflege, der Rehabilitation, der Tagespflege und des Betreuten Wohnens unter einem Dach sowie mit weiteren lokalen Partnern eng zusammen. Im Unterschied zu den meist an Kliniken etablierten Memory Kliniken, deren Fokus besonders auf Diagnostik und medikamentöse Therapie liegt [10], werden in der MC diagnostische und medizinische Leistungen durch ein breites Spektrum nicht medizinischer Angebote erweitert und fallbezogen abgestimmt. Die in **Abb. 2** dargestellten „Versorgungsmodule“ werden nachfolgend kurz skizziert, allerdings mit besonderem Fokus auf den Facharzt (vgl. ausführlich in [7]).

Ein Spezialbau: Er vereint unter einem Dach den ambulanten Facharztbereich, Servicepoint der ambulanten Dienste, die Tagespflege und das Betreute Wohnen für Menschen mit Demenz. Die Gedächtnisambulanz schließt an den Eingangsbereich an und liegt direkt benachbart zum Betreuten Wohnen und zur Tagespflege. Baukonstruktion, Design und Konzeption des gesamten Zentrums sind speziell auf die Demenzversorgung zugeschnitten. Das Gebäude befindet sich sichtbar in einem Wohnquartier und ist sehr gut mit Privatwagen und öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Facharztpraxis: Der Zugang des Patienten erfolgt über die gerontopsychiatrische Facharztpraxis (Gedächtnisambulanz), in der die Differenzialdiagnostik, Behandlungsplanung, medizinische Behandlung, das halbjährliche Monitoring und die Versorgungsabstimmung mit

den Partnern stattfinden. Der Facharzt begleitet die Patienten von der Diagnostik an im gesamten Krankheitsverlauf ambulant, in der Tagespflege sowie im Betreuten Wohnen und übernimmt steuernde Aufgaben. Grundsätzlich finden Erstkontakt sowie alle weiteren Treffen unter Einbezug der (pflegenden) Angehörigen statt. Dies dient neben der Beratung, Information und nachhaltigen Umsetzung des Behandlungsplans besonders der Gesundheitsvorsorge des Angehörigen. Im Gespräch kann der Arzt frühzeitig potenzielle Risiken wie die einer Dekompensation erkennen und entgegenwirken, etwa durch die Anbahnung eines Tagespflegeaufenthaltes des Betroffenen. Der Facharzt arbeitet systematisch an den Schnittstellen zu den Akteuren der MC und weiteren lokalen Leistungserbringern und Einrichtungen. Er informiert den Hausarzt über die Diagnose, den Behandlungsplan sowie über die Modifikationen im weiteren Verlauf und stimmt mit ihm beispielsweise die medikamentöse Therapie ab. Patient und Angehörige werden frühzeitig durch Information und Angebote der Angehörigenschulung über das Krankheitsbild und mögliche Unterstützungsleistungen nach SGB XI aufgeklärt und können bei Bedarf sich vor Ort von Dienstleistern beraten lassen. Geht ein Patient bereits in die Tagespflege, findet der Kontrolltermin beim Facharzt unter Einbezug der Tagespflegeleitung (PDL) statt. Das gemeinsame Gespräch zwischen Patient, Angehörigen, Arzt und PDL ermöglicht ein umfassendes Bild über den Status quo und stellt sicher, dass alle gleich informiert sind und Änderungen im Versorgungsplan wie etwa die Umstellung der Medikation oder Sturzprophylaxe in der Tagespflege unmittelbar umgesetzt werden. Die multidisziplinären Fallbesprechungen im Betreuten Wohnen finden wöchentlich mit dem Facharzt statt, sodass unmittelbar ärztliche Fragen geklärt und medizinisch-therapeutische Maßnahmen eingeleitet, umgesetzt und in ihrer Wirksamkeit kontrolliert werden können. Ebenso stimmt er sich bei den ambulanten Patienten fallbezogen mit den Fachkräften der Betreuung, Pflege und Rehabilitation ab, entweder durch ein Gespräch vor Ort oder mittels digitaler Pa-



© S. Richter

Abb. 2: Die Bestandteile des MC-Konzeptes. Deutlich wird, dass ambulante, teilstationäre und Wohnstrukturen sowie unterschiedliche Berufsgruppen unter einem Dach zusammengefasst sind. Die gestrichelte Linie deutet die Einbettung in ein erweitertes lokales Netzwerk an.

tientenakte. Letzteres stellt ein wichtiges Medium für die Akteure der MC dar. Bei Einverständniserklärung zum mündlichen und digitalen Datenaustausch, können sich Arzt und am Fall involvierte Akteure umfassend über Befunde, Krankheitsverlauf sowie Status quo der Versorgung informieren und zeitnah fallbezogen Probleme kommunizieren. Aber auch externe Dienste wie Pflegedienste oder Logopäden werden kontinuierlich informiert und bei Bedarf in Fallbesprechungen einbezogen. Eine Arbeitsteilung mit der Pflege entlastet den Arzt. Pflegekräfte seines Praxisteam übernehmen zum Beispiel Testdiagnostik, Aufklärung, Beratung und koordinierende Aufgaben wie Recall, Abstimmung mit dem Hausarzt und den involvierten Akteuren. In der Tagespflege übernimmt die Tagespflegeleitung die reibungslose Umsetzung von Modifikationen des Versorgungsplans oder das Überleitungsmanagement für einen Tagespflegepatienten, zum Beispiel in ein Krankenhaus. Dasselbe gilt für das Betreute Wohnen.

Das Reha-Team: Es besteht aus Ergo-, Physiotherapeuten sowie Sporttrainern eines lokalen Rehabilitationszentrums

und bietet Therapie für ambulante beziehungsweise Patienten in der Tagespflege und im Betreuten Wohnen an. In deren Konzepten ist Rehabilitation elementarer Bestandteil sowohl in Form von Gruppen- als auch Einzelangeboten. Jeder Tagespflegepatient und Bewohner des Betreuten Wohnens erhält ein auf seinen Bedarf ausgerichtetes individuelles rehabilitativ-therapeutisches Programm und nimmt an Gruppenangeboten teil. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium arbeiten zum Beispiel die Ergotherapeuten palliativ mit dem Bewohner. In dem Setting der MC kann der Patient von Beginn an bis zum Sterben über mehrere Versorgungsstufen hinweg von denselben Therapeuten begleitet werden. Das verhindert Versorgungsabbrüche und befördert die Beziehungsarbeit sowie eine lange Aufrechterhaltung von Ressourcen und Zufriedenheit. Die Arbeit im Team mit anderen Berufsgruppen ermöglicht den Therapeuten zum Beispiel eine fallbezogene Abstimmung sowie wechselseitige Unterstützung und Entlastung.

Ein Betreuungsdienst: Er erbringt niederschwellig Betreuungsleistungen. Mitarbeiter eines lokalen Pflegedienstes ha-

ben sich als festes Team für diese Aufgaben spezialisiert. Eine systematische Betreuung ist eine wichtige Ressource zur frühen Förderung und Unterstützung in der Häuslichkeit sowie Entlastung der Angehörigen. Dementsprechend strukturiert sind die Betreuungsleistungen ausgerichtet (Assessment, Ziel, Planung, Umsetzung, Evaluation) und arbeiten die Fachkräfte vorausschauend. Erkennt die Betreuungskraft zum Beispiel Risiken einer unzureichenden Wohnraumgestaltung, dann berät sie die Angehörigen. Im Betreuten Wohnen sind Betreuungskräfte angestellt, um die Strukturierung und Gestaltung des Alltags zu unterstützen. Sie arbeiten im Team mit den ambulanten Pflegekräften und den Reha-Therapeuten zusammen und begleiten die Angehörigen.

Ein ambulanter Pflegedienst: Er übernimmt präventiv-rehabilitativ ausgerichtete Grund-, Behandlungs- sowie Palliativpflege in der Häuslichkeit sowie im Betreuten Wohnen. Die Pflegekräfte sind überwiegend in der Versorgung der Menschen mit Demenz tätig und entsprechend spezialisiert. Hier gilt dasselbe wie für das Reha-Team, dass der Pflegedienst den Patienten von der ersten Pflegestufe an bis an das Lebensende trotz Übergang in das Betreute Wohnen versorgen und damit Kontinuität sicherstellen kann. In der Häuslichkeit und im Betreuten Wohnen wird Bezugspflege und Patientenzentrierung nach Kitwood umgesetzt. Ein Wechsel der Bezugspflegekraft findet lediglich am Übergang in das Betreute Wohnen statt, jedoch werden Informationen systematisch weitergeleitet, unterstützt durch abgestimmte digitale Akten und Assessmentinstrumente. Das erhöht die Chance auf eine anschließende passgenaue Pflege und Minderung der Übergangskrisen.

Die Tagespflege: Mit einem festen Team aus Pflege-, Betreuungskräften und Reha-Therapeuten bietet sie den Patienten wochentags Alltagsstrukturierung, Einzel- und Gruppentherapie, Betreuung, soziale Integration und fachmedizinische Versorgung durch die Termine in der Gedächtnisambulanz. Die PDL übernimmt in enger Abstimmung mit dem Facharzt die fallbezogene Koordination und Ver-

sorgungsabstimmung mit den beteiligten Akteuren, dem Hausarzt und Angehörigen sowie im Falle eines Übergangs in das Betreute Wohnen oder Krankenhaus das Überleistungsmanagement. Das Konzept ist auf Demenzerkrankungen ausgerichtet und integriert die Angehörigen durch aktive Teilhabe, Information, Selbsthilfe und Austausch. Ein Fahrdienst stellt den Zugang für die nicht mehr mobilen Patienten sicher.

Das Betreute Wohnen: Dies ist ein Setting, in dem die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung möglichst lange durch räumliche sowie konzeptionelle Gestaltung aufrechterhalten werden und das durch die Kombination aus betreuenden und zugehenden medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und Serviceleistungen einen Übergang in die stationäre Langzeitpflege verhindert. Die Patienten können von den ambulanten Diensten weiterhin versorgt oder das Leistungsspektrum kann entsprechend des Bedarfs stufenweise erweitert werden. Für jeden Bewohner wird ein individueller Versorgungsplan erstellt, der in den wöchentlichen Fallbesprechungen des Teams aus Facharzt, Pflege, Betreuung und Reha-Therapeut überprüft und angepasst wird. Der Bewohner hat ein festes Bezugspflegeteam aus Pflege, Betreuung und Therapie. Die Angehörigen können sich je nach Wunsch einbringen, den Alltag mitgestalten und erhalten Angebote der Beratung, Information und des Austausches. Das interne Fallmanagement am Übergang und im Betreuten Wohnen entlastet die Angehörigen. Das Betreute Wohnen arbeitet mit einem spezialisierten ambulanten Palliative Care Team (SAPV) und einem Hospizverein zusammen, sodass eine angemessene Begleitung am Ende des Lebens auch im Betreuten Wohnen gesichert wird. Im Unterschied zu einem Heim sind mit dem Betreuten Wohnen mehr Rechte für die Bewohner als Mieter verbunden, was eine Patientenorientierung zusätzlich befördert.

Die ambulante geriatrische Praxis: Sie entstand zunächst aufgrund eines lokalen altersmedizinischen Bedarfs und zur Auslastung der Praxisräume. Ein Geriater wurde gewonnen, an festen Tagen

eine Zweitpraxis dort zu führen. Es zeigt sich ein mehrfacher Gewinn. Die allgemeinmedizinische Versorgung öffnet das Haus für die älteren Bewohner des Quartiers und baut so Schwellenängste ab; Früherkennung und frühzeitiger Zugang zu Diagnostik, Beratung und Versorgung werden gefördert; kurze Wege erlauben einen direkten Austausch vor allem bei geriatrischen Fragestellungen; die Patienten der MC erhalten vor Ort die Möglichkeit einer altersmedizinischen Versorgung, besonders diejenigen, deren Hausarztversorgung im Betreuten Wohnen nicht mehr möglich ist. Grundsätzlich wird jedoch angestrebt, die bestehende Beziehung zwischen Hausarzt, Patienten und Facharzt aufrechtzuerhalten und zu unterstützen.

Die Angehörigenarbeit: Sie ist zentraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes. Sie beginnt mit dem ersten Termin in der Gedächtnisambulanz und zielt auf Partizipation, Information, Beratung, Befähigung, Entlastung und (Krisen)Intervention. Beispielsweise werden modulierte Angehörigen Schulungen durchgeführt, finden in der Tagespflege vierteljährlich Angehörigentreffen und gemeinsame Veranstaltungen statt und es gibt eine enge Zusammenarbeit mit einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik, in der Angehörige in Krisensituationen wieder gestärkt und durch Tagespflegeaufenthalt des erkrankten Familienmitglieds entlastet werden können.

Kooperationsnetz: Die Akteure der MC können keine umfassende Versorgung in jedem Einzelfall abdecken, zumal Patienten und Angehörige sich gegebenenfalls auch für andere lokale Leistungserbringer wie einen Pflegedienst entscheiden. Mit dem Ziel, eine lückenlose und fallbezogene Versorgung zu erreichen, ist die MC in ein weites Kooperationsnetz lokaler Partner und Einrichtungen eingebettet. Dabei spielen die Hausärzte eine zentrale Rolle, da sie in der Regel den Patienten überweisen und in der Zusammenarbeit ein abgestimmter Versorgungsverlauf umsetzbar wird. Im Gesamtkonzept der MC wird die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt systematisch gefördert, etwa durch Information, strukturierte Patientenbriefe und den

Einbezug in Entscheidungen, durch Terminabstimmung und Bereitstellung von Diagnostikräumen im Betreuten Wohnen. Nach den ersten Jahren zeigt sich, dass Barrieren abgebaut wurden und es überwiegend eine gute Zusammenarbeit gibt. Zugleich ist zu beobachten, dass die Hausärzte immer früher ihre Patienten bei ersten Auffälligkeiten überweisen und somit die Chance einer frühen Diagnostik, Ressourcenförderung und Entlastung der Angehörigen steigt.

Finanzierung und Organisation: Dazu sei angemerkt, dass es keine Bindung an eine spezielle Rechtsform oder integrierte Versorgungsverträge mit Krankenkassen bedarf. Die Akteure schließen miteinander Kooperationsverträge ab und können lokal unterschiedlich organisiert sein. Wie **Abb. 2** zeigt, werden alle Leistungen im Rahmen des SGB V und SGB XI, gegebenenfalls ergänzt um Leistungen des SGB XII, erbracht und durch die gute Verzahnung für den Einzelfall optimal ausgeschöpft. Im Betreuten Wohnen sind die Bewohner Mieter mit Miet-, Service- und Betreuungsverträgen, worüber zusätzliche Leistungen wie Verpflegung, Wäscheservice, Alltagshilfen oder Ergotherapie finanziert werden. In der Tagespflege werden die Kosten über den ausgehandelten Pflegesatz mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den Tagessatz des Patienten gedeckt, der gegebenenfalls über § 45b SGB XI oder bei entsprechender Bedürftigkeit über die Sozialhilfe zu erstatten ist. Die Realisierung des Modells erfordert Standortanalysen sowie einen Investor des spezifischen Neubaus. Aber auch hier sind unterschiedlichste Konstellationen denkbar [7]. In Stralsund hat der Facharzt in der MC eine zweite Betriebsstätte einer ambulanten Facharztpraxis und ist spezialisiert für Psychiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin. Diese breite Qualifikation ist nicht zwingend, jedoch sollte der Arzt über mindestens eine neurologische oder psychiatrische Vertiefung sowie über geriatrisches und demenzspezifisches Wissen verfügen.

Bedingungen für Kooperation und Versorgungsqualität

Es bedarf an Strukturen, Instrumenten und Entwicklungsprozessen, die einer-

Zentrale Bedingungen für eine gelingende Kooperation und Versorgungsqualität

- Alles gebündelt an einem Ort ermöglicht Patienten und Angehörigen einen Zugang zu breiter Information, Beratung und Hilfe und erleichtert den Akteuren vor Ort die Kommunikation, Abstimmung und Überleitung. Im Betreuten Wohnen reduzieren sich für die ambulanten Dienste (z. B. Pflege) die An- und Abfahrzeiten bei der Versorgung mehrerer Bewohner. Die gewonnene Zeit nutzen sie für die Arbeit mit dem Patienten.
- Der Baukörper und die Milieugestaltung, abgestimmt auf die Zielgruppe, fördern die Selbstständigkeit sowie Orientierung der Patienten und unterstützen die Arbeit der Professionellen. Beispielsweise ist im Betreuten Wohnen der Garten (Atrium) von überall her einsehbar, sodass sich die Bewohner selbstständig inner- und außerhalb bewegen können und die Professionellen alles im Blick haben.
- Kooperationsverträge zwischen den Akteuren sowie die Entwicklung, Umsetzung und regelmäßige Evaluation gemeinsamer Ziele, Kultur und Standards sind die Basis der Zusammenarbeit und Versorgungsqualität. Im Mittelpunkt steht zum Beispiel eine optimale Versorgung sowie Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen, aber auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Das eine schließt das andere nicht aus. Erforderlich sind die systematische Erschließung von Synergien durch Kooperation, Arbeitsteilung und Langzeitversorgung sowie eine gemeinsam geteilte Kultur der Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen, mit externen Partnern wie Hausarzt oder Krankenhäusern sowie der Arbeits- und Umgangsformen untereinander. Abgestimmte Standards wie der Personalentwicklung und Qualitätssicherung befähigen die Mitarbeiter zur Umsetzung der Ziele und Kultur.
- Eine Definition und Transparenz der jeweiligen Arbeits- und Kompetenzfelder der Akteure und Bereiche reduziert das Risiko von Doppelstrukturen und Konkurrenz und befördert die Umsetzung von Teamarbeit sowie eine gezielte Weiterleitung bei fachfremden Fragen.
- Informations- und Kommunikationstechnologien wie die digitale Patientenakte des Arztes mit Zugangsrechten für die am Versorgungsprozess beteiligten Akteure oder aufeinander abgestimmte Assessment- und Dokumentationssysteme unterstützen einen reibungslosen Informations- und Kommunikationsfluss sowie die Wissensintegration.
- Die Etablierung übergreifender Austausch- und Entwicklungsforen ist neben den Strukturen eines fallbezogenen interprofessionellen Austausches wichtig für den gemeinsamen Betrieb des Netzwerkes, für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Standards oder zur Problem- und Konfliktlösung. Hierzu zählen regelmäßige Leitungsbesprechungen oder Qualitätszirkel. Erfahrungen der Transparenz, Partizipation, Wertschätzung, des Aushandelns auf Augenhöhe und der Realisierung übergreifender Ziele sind einer kollektiven Identität zuträglich.
- Eine gemeinsam praktizierte Patientenorientierung, modularisierte Angebotsstruktur, Case-Management und Monitoring erlauben eine auf den Bedarf zugeschnittene Versorgung. Definierte Versorgungspfade, Schnittstellen und strukturierte Übergänge leiten das Handeln und sichern eine leitliniengerechte und optimale Versorgung. Das Risiko von Versorgungslücken oder -abbrüchen im Krankheitsverlauf wird zudem reduziert durch das umfassende und spezialisierte Angebot an Versorgungsleistungen sowie die Leistungserbringung über Übergänge hinweg, zum Beispiel von der Häuslichkeit in das Betreute Wohnen. Der Facharzt als Gatekeeper und Case-Manager im Tandem mit der involvierten Pflege stellt eine bedarfsgerechte, koordinierte und kontinuierliche Versorgung sicher.
- Weitere wesentliche Bedingungen sind die Teamorientierung im Versorgungsprozess; Qualitätsmanagement und Personalentwicklung; ein unterstützendes Management, das zum Beispiel Aufgaben des Controllings, der Moderation und der Öffentlichkeitsarbeit übernimmt; Schwellenabbau durch Öffnung des Zentrums nach außen, etwa mittels Veranstaltungen, Angeboten in Quartierseinrichtungen (Yoga für Menschen mit und ohne Demenz), Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Aufklärung in der Lokalpresse.

seits die interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit befördern, andererseits eine am individuellen Bedarf und den Bedürfnissen ausgerichtete umfassende Versorgung im Krankheitsverlauf unterstützen (siehe Info oben: **Zentrale Bedingungen für gelingende Kooperation und Versorgungs-**

qualität [7]). Die Arbeit mit den Menschen mit Demenz und Angehörigen sowie in interprofessionellen Zusammenhängen verlangt von allen beteiligten Berufsgruppen ein erweitertes Spektrum an Wissen und Kompetenzen. So setzt gelingende Teamarbeit bei allen Partnern entsprechende Grundhaltun-

gen (wie Offenheit, Wertschätzung, Lernbereitschaft), interdisziplinäre Kompetenzen (wie Kommunikation-, Interaktions-, Aushandlungsfähigkeiten) sowie ein über das eigene Fach hinausgehendes Wissen zu Risiken, Bedarf und Versorgung voraus, um frühzeitig Veränderungen erkennen und Schritte jenseits der eigenen Kompetenz einleiten zu können.

Erweiterte Anforderungen an den Facharzt und die Pflegefachkraft

Abschließend wird diskutiert, welche Anforderungen für den Facharzt und die Pflege in der vernetzten Versorgung demenziell erkrankter Menschen unter Einbezug der Angehörigen (wie am Beispiel der MC gezeigt) bestehen.

Pflegerisches Handeln

Eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz erfordert von der Pflegekraft mehr als die Kompensation verrichtungsbezogener Einschränkungen. Pflegerisches Handeln umfasst neben Behandlungs- und Grundpflege vor allem Früherkennung und Prävention von Risiken und Verschlechterung (z. B. Testdiagnostik, Sturzprophylaxe, kognitives Training); wirksame körperliche, psychische und soziale Aktivierung und Befähigung zur Förderung von Wohlbefinden und zum Kompetenzerhalt (z. B. in der Betreuung, Tagespflege); Beratung, Aufklärung und Edukation (z. B. in der Angehörigenarbeit); Milieugestaltung und Einbezug von Assistenzsystemen; Palliativpflege sowie Vernetzung und Management (z. B. Case Management, Überleitungsmanagement, Leitung der Tagespflege). Die Realisierung setzt entsprechende Qualifikationen und Rahmenbedingungen wie einen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff, demenzspezifische Pflegekonzepte, wirksame Pflegemaßnahmen oder eine institutionelle Anerkennung der Arbeit mit Menschen mit Demenz voraus. Für die deutsche Pflegepraxis stellt das schottische dsdc (Dementia Services Development Centre) mit seinen Guidelines, Audit-, Lern- und Trainingsprogrammen eine interessante Ressource dar, vor allem die qualitativ hochwertigen Qualifizierungsprogramme „Best Practice in Dementia Care“ [11].

Fachmedizinisches Handeln

Der Facharzt, unterstützt vom Praxisteam, nimmt ein breites Spektrum an Aufgaben wahr wie die Anamnese, Differenzialdiagnostik sowie das Diagnosegespräch mit Aufklärung, Prognose und vorausschauender Beratung; die Versorgungsplanung in Abstimmung mit den Patienten, Angehörigen und den involvierten Akteuren; bei Bedarf die Anbahnung von nicht medizinischen Maßnahmen durch Information und Vermittlung vor Ort; die fachmedizinische Behandlung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, Multimorbidität und -medikation; die ambulante oder zugehende Verlaufskontrolle unter Einbezug der involvierten Akteure; die Weitergabe von behandlungsrelevanten Informationen und Empfehlungen an die beteiligten internen und externen Akteure wie Reha-Team oder Hausarzt; die systematische Dokumentation und Bündelung von Informationen in der digitalen Patientenakte; die fortlaufende Beratung, Information und Gesundheitsvorsorge der Angehörigen sowie die Vertretung der fachmedizinisch-leitlinienorientierten Expertise im Kooperationszusammenhang. Neben der fachlichen Spezialisierung sind zur Realisierung dieser Aufgaben weitere Wissensbestände und Kompetenzen im Umgang mit dem Patienten, Angehörigen und den Kooperationspartnern für den Arzt von Bedeutung:

- Soziale und kommunikative Kompetenzen zur Diagnosemitteilung, Beratung und angemessenen Information
- Planungs-, Koordinations-, Moderations- und Aushandlungskompetenzen, etwa zur sensiblen Ausbalancierung von Selbst- und Fremddarstellungen im Gespräch mit dem Patienten und Angehörigen oder im Management zwischen Patient, Angehörigen und Akteuren
- Positive Einstellung gegenüber Ko-Produktion, also die gleichberechtigte Beteiligung professioneller als auch bürgerschaftlich organisierter oder informeller Partner
- Teamorientierung
- Wissen über den nichtmedizinischen Versorgungsbedarf und Leistungen, Angebote und lokale Strukturen sowie über sozialrechtliche Rahmen.

Fazit für die Praxis

Zwar ist allorts die Forderung nach einer besseren Demenzversorgung zu vernehmen, jedoch zeigt der analytische Blick in die Praxis, dass es bereits heute Versorgungsansätze gibt, die eine patientenorientierte Langzeitversorgung von der Diagnose bis zum Ende des Lebens nachhaltig praktizieren, wie etwa das vorgestellte Modell der MC. Darin nimmt der Facharzt eine zentrale Rolle ein, obgleich die Versorgung nicht arztzentriert, sondern eher koproduktiv und teamorientiert ist. Es zeigt sich, dass gelingende interprofessionelle und -sektorale Versorgungszusammenhänge Strukturen und kollektive Entwicklungsprozesse voraussetzen und für alle Beteiligten neue Aufgaben und Anforderungsprofile mit sich bringen. Für den Facharzt zeichnet sich trotz eines erhöhten Aufwands ein mehrfacher Nutzen ab: Er kann über die medizinische Versorgung hinaus Interventionen initiieren und anbahnen und so den Behandlungserfolg erhöhen und eine leitliniengerechte und wirksame Versorgung im Hinblick auf Lebensqualität, Verhinderung von Heimübergängen und Entlastung der Angehörigen bis zum Lebensende mit gewährleisten. Im Team und in Fallbesprechungen wird sein Fallwissen erweitert und können Maßnahmen aufeinander abgestimmt, modifiziert und überprüft werden. Die Arbeitsteilung (z. B. psychosoziale Beratung und Koordination durch Pflege), die Verfügbarkeit von Handlungsoptionen über das medizinische Repertoire hinausgehend und die Integration in ein multiprofessionelles Team können entlastend wirken. Ein solches Modell kann zwar nicht von jedem Facharzt realisiert werden, aber bereits erste Kooperationen etwa mit einer Tagespflege erweitern die Optionen und Chancen, den Patienten möglichst lange zu begleiten. □

Die Autorin hat das MC-Modell von 2012 bis 2014 wissenschaftlich begleitet.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

Prof. Dr. phil. Stefanie Richter

Professorin für Gesundheitswissenschaften
 Wilhelm Löhe Hochschule Fürth
 Merkurstr. 41, 90763 Fürth
 E-Mail: Stefanie.Richter@wlh-fuerth.de

Literatur

1. Bickel, H. (2014): Das Wichtigste 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen(2014). <https://www.deutsche-alzheimer.de> (20.03.2015).
2. Statistisches Bundesamt (2014): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2013. <https://www.destatis.de> (20.03.2015).
3. Nöthen, M.; Böhm, K. (2009): Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 48. <http://www.rki.de> (20.03.2015).
4. Kitwood, T. (2000): Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl). Bern: Huber.
5. NICE (2006): Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42.
6. NICE (2013): Quality standard for supporting people to live well with dementia. NICE quality standard 30.
7. Richter, S.; Waehnke, O.; Zabel, R. (2014): Integriert versorgen bei Demenz. Gelingende Praxis am Beispiel der Memo Clinic®. München: SpringerMedizin.
8. Zieschang, T.; Oster, P.; Pfisterer, M.; Schneider, N. (2012): Palliativversorgung von Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45 (1), S. 50–54.
9. Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern (2014): Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Mecklenburg-Vorpommern. Teil 2: Gemeindeergebnisse 2013. http://service.mvnet.de/statmv/daten_stam_berichte/e-bibointerth01/bevoelkerung-haushalte--familien--flaeche/a-i___/a133g___/2013/daten/a133g-2013-00.xls (28.05.15)
10. Lueke, S.; Kehr wieder, N.; Hoffmann, W.; Teipel, S.; Fleßa, S. (2011): Qualitätsmerkmale deutscher Memory-Kliniken. Eine Querschnittsuntersuchung. In: Der Nervenarzt, S. 1–8.
11. Richter, S. et al. (2014): Das Dementia Service Development Centre dsdc. Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft. In: Heilberufe. Das Pflegemagazin. 66 (10), S. 27.

Literatur

1. Petrides P. Die akute intermittierende Porphyrie. Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 50, 12. Dezember 1997 (35)
2. Demily C, Sedel F. Psychiatric manifestations of treatable hereditary metabolic disorders in adults. *Ann Gen Psychiatry*. 2014 (42) 13-27.
3. Ventura P, Cappellini MD, Biolcati G, Guida CC, Rocchi E, and Gruppo Italiano Porfiria (GrIP). A challenging diagnosis for potential fatal diseases: Recommendations for diagnosing acute porphyrias. *Eur J Intern Med*. 2014 (25) 497-505
4. Gutiérrez PP, Wiederholt T, Bolsen K, Gardlo K, Schnabel C, Steinau G, Lammert G, et al. Diagnostik und Therapie der Porphyrinen: Eine interdisziplinäre Herausforderung. *Dtsch Arztebl* 2004; 101(18): A-1250 / B-1030 / C-998
5. Crimlisk HL. The little imitator—porphyria: a neuropsychiatric disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;62:319-28.
6. Massey EW. Neuropsychiatric manifestations of porphyria. *J Clin Psychiatry* 1980. 41:208-13.
7. Santosh PJ, Malhotra S. Varied psychiatric manifestations of acute intermittent porphyria. *Biol Psychiatry* 1994;36:744-7.
8. Elleneweig N, Schoenfeld N, Zemishlany Z. Acute intermittent porphyria: psychosis as the only clinical manifestation. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2006;43:52-6.
9. Bonkovsky HL, Maddukuri VC, Yazici C, Anderson KE, Bissell M, Bloomer JB, et al. Acute Porphyrias in the USA: Features of 108 Subjects from Porphyrias. *The American Journal of Medicine*. 2014; Vol 127, No 12.
10. Millward LM, Kelly P, King A and Peters TJ. Anxiety and depression in the acute porphyrias. *J Inherit. Metab. Dis*. 2005; 28 1099-1107
11. Manisha Balwani and Robert J. Desnick. The porphyrias: advances in diagnosis and treatment. *Blood*. 2012; 120 (23).
12. du Plessis N, Kimberg M, Zaahl MG, Sadie A, Venter M, van der Merwe L, Louw A, Warnich L. Functional analysis of the 5' regulatory region of the 5-aminolevulinic synthase (ALAS1) gene in response to estrogen. *Cell Mol Biol*. 2009; 55(2):20-30.
13. Millward LM, Kelly P, Deacon A, Senior V, Peters TJ. Self-rated psychosocial consequences and quality of life in the acute porphyrias. *J Inherit Metab Dis*. 2001;24: 733-747.
14. Elder GH, Hift RJ, Meissner PN. The acute porphyrias. *Lancet*. 1997; 349: 1613-1617.
15. Bissell MD, Lai LC, Meister RK, Blanc PD. Role of Delta-aminolevulinic Acid in the Symptoms of Acute Porphyria. *The American Journal of Medicine*. 2015;128(3):313-317.
16. Homedan C, Schmitt C, Laafi J, Gueguen N, Desquirit-Dumas V, Lenglet H, Karim Z et al. Mitochondrial energetic defects in muscle and brain of a Hmbs-/- mouse model of acute intermittent porphyria. *Human Molecular Genetics*. 2015;24(17):5015-5023.



Inserieren Sie kostenlos im NeuroTransmitter!

Sie möchten gebraucht etwas günstig kaufen oder verkaufen? Sie haben eine Praxis abzugeben oder suchen eine 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, Neu-

rologen und Psychiater sowie an Oberärzte in Kliniken verschickt.

So schalten Sie Ihre Anzeige

Ihre Anzeige sollte 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: bvdbund@t-online.de. Bei aktueller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in

der nächsterreichbaren Ausgabe abgedruckt. Chiffreanzeigen sind nicht möglich!

Einsendeschluss für den nächsten NeuroTransmitter ist der 25. November 2015!

Hinweis!

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

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

Suche gebrauchtes US-Doppler-Gerät.
Kontakt: arnoldi-degener@gmx.de
(Dr. Thomas Degener)

Kostenlos abzugeben: Karteikartenschrank, grau, 6 Schubladen, abschließbar (80 x 137 x 60). Nur an Selbstabhöler.
Kontakt: neurozentrum@atos.de
(Dr. Kathrin Elze)

Verkaufe neues Diktiergerät zu einem guten Preis, nie benutzt, mit Garantie.
Kontakt: kontakt@Neurologie-bewegt.de
(Prof. Dr. Andreas Kupsch)

Hochwertiger DWL-Doppler Multi-Dop pro, auch portabel nutzbar, 2 1/2 Jahre alt, neuwertig, wegen Praxisaufgabe komplett mit Wagen für 4.800 € inkl. MwSt. zu verkaufen.
Kontakt: praxis-reimei@bitel.net oder Telefon 05205 8790011 (Dr. Klaus-Peter Reimann)

Neurologische Praxis sucht jeweils ein gebrauchtes/neuwertiges EMG und EEG-Gerät.
Kontakt: sebastian.sauer@zentrum.ostebogen.de oder Telefon 0160 93857094 (Sebastian Sauer)

Praxisbörse

Neurologisch-psychiatrische Gemeinschaftspraxis (3 Sitze) im Zentrum von Heidelberg (Atos-Klinik) sucht FA (m/w) für Neurologie und/oder Psychiatrie. Vollzeit/Teilzeit, sofort oder später, zunächst angestellt, Sitzübernahme nach Vereinbarung. Sehr gutes Arbeitsklima, flexible Zeiteinteilung, familienfreundlich, keine Dienste, keine Wochenenden.
Kontakt: neurozentrum@atos.de
(Dr. Kathrin Elze)

Abgabe Einzelpraxis für Neurologie und Psychiatrie. Umgebung von Stuttgart, zentrale Lage, gute Verkehrsanbindung. Geschultes Personal, Ausstattung mit sämtlicher Zusatzdiagnostik, hohe Patientenzahl, Konsiliardienst. Abgabe eventuell stufenweise, auch für 2 Ärzte (m/w) geeignet.
Kontakt: praxneu.fleischer@t-online.de
(Dr. Eberhard Fleischer)

Gutgehende schöne nervenärztliche/neurologische Praxis in 2016 abzugeben, gut ausgestattet, Nähe Ulm.
Kontakt: fred.grondinger@t-online.de
(Dr. Fred Grondinger)

Umsatzstarke Facharztpraxis für Psychiatrie in 79227 Schallstadt abzugeben. Großes Einzugsgebiet, hohe bezahlte Scheinzahl in großzügigen Räumen.
Kontakt: nadine@felbinger.es oder Mobil 0151 2147987 (Nadine Felbinger)

FA (m/w) für Neurologie und/oder Psychiatrie bzw. KJPP in Bad Kissingen gesucht. Multiprofessionelles Team in einer neurologischen/psychiatrischen/kinder- und Jugendpsychiatrischen (SPV) Gemeinschaftspraxis in Bad Kissingen sucht Neurologe/Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater (m/w).
Kontakt: dr.o.hoffmeyer@t-online.de oder dr.kerdar@gmx.de

Weiterbildung/Fortbildung

Coaching – Supervision für medizinische und soziale Berufe, einzeln, in der Gruppe, im Team durch Prof. Dr. med. Cordula Zehm-Schmolke in Troisdorf
Mobil: 0151 25240016
E-Mail: CordulaSchmolke@web.de
www.coaching-supervision-rhein-sieg.de

Der BVDN sucht ehrenamtliche MitarbeiterInnen im Vorstand!

Was wir uns wünschen: Psychiater, Neurologen oder Nervenärzte mit Kreativität, Verhandlungsgeschick, neuen Ideen, Frustrationstoleranz, Spaß an Berufspolitik und Networking

Was wir bieten: nette und erfahrene Kollegen aus allen Ecken Baden-Württembergs. Möglichkeit, neue Entwicklungen mitzugestalten. Informationen aus erster Hand. Kontakte zu KV, Krankenkassen und anderen Organisationen des Gesundheitssystems. Regelmäßige Treffen und Gedankenaustausch, auch mal am Rande des Ländles.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen und gerne auch mal einem KV-Vorstand oder Krankenkassenvertretern gegenüber sitzen wollen, melden Sie sich auf der nächsten Mitgliederversammlung: Samstag, 7. November 2015 in Schwäbisch Hall.

Wir freuen uns auf Sie!
Kontakt: m.ernst@neuro-sinsheim.eu
(M. Ernst, Telefon 07261 916910)

Affektive Störungen

Depression und Angst nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma

Nach erworbenen Hirnschäden wie Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT) sind affektive Störungen häufig. Depression und Angststörungen treten aber nicht nur in der (Post-) Akutphase auf, im Langzeitverlauf nehmen Häufigkeit und Schweregrad zu. Allerdings gibt es keine Indikatoren, die Depression und Angst nach Schlaganfall oder SHT zuverlässig vorhersagen, erst recht nicht den Zeitraum, in dem sie eintreten. Deshalb müssen die Patienten immer wieder auf affektive Störungen befragt und untersucht werden.

WILFRIED SCHUPP, HERZOGENAURACH



Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma können Häufigkeit und Schweregrad affektiver Störungen beeinflussen.

Für affektive Störungen nach erworbenen Hirnschäden wie Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT) spielen sowohl hirnorganische als auch psychoreaktive und psychosoziale Faktoren eine Rolle [1, 2]. Insbesondere linkstemporale Läsionen sollen Depressionen nach Schlaganfall begünstigen [3], eine andere Metaanalyse konnte diesen Zusammenhang aber nicht bestätigen [4]. Beim SHT werden mehr Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und frontoorbitalem oder mesotemporalem Kortex, Hypothalamus-Hypophysen-Achse oder Corpus callosum diskutiert [5, 6]. Affektive Störungen nach erworbenen Hirnschäden seien insgesamt häufiger als nach gleichartigen Behinderungen orthopädischer Natur [7] und auch häufiger als in der gleichaltrigen Gesamtpopulation [8]. Stark für eine auch psychoreaktive beziehungsweise -soziale Komponente bei Schlaganfall sprechen die folgenden Risikoindikatoren [1]:

- Frauen
- Höheres Alter
- Wenig oder keine psychosoziale Unterstützung
- Kognitive Einbußen
- Vorbekannte depressive Episoden

Die genannten Faktoren treten in unserer alternden Gesellschaft zunehmend zusammen auf [9]. Beim SHT liegen oft schon prä-morbid vermehrt psychische Auffälligkeiten vor [2]:

- Substanzmissbrauch (41 %)
- Depression (17 %)
- Angst (13 %)

Alle diese Störungen treten aber im Verlauf danach vermehrt auf, ebenso bipolare Störungen und paranoide Psychosen [10].

Phänomenologie und Prävalenzen

Die Phänomenologie der affektiven Störungen nach erworbenen Hirnschäden ist vielfältig: von pathologischem Weinen, seltener Lachen über Antriebsstörungen, depressive Einbrüche oder Angststörungen, bipolare Störungen, Schlafstörungen, oft mit Grübelneigung, vermehrten psychovegetativen Störungen bis hin zu anhaltend verminderter körperlicher und seelischer Belastbarkeit. Eine allgemeingültige Definition existiert nicht. Auch die Verschlüsselung nach ICD-10 ist uneinheitlich: entweder als organisch affektive (F06.3) oder organisch (neur)asthene (F06.6) Störung, wenn die organische Komponente betont werden soll; oder als Depression (F32, F33), Angststörung (F41) oder gemischt (F41.2). Die Diagnose einer entsprechend gefärbten Anpassungsstörung (F43.2) ist ebenfalls möglich, dies hebt die psychoreaktive Komponente in der Entwicklung hervor. Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) kommen im Vergleich zur Normalbevölkerung vermehrt nur nach

leichtem SHT vor [11]. Die Kombination mit kognitiven Störungen ist bei beiden Krankheitsbildern häufig [12, 13, 14]. In der Literatur wird die Prävalenz von Depression nach Schlaganfall mit 11 – 47 %, gewichtetes Mittel 33 % [15], und von Angst nach Schlaganfall mit 15 – 31% [16] bis zum ersten Jahr danach angegeben. Im ersten Jahr nach SHT werden für Depression 11–45 % angegeben, für Angst bis zu 38 % [2, 5]. Bei beiden Krankheitsgruppen besteht eine große Vielfalt bezüglich der untersuchten Patientengruppen (klinik-, populations- und rehabilitationsbasiert), der Zeit seit dem Ereignis und der verwendeten Diagnoseinstrumente.

Schlaganfall und affektive Störungen im Langzeitverlauf (CERISE-Studie)

Postakut (erste sechs Monate)

In der CERISE*-Studie wurden von 2002 bis 2004 in Belgien, Deutschland, England und der Schweiz in je einer Schlaganfallrehabilitationsklinik (beteiligte Kliniken **Tab. 1**, **Tab. 2**) ins-

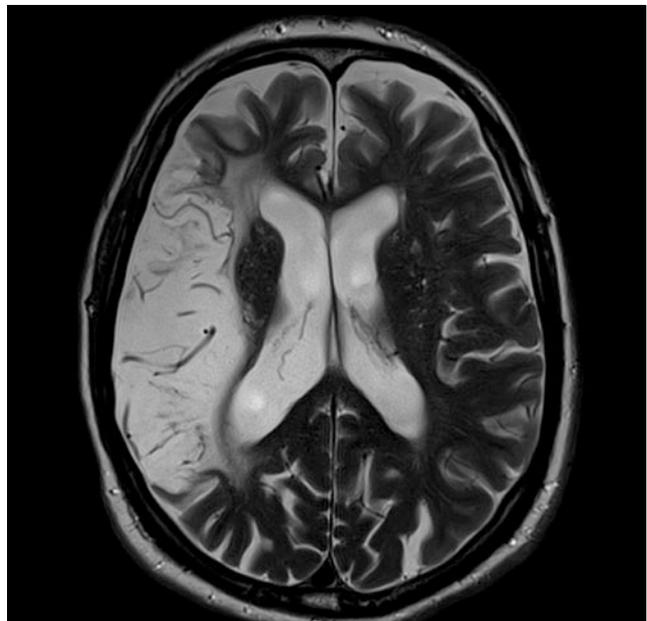


Abb. 1: Schlaganfall. Ausgedehnter Mediaterritorialinfarkt. MRT T2-gewichtet. Erstellt vom Universitätsklinikum Mannheim. (Mit freundlicher Genehmigung von Siemens Healthcare GmbH, Erlangen)

© Siemens Healthcare, Erlangen

gesamt 532 Patienten rekrutiert und bis zu sechs Monaten wiederholt verschiedenen Assessments unterzogen, unter anderem auch mit der HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [16, 17]. Fünf Jahre danach wurden die überlebenden Patienten erneut in ihrer aktuellen Lebenssituation mit den gleichen Instrumenten untersucht. Parallel dazu wurde auch die aktuelle medikamentöse und nicht medikamentöse Therapie erfasst. Die wichtigsten Einschlusskriterien waren: Alter 40 bis 85 Jahre, klinisch erster Schlaganfall, funktionell relevantes motorisches Defizit (definiert mit RMA, Rivermead Motor Assessment [18]), Aufnahme zur Anschlussreha < sechs Wochen nach Ereignis. Ausschlusskriterien waren unter anderem vorbestehende neurologische Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit. Bei der HADS wurden die üblichen Kriterien (Score ≥ 8) angewandt, um eine relevante und potenziell behandlungsbedürftige Depression oder Angststörung anzuzeigen [16]. Dies korreliert recht gut mit DSM (Manual of Mental Disorders)-Diagnosen [19]. Die Skalen wurden in Anwesenheit der Studienmitarbeiter am Aufenthaltsort der Patienten ausgefüllt, die gegebenenfalls erlaubte Hilfestellung gaben.

Für 486 Patienten (86 %) konnten über sechs Monate vollständige HADS-Daten erfasst werden [16]. Die Häufigkeiten

für Depression lagen im Gesamtklientel zwischen 24 % und 30 % (in den sechs Monaten), am höchsten nach vier Monaten, der Schweregrad lag im Median bei 4 bis 5. Für Angst betrug die Werte zwischen 22 % und 25 % (über die sechs Monate) mit dem höchsten Wert nach zwei Monaten, der Schweregrad lag im Median bei 4 (Tab. 1, Tab. 2). Häufigkeit und Schweregrad der Depression blieben insgesamt gleich hoch, während sich bei Angst eine leichte Besserungstendenz vor allem im Schweregrad ergab. Circa 50 % der betroffenen Patienten waren über die gesamte Zeitspanne depressiv, sie wiesen dann auch einen höheren Schweregrad auf. Bei anderen trat die Störung nur über eine gewisse Periode in diesem Zeitraum auf: Etwa 20 % der Betroffenen wiesen die Störung zwei und vier Monate danach auf, nicht mehr aber nach sechs Monaten. Weitere knapp 20 % entwickelten die Problematik erst vier Monate danach und hatten sie auch nach sechs Monaten. Eine kleine Gruppe (5 %) zeigte einen biphasischen Verlauf. Der Rest zeigte die Störung nur zu einem Zeitpunkt in dieser Beobachtungsperiode. Etwa 7 % wiesen erstmalig nach sechs Monaten depressive Symptome auf. Für Angst gab es ähnliche Verläufe. Die Komorbidität zwischen Angst und Depression lag bei etwa 20 % zu jedem Zeitpunkt. Zwischen den Zentren

Tab. 1: Häufigkeit und Schweregrad von Depressionen (HADS-D Score)*

Depression								
Zeitraum	Häufigkeit [n]				Schweregrad [HADS-Score]			
	Zwei Monate	Vier Monate	Sechs Monate	Fünf Jahre	Zwei Monate	Vier Monate	Sechs Monate	Fünf Jahre
Gesamt	21	25	20	33	5,1	5	4,6	6,2
Belgien*	29	41	28	40	5,8	6	5,2	6,9
Schweiz	20	23	19	28	5,2	5,1	4,6	5,4
Deutschland	10	13	15	25	3,7	4,1	4,2	5,4
England	27	15	12	47	5,4	4,4	4	7,6

(n = 532, erfasste Patienten bis sechs Monate n = 486, bis 5 Jahre n = 220)

*Patientengruppe der Universitätskliniken Pellenberg/Leuven, Belgien; RehaClinic Zurzach, Schweiz; Fachklinik Herzogenaurach, Deutschland; Universitätskliniken Nottingham, England

Tab. 2 Häufigkeit und Schweregrad von Angst (HADS-A Score)*

Angst								
Zeitraum	Häufigkeit [n]				Schweregrad [HADS-Score]			
	Zwei Monate	Vier Monate	Sechs Monate	Fünf Jahre	Zwei Monate	Vier Monate	Sechs Monate	Fünf Jahre
Gesamt	22	21	17	29	4,7	4,6	4,1	5,3
Belgien*	26	23	19	37	5	4,5	3,9	5,8
Schweiz	25	15	13	22	4,7	4,3	3,9	4,1
Deutschland	14	17	19	19	3,8	4,4	4,3	4,6
England	24	32	18	44	5,3	5,5	4,5	7,5

(n = 532, erfasste Patienten bis sechs Monate n = 486, bis 5 Jahre n = 220)

*Patientengruppe der Universitätskliniken Pellenberg/Leuven, Belgien; RehaClinic Zurzach, Schweiz; Fachklinik Herzogenaurach, Deutschland; Universitätskliniken Nottingham, England

waren die Unterschiede in Häufigkeit und Schweregrad nicht signifikant [16]. In der multivariaten Statistik waren das Auftreten und die Dauer der affektiven Störungen unabhängig von Alter, Geschlecht, Schlaganfallbedingtem Schweregrad (NIHSS), Beeinträchtigung in Alltagsaktivitäten (Barthel-Index, BI) oder Sensomotorik (RMA). Allerdings waren in der Gruppe mit unvollständigen HADS-Daten signifikant mehr Patienten mit höherem Schweregrad, stärkerer Beeinträchtigung in Alltagsaktivitäten und Sensomotorik.

Langzeitverlauf (bis fünf Jahre danach)

Fünf Jahre nach Schlaganfall steigt nach Angaben in der Literatur die Prävalenz von Depression auf 28 – 37 % und von Angst auf 31 – 36 % (Zusammenstellung in [20]). In der CERISE-Nachfolgestudie konnten noch 234 Patienten des Patienten fünf Jahre nach dem Schlaganfall an ihrem aktuellen Wohnort nachuntersucht werden; 167 waren verstorben, 84 verweigerten die Nachuntersuchung, der Rest war nicht kontaktierbar oder hatte sonstige Gründe. Bei 220 gab es einen kompletten HADS-Datensatz vom ersten Zeitpunkt (zwei Monate) an. 33 % hatten einen signifikant erhöhten Depressionsscore nach fünf Jahren, auch der Schweregrad war höher. Nur 48 % waren zu keinem Zeitpunkt depressiv, 24 % nur zu einem Zeitpunkt, 14 % hatten nach fünf Jahren erstmalig eine Depression, 4 % wiesen durchgehend depressive Werte auf. Für Angst lag die Prävalenz nach fünf Jahren bei 29 %, der Schweregrad war ebenfalls erhöht. 6 % waren durchgehend angstgestört, 20 % nur zu einem Zeitpunkt. 55 % hatten nie unter Angst gelitten. Die Komorbidität zwischen Depression und Angst betrug weiterhin 20 %. Insgesamt gab es signifikante Anstiege von Häufigkeit und Schweregrad von Depression und Angst nach fünf Jahren [20]. In der multivariaten Analyse waren jeweils die Sechs-Monats-HADS-Werte von der höchsten Vorhersagekraft für die Fünf-Jahres-Situation. Bei der Depression war zusätzlich das Alter noch von prädiktivem Wert. Auch gab es signifikante Unterschiede zwischen den Ländern, die deutschen und Schweizer Patienten waren weniger betroffen als die belgischen und englischen Patienten [20], wie **Tab. 1** und **Tab. 2** auch zeigen. Schweregrad des Schlaganfalls (NIHSS), bestehende Beeinträchtigung in Alltagsaktivitäten (BI) und Sensomotorik (RMA) hatten keinen signifikanten Einfluss. Die Unterschiede zwischen Zentren/Ländern lassen sich aus den Daten nicht erklären, der größte Teil der Varianz bleibt offen. Externe Faktoren wie gesundheitliche Versorgung und Betreuung insgesamt könnten eine Rolle spielen.

Wie eine weitere Auswertung zu den Studiendaten zeigte, beeinträchtigten Depression und Angst nach fünf Jahren signifikant die globale gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit EQ – 5D (kurzer krankheitsunspezifischer Lebensqualitätsfragebogen) [21]. Der Einfluss von Depression und Angst auf die Lebensqualität ist zumindest gleich stark wie von Beeinträchtigungen in den basalen (BI) und erweiterten Alltagsaktivitäten (NEADL) und in der Sensomotorik (RMA). Dies gilt wieder für alle Länder.

Große Unterschiede gibt es auch in der medikamentösen Behandlung von Depression und Angst nach fünf Jahren [22]. Antidepressiva erhielten 28 % der Gesamtgruppe; 14 % wiesen

depressive Werte auf und erhielten Antidepressiva, 21 % hatten trotz depressiver Werte keine Antidepressiva, dagegen nahmen 13 % Antidepressiva ohne aktuelle Depression; 52 % nahmen keine Antidepressiva und hatten auch keine Depression. In Belgien war die Einnahmequote mit 38 % deutlich höher als in Deutschland mit 11 %; allerdings wiesen 40 % der belgischen Patienten und nur 25 % der deutschen depressive HADS-Werte auf. Für Angst und Anxiolytika sind die Zusammenhänge und Länderunterschiede ähnlich, bei insgesamt niedrigeren Einnahmequoten [22]. Da nur 2 % des Gesamtklientels im fünften Jahr nach Schlaganfall Kontakt zu einem Psychologen/Psychotherapeuten hatten [23], fand Psychotherapie als Alternative zur Pharmakotherapie de facto nicht statt, obwohl beide Therapiestrategien nach EbM (Evidence-based-Medicine)-Kriterien gleichwertig sind [1]. Körperliche Aktivität als weitere unspezifische Behandlungskomponente ist nur sensomotorisch und in Alltagsaktivitäten weniger beeinträchtigten Patienten möglich.

SHT und affektive Störungen

Postakut (Erstes Jahr)

Im ersten Jahr nach SHT entwickelten 33 % einer prospektiven klinischen Kohortenstudie eine Depression, verbunden mit einer hohen Komorbidität mit Angst (77 % der depressiv gewordenen Patienten) und mit aggressiven Verhaltensauffälligkeiten (57 % der depressiv gewordenen Patienten). SHT-Betroffene mit postakuter Depression hatten auch vermehrt Störungen in exekutiven und sozialen Funktionen [24]. Linkshirnige Läsio-



Abb. 2: Schädel-Hirn-Trauma. Hämosiderin-Ablagerung nach intrazerebraler Blutung bei SHT (MRT). Erstellt vom Erwin L. Hahn-Institut für MRI, Essen (mit freundlicher Genehmigung von Siemens Healthcare GmbH, Erlangen)

nen präfrontal und/oder mesolimbisch überwogen in dieser Gruppe [24]. In einer neueren Studie betont die gleiche Autorentengruppe das erhöhte Auftreten von Depressionen und bipolaren Störungen als häufigste psychische Begleit- oder Folgeerkrankung [25]. Alkoholmissbrauch zuvor begünstigte postakute Depressionen, verschlechterte exekutive Funktionen und berufliche Zukunftschancen [26]. 14 % mit Depression und 9 % mit Angststörungen wurden in einem anderen klinischen Klientel beobachtet [27]. SHT-Patienten < 65 Jahren waren eher betroffen. Psychiatrische Erkrankung vor dem SHT, kognitive Beeinträchtigungen mehr als körperliche Behinderungen und niedrige Schul-/Berufsbildung erhöhten ebenfalls das Risiko, im ersten Jahr nach dem Ereignis an einer affektiven Störung zu erkranken [27].

Langzeitverlauf (Fünf bis 30 Jahre nach SHT)

Im Verlauf von 5,5 Jahren nach mildem bis schwerem SHT entwickeln 65 % der Betroffenen neu eine psychische Störung, davon 45 % eine Major Depression, 38 % eine Angststörung und 21 % einen Substanzmissbrauch, Angaben zu Komorbiditäten oder durchgeführter Behandlung fehlen [2, 28]. Patienten mit SHT im erwerbsfähigen Alter (18 bis 65 Jahre) scheinen ein etwas höheres Risiko für die Entwicklung einer Depression im Verlauf zu haben im Vergleich zu Älteren (> 65 Jahre) [29]. Paranoide Psychosen entwickeln sich dagegen seltener, aber dennoch häufiger als in der Normalbevölkerung [10, 30]. Im Verlauf von 30 Jahren nach SHT erlitten über 48 % eines klinischen Klientels erstmalig eine psychische Erkrankung: 27 % Depressionen, 17 % unterschiedliche Angststörungen, 12 % Alkohol-/Drogen-Missbrauch, 7 % paranoide Psychosen, die Rate der Komorbiditäten untereinander war nicht explizit angegeben. Zusätzlich kam es zu einer hohen Komorbidität mit Persönlichkeitsveränderungen [10]. Die Inzidenzen lagen deutlich über denen in der Normalbevölkerung [10].

Die neuesten Übersichten stammen von der International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis [31]. Hier wird ebenfalls das Wechselspiel zwischen hirnganischen und psychosozialen Faktoren betont. Der durch das SHT erlebte beziehungsweise bedingte Stress (mit oder ohne einer posttraumatischen Belastungsstörung, PTBS) scheint ein wichtiger Risikofaktor zu sein [31]. Frauen scheinen nach SHT eher ein höheres Langzeitrisiko für Suizid zu haben, Männer dagegen ein höheres Risiko für schizophrene Psychosen oder Verwicklung in Gewalttaten [32]. Suizidalität wird durch Depression, Gefühle der Hoffnungs- oder Hilflosigkeit und durch Verlusterlebnisse (persönlich, beruflich und/oder finanziell) begünstigt. Jüngere (< 60 Jahre) und körperlich nur moderat behinderte SHT-Patienten tendieren mehr zu Suizidhandlungen [33]. Unklar ist, ob ältere SHT-Patienten ein erhöhtes Risiko für (vorzeitige) Demenzentwicklung haben [34], kognitive Defizite verbleiben häufig bei allen SHT-Betroffenen, von Kindern bis Senioren [34]. Letztere entwickeln sich auch zu einer weiteren Risikogruppe, ein SHT zu erleiden, wo bisher junge männliche Erwachsene die Hauptrisikogruppe darstellen, zum Teil in Verbindung mit Substanzmissbrauch, vorwiegend Alkohol [35]. Epidemiologische Untersuchungen zu Art und Häufigkeit von pharmakologischen und/oder psychothe-

rapeutischen Behandlungen bei affektiven Störungen nach SHT liegen nicht vor.

Fazit für die Praxis

Affektive Störungen nach erworbenen Hirnschäden wie Schlaganfall und SHT sind häufig. Dabei finden Depressionen in der Literatur mehr Beachtung als Angststörungen, obwohl Inzidenz und Prävalenz etwa gleich groß sind und eine relevante Komorbidität besteht. Beide Störungen treten nicht nur in der (Post-)Akutphase auf, sondern nehmen im Langzeitverlauf an Häufigkeit und Schweregrad eher zu. Affektive Störungen nach erworbenen Hirnschäden treten eher phasenhaft über einen gewissen Zeitraum auf, nur bei wenigen Patienten sind sie anhaltend von der Postakutphase an auf Dauer vorhanden. Allerdings gibt es keine Indikatoren, die Depression und/oder Angst nach Schlaganfall oder SHT einigermaßen zuverlässig vorhersagen, erst recht nicht über den Zeitraum, wann sie eintreten. Deshalb müssen die Patienten immer wieder daraufhin befragt und untersucht werden. Für affektive Störungen nach Schlaganfall besteht offensichtlich im Langzeitverlauf auch ein Unterschied in verschiedenen Ländern, dessen Ursache noch unklar ist. Medikamentös und/oder psychotherapeutisch unterversorgte Schlaganfallpatienten mit Depression und/oder Angst finden sich fünf Jahre nach dem Ereignis aber in allen Ländern. Beim SHT scheinen jüngere Betroffene ein höheres Langzeitrisiko für die Entwicklung affektiver Störungen zu haben, auch geschlechtsabhängige Unterschiede zeigen sich. Der im Zusammenhang mit dem SHT erlebte Stress beeinflusst das Risiko. Erhöhte Suizidalität im Langzeitverlauf scheint bei jüngeren SHT-Patienten ein relevantes Problem zu sein, abhängig von psychosozialen Kontextfaktoren. Die Auswirkung fortbestehender kognitiver Beeinträchtigungen für die Entwicklung von Angst und Depression ist bei Schlaganfall und SHT noch unklar. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Wilfried Schupp

Chefarzt Neurologie/Neuropsychologie

Fachklinik Herzogenaurach

In der Reuth 1, 91074 Herzogenaurach

E-Mail: neurologie@fachklinik-herzogenaurach.de

Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ. W. Schupp erklärt die Teilnahme und Mitautorenschaft an der CERISE- und anderen im Artikel zitierten Studien. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

*Die CERISE-Studie wurde von der EU Kommission und dem Sekretariat für Bildung und Forschung (SBF) der Schweiz finanziert; Kontrakt-Nr. QLK6-CT-2002-00170.

CME-Fragebogen

FIN: NT1511n9

gültig bis 30.11.2015

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 möglich.
- Ausführliche Erläuterungen unter 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/s15016-015-0697-x

Affektive Störungen nach Schlaganfall und SHT

Was trifft auf affektive Störungen nach erworbenen Hirnschäden wie Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma zu?

- Sie sind gleich häufig wie bei körperlichen Behinderungen anderer, zum Beispiel orthopädischer Natur.
- Sie sind abhängig vom Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigung.
- Sie treten häufiger auf als in der gleichaltrigen Gesamtpopulation.
- Sie sind abhängig vom Ausmaß der geistig-kognitiven Behinderung.
- Sie sind gleich häufig wie bei geistig-kognitiven Behinderungen anderer Natur.

Wie hoch ist die Prävalenz von Depression im ersten Jahr nach Schlaganfall nach Studienlage im gewichteten Mittel?

- 10%
- 16%
- 25%
- 33%
- 50%

Welche ICD-10 Kodierung von affektiven Störungen nach erworbenen Hirnschäden wie Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma wird empfohlen?

- F 06.3 organisch affektive Störung
- F 32.x Depression
- F 41.2 Angst und Depression gemischt
- F 43.2 depressive Anpassungsstörung
- Es gibt keine Empfehlung

Wann war die Häufigkeit für Depression (relevant erhöhter Score im HADS) nach Schlaganfall in der CERISE-Studie am höchsten?

- Direkt nach Ereignis
- Zwei Monate nach Ereignis
- Vier Monate nach Ereignis
- Sechs Monate nach Ereignis
- Über den ganzen Studienzeitraum gleichbleibend

Was trifft für Angst und Depression nach Schlaganfall nach den Ergebnissen der CERISE-Studie zu?

- Sie weisen ähnliche Verläufe in Häufigkeit und Schweregrad auf.
- Sie weisen entgegengesetzte Verläufe in Häufigkeit und Schweregrad auf.
- Sie weisen eine Komorbidität von über 50% auf.
- Sie weisen enge Zusammenhänge zum Schweregrad des Schlaganfalls (NIHSS) auf.
- Sie weisen enge Zusammenhänge zur Beeinträchtigung in Alltagsaktivitäten (Barthel-Index) auf.

Welche der folgenden Aussagen trifft auf den Langzeitverlauf nach Schlaganfall (bis fünf Jahre danach) zu?

- Häufigkeit und Schweregrad von Angst und Depression steigen bei den Patienten an.
- Häufigkeit und Schweregrad von Angst und Depression nehmen bei den Patienten ab.
- Häufigkeit und Schweregrad von Angst

und Depression bleiben bei den Patienten gleich.

- Häufigkeit und Schweregrad von Angst und Depression verlaufen bei den Patienten parallel mit den körperlichen Behinderungen.
- Häufigkeit und Schweregrad von Angst und Depression verlaufen bei den Patienten parallel mit den geistig-kognitiven Behinderungen.

Welcher der folgenden Faktoren begünstigt das Auftreten von Depression und Angst im ersten Jahr nach Schädel-Hirn-Trauma (SHT)?

- Höheres Lebensalter
- Starke körperliche Behinderung infolge des SHT
- Alkoholmissbrauch schon vor dem Ereignis
- Hohe Schul-/Berufsbildung
- Gute kognitive Funktionen beziehungsweise Wiederherstellung

Im Langzeitverlauf (fünf und mehr Jahre) nach einem durchgemachten Schädel-Hirn-Trauma (SHT) findet sich im Vergleich zur Normalbevölkerung kein erhöhtes Risiko für eine Neuerkrankung an welcher der folgenden Störungen?

- Bipolarer Störung
- Zwangssymptomatik
- Paranoide Psychose
- Angststörung
- Substanzmissbrauch

Was weisen Studienbefunde zu affektiven Störungen im Langzeitverlauf nach erworbenen Hirnschäden wie Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT) aus?

- Sie treten häufiger nach Schlaganfall auf.
- Sie treten nach Schlaganfall und SHT in etwa gleich häufig auf.
- Sie treten häufiger nach SHT auf.
- Sie betreffen bei Schlaganfall mehr die jüngeren und bei SHT mehr die älteren Patienten.
- Sie äußern sich nach Schlaganfall in ihren Symptomen anders als nach SHT.

Wobei oder wofür ist das Risiko für Suizid im Langzeitverlauf nach einem Schädel-Hirn-Trauma erhöht?

- Männliches Geschlecht
- Höheres Lebensalter
- Hoher Bildungsstatus
- Verlusterlebnisse
- Demenzentwicklung

Bitte beachten Sie:

Diese zertifizierte Fortbildung ist zwölf Monate auf springermedizin.de/eakademie verfügbar. Dort erfahren Sie auch den genauen Teilnahme-schluss 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.



Top bewertet in der e.Akademie



Neurologie

► **Vermutlich oft gesehen, aber nur selten diagnostiziert: Neurologische und psychiatrische Symptome der systemischen MCAD**

aus: Neurotransmitter 9/2015
von: G. J. Molderings, D. Pöhlau, M. Raithel, B. Haenisch, S. Harzer
Zertifiziert bis: 10.9.2016
Medienformat: e.CME, e.Tutorial

► **Spinale Neuralrohrdefekte: Meningomyelocele und assoziierte Fehlbildungen**

aus: Neurotransmitter 6/2015
von: R. Cremer
Zertifiziert bis: 12.6.2016
Medienformat: e.CME, e.Tutorial

► **Nicht epileptische Anfälle: Vasovagale Synkopen**

aus: Neurotransmitter 4/2015
von: K. M. Klein, PhD, F. Rosenow
Zertifiziert bis: 10.4.2016
Medienformat: e.CME, e.Tutorial

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

Teilnahmemöglichkeit:

Exklusiv im e.Med-Paket

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

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

Weitere Informationen zum e.Med-Paket und Gratis-Testangebot unter

www.springermedizin.de/eMed

Literatur

1. Kronenberg G, Endres M: Schlaganfall und Psyche. *Akt Neurol* 2013; 40: 553-556
2. Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Johnston L, Grant F: Psychiatric disorders following traumatic brain injury: their nature and frequency. *J Head Trauma Rehabil* 2009; 24: 324-332
3. Narushima K, Kosier JT, Robinson RG: A re-appraisal of poststroke depression and lesion localisation in long term follow-up. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15: 422-430
4. Carson AJ, MacHale S, Allen et al.: Depression after stroke and lesion localisation: a systematic review. *Lancet* 2000; 350:122-126
5. Bigler ED: Neuropsychology and clinical neuroscience of persistent post-concussive syndrome. *J Int Neuropsychol Soc* 2008; 14: 1-22
6. Mizuno T, Takeda K: The symptomatology of frontal and temporal lobe damages. *Brain Nerve* 2009; 81:1209-1218
7. Folstein MF, Maiberger R, McHugh PR: Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1977; 40: 1018-1020
8. Schwarz R, Gunzelmann T, Hinz A et al.: Angst und Depression in der über 60-jährigen Allgemeinbevölkerung. *Dtsch Med Wschr* 2001; 126: 611-613
9. Sachverständigenrat: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten für die Bundesregierung 2009
10. Koponen S, Taiminen T, Portin et al.: Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (8): 1315-1321
11. Wallesch CW, Marx P, Tegenthoff M, Widder B et al.: S1-Leitlinie Begutachtung nach gedecktem Schädel-Hirn-Trauma. AWMF-Register Nr. 094/002, Stand 07/2013. Im Internet: www.dgnb-ev.de/leitlinien
12. Rao V, Koliatsos V, Ahmed F et al. Neuropsychiatric disturbances associated with traumatic brain injury: a practical approach to evaluation and management. *Semin Neurol* 2015; 35: 64-82
13. Lauterbach MD, Notarangelo PL, Nichols SJ et al. Diagnostic and treatment challenges in traumatic brain injury patients with severe neuropsychiatric symptoms. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11: 1601-1607
14. Jokinen H, Melkas S, Ylikoski R et al. Post-stroke cognitive impairment is common even after successful clinical recovery. *Eur J Neurol* 2015; 22: 1288-1294
15. Hackett ML, Yapa C, Parag V, Anderson CS: Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 2005; 36: 1330-1340
16. De Wit L, Putman K, Lincoln N et al.: Depression and anxiety in the first six months after stroke. *Disab Rehab* 2008; 30:1858-1866
17. De Wit L, Putman K, Schuback B et al.: Motor and functional recovery after stroke. A comparison of 4 European Rehabilitation Centers. *Stroke* 2007; 38: 2101-2107
18. Lincoln N, Leadbitter D: Assessment of motor function in stroke patients. *Physiotherapy* 1979; 65: 48-51.
19. O'Rourke S, MacHale S, Signorini D, Dennis M: Detecting psychiatric morbidity after stroke. Comparison of the GHQ and the HAD scale. *Stroke* 1998; 29: 980-985
20. Lincoln N, Brinkmann N, Cunningham S et al.: Anxiety and depression after stroke, a five year follow-up. *Disab Rehabil* 2013; 35: 140-145
21. De Wit L, Theuns P, Dejaeger E et al.: Level and determinants of patient's health related quality of life at six months and five years after stroke. *Lancet Neurology* (submitted)
22. Desmaele S, Putman K, De Wit L et al.: A comparative study of medication use after stroke in four European rehabilitation centres. *J Stroke Cardiovasc Dis* (submitted)
23. De Wit L, Putman K, Brinkmann N et al.: Long-term mortality and related prognostic factors after inpatient stroke rehabilitation. *J Rehab Med* 2012; 44:547-552
24. Jorge RE, Robinson RG, Moser D et al.: Major depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(1): 42-50
25. Jorge RE, Arciniegas DB: Mood disorders after TBI. *Psychiatr Clin North Am* 2014; 37(1): 13-29
26. Jorge RE, Starkstein SE, Arndt S et al.: Alcohol misuse and mood disorders following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(7): 742-749
27. Deb S, Lyons I, Koutzoukis C et al.: Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3):374-376
28. Rogers JM, Read CA: Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007; 21:1321-1333
29. Deb S, Burns J. Neuropsychiatric consequences of traumatic brain injury: a comparison between two age groups. *Brain Inj* 2007; 21:301-307
30. Fujii DE, Ahmed J: Psychotic disorder caused by traumatic brain injury. *Psychiatr Clin North Am* 2014; 37: 113-124
31. Cassidy JD, Cancelliere C, Carroll LJ et al. Systematic review of self-reported prognosis in adults after mild traumatic injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2014;95: S132-151
32. Cancelliere C, Donovan J, Cassidy JD: Is sex an indicator of prognosis after mild traumatic brain injury: a systematic analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2015; doi:10.1016/j.apmr.2014.11.028 (epub ahead of print)
33. Arciniegas DB, Anderson CA: Suicide in neurologic illness. *Curr Treat Options Neurol* 2002; 4(6): 457-468
34. Godbolt AK, Cancelliere C, Hincapie CA et al. Systematic review of risk of dementia and chronic cognitive impairment after mild traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2014; 95: S245-256
35. Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie. Leitlinie Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter. Im Internet: www.dgnc.de/Leitlinien oder www.awmf.org/Leitlinien.

Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern

➔ Patienten mit VHF sind in Deutschland häufig unter- oder fehlversorgt. Zu diesem Schluss kommt das neue Weißbuch „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern“ [Kip M et al. Weißbuch Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern, Thieme Verlag 2015]. Auch bestehen in Deutschland noch erhebliche Defizite in der Detektion von VHF und im Einsatz einer leitliniengemäßen Antikoagulation mit neuen oralen Antikoagulantien (NOAK). So werden VHF-Patienten immer noch mit Thrombozytenaggregationshemmer behandelt, obschon diese zur Schlaganfallprophylaxe bei VHF im Vergleich zu einer oralen Antikoagulation weniger wirksam seien, so Professor Harald Darius, vom Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin. Metaanalytische Daten belegen, dass die Gruppe der NOAK hinsichtlich Schlaganfall-

prophylaxe und Blutungsrisiko gegenüber Vitamin-K-Antagonisten (VKA) überlegen ist [Ruff CT et al. Lancet 2014; 383: 955–62]. Für den direkten Faktor-Xa-Inhibitor Rivaroxaban (Xarelto®) belegen die aktuellen Ergebnisse der prospektiven, einarmigen, nicht interventionellen Phase-IV-Studie XANTUS die hohe therapeutische Sicherheit unter den Bedingungen des Versorgungsalltags [Camm AJ et al. Eur Heart J 2015 Sep 1. pii: ehv466]. Die 6.784 Studienteilnehmer hatten einen durchschnittlichen CHADS₂-Score von 2,0 und einen CHA₂DS₂-VASc-Score von 3,4 Punkten. Während der Behandlung mit Rivaroxaban waren die Zahl der Blutungsereignisse und der thromboembolischen Ereignisse sowie die Gesamtmortalität insgesamt gering, stiegen aber im Verlauf langsam an. Während des einjähri-

gen Beobachtungszeitraums erlitten 128 Patienten eine schwerwiegende Blutung (2,1/100 Patientenjahre); 118 Patienten verstarben (1,9/100 Patientenjahre) und 43 erlitten einen Schlaganfall (0,7/100 Patientenjahre). Falls es zu einer schweren Blutung kam, ließ sie sich in der Regel mit konservativen Maßnahmen gut kontrollieren. 53 der 128 Patienten mit einer schweren Blutung erhielten Transfusionen, zwei Patienten Prothrombin-Komplex-Konzentrat (PPSB), drei Patienten Tranexamsäure und ein Patient Etamsylat. Die Ergebnisse der XANTUS-Studie bestätigen somit das günstige Sicherheitsprofil, das Rivaroxaban sowohl in der Zulassungsstudie ROCKET-AF als auch im Dresdener NOAC-Register unter Beweis gestellt hat.

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Akut-Management und Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls“ 88. DGN-Kongress, Düsseldorf, 25.9.2015; Veranstalter: Bayer Vital

Schubförmige Multiple Sklerose: Therapie früh und konsequent eskalieren

➔ Die Entscheidung, welche Therapie ein MS-Patient erhalten soll, gehört zu den täglichen Herausforderungen im Praxisalltag. Die aktuelle Leitlinie wurde bewusst ‚weit gehalten‘, für die tägliche Praxis kann die Registerstudie PANGAEA hilfreiche Informa-

tionen zur Therapie mit Fingolimod liefern. Laut Professor Tjalf Ziemssen, Klinikum Carl Gustav Carus Dresden, sind dafür zwei Aspekte zu berücksichtigen: „Bei Patienten mit hochaktiver Verlaufsform schreitet die Krankheit unter einer Basistherapie länger

fort als unter einer schnell wirksamen, effektiveren Therapie“ und „kann ich mir bei diesem Patienten eine geringere Responderate leisten?“

Für einen Wechsel in eine Therapie mit (ebenfalls) niedriger Responderate spricht bestenfalls eine mild-moderate Verlaufsform, keinesfalls ein hochaktiver Verlauf. „Mit jedem Wechsel auf eine neue Therapie steigt die Anzahl der Patienten, die wir nicht mehr kontrollieren können. Daher ist die Chance auf ein Ansprechen umso höher, je früher wir effektiv behandeln“, gab Ziemssen zu bedenken.

Aktuelle 3-Jahres Daten der PANGAEA-Registerstudie (n = 3.951) zeigen, dass Patienten unter Real-Life-Bedingungen unabhängig von der Vorbehandlung (z. B. Interferon beta, Glatirameracetat) von einer Therapie mit Fingolimod (Gilenya®) profitieren. Unter Fingolimod erreichten die Patienten eine anhaltende, signifikante Reduktion der jährlichen Schubrate von –71 % nach zwölf Monaten (p < 0,001). Der Benefit war umso größer, je jünger die Patienten und je niedriger der EDSS war. Der Anteil schubfreier Patienten blieb mit 67,9 % in Jahr 1, 68,3 % in Jahr 2 und 70,1 % in Jahr 3 anhaltend niedrig [Ziemssen T et al. AAN 2015, Poster P3.251]. Ein Schlüsselparame- ter für die Kontrolle der Krankheitsaktivität ist die EDSS-Progression. „Dass über 80 % der Patienten unter Fingoli-

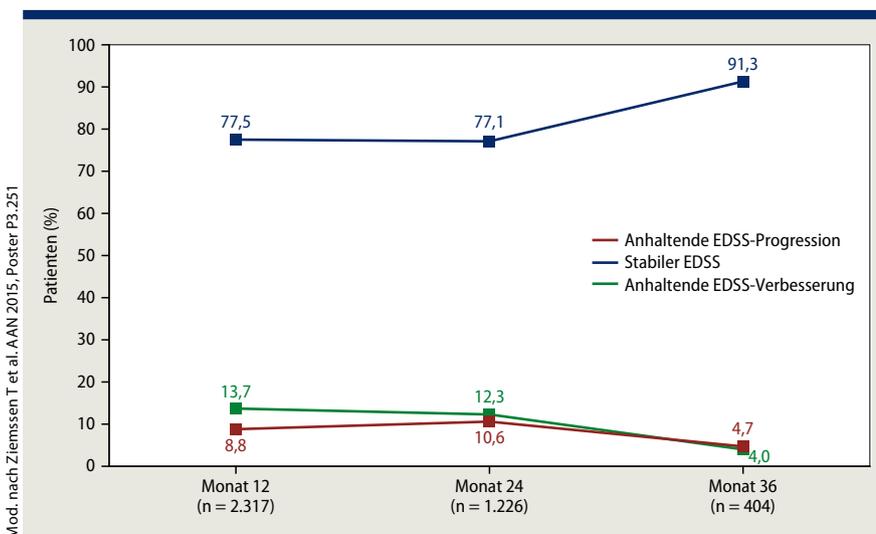


Abb. 1: PANGAEA: Anhaltende Wirksamkeit von Fingolimod. Über 80 % der Patienten zeigen auch im dritten Jahr einen stabilen EDSS-Wert.

mod einen stabilen EDSS zeigen, ist beeindruckend“, erklärte Ziemssen (**Abb. 1**). Entsprechend hoch ist die Therapiezufriedenheit bei Ärzten und Patienten, die sich in einer

Behandlungspersistenz von 86,1 % im ersten und 87,9 % im zweiten Behandlungsjahr widerspiegelt.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

MS-Therapie: Mit starker früher Wirkung auch langfristig weniger Behinderung

➔ Eine frühe Therapie der multiplen Sklerose mit Interferon beta-1a s.c. senkt die Läsionslast rasch und effektiv. Dass Patienten auch nach 15 Jahren einen deutlichen Benefit von dieser Therapie haben, zeigt die PRISMS-15-Studie.

PRISMS-15 [Kappos L et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2015; 0: 1–6] ist eine Verlaufsbeobachtung bei Patienten, die bereits an der PRISMS-Zulassungsstudie teilgenommen haben und nun nach 15 Jahren noch einmal rekrutiert wurden, erklärte Dr. Antonio Bayas, Klinikum Augsburg. Seiner Ansicht nach trägt diese kürzlich publizierte Studie maßgeblich zum Verständnis bei, in wie weit es möglich ist, den Verlauf der MS über die Zeit zu beeinflussen.

In der Zulassungsstudie erhielten die Patienten entweder Interferon β -1a s.c. (Rebif®) 3 x

wöchentlich mit 22 oder 44 μ g beziehungsweise Placebo. Nach zwei Jahren wurde die Placebogruppe neu randomisiert auf 22 oder 44 μ g. Nunmehr liegen die Daten über 15 Jahre vor.

Von ursprünglich 560 Patienten konnten 290 für PRISMS-15 wieder rekrutiert werden. 118 erhielten noch irgendein Interferon beta-1a-Präparat, 36 waren kontinuierlich auf Interferon beta-1a s.c. geblieben. In PRISMS-15 wurde die durchschnittliche kumulative Dosierung dieser Medikation über die 15 Jahre ermittelt und in Quartile unterteilt. In der minimalen Quartile (MIN-Gruppe) waren es etwa 12 mg, in der maximalen Quartile (MAX-Gruppe) 94 mg.

Es stellte sich heraus, dass die Patienten je nach Höhe der Dosierung über die Jahre mehr oder weniger Schübe entwickelten.

Pressegespräch „Wann umstellen, wie optimieren? Schlüsselfragen in der Therapie der (hoch) aktiven MS“, 88. DGN-Kongress, Düsseldorf 24. 9. 2015; Veranstalter: Novartis Pharma

Zwischen null und fünf Schüben waren es bei 29 % in der MIN-Gruppe und bei 41 % in der MAX-Gruppe. Zwischen sechs und zehn Schüben hatten 25 % beziehungsweise 20 % und mehr als elf Schübe 19 % beziehungsweise 11 % der Patienten. Auch beim Grad der Behinderung schnitt die maximale Quartile besser ab. Der Anteil der Patienten mit einem Behinderungsgrad EDSS (Expanded Disability Status Scale) ≥ 4 betrug 31,8 % versus 60,7 %, ein EDSS ≥ 6 bestand bei 13,9 % versus 52,1 % der Patienten. Als weitere Erkenntnisse nach 15 Jahren MS-Therapie führte Bayas an, dass unter der hohen Dosierung immer noch mehr als acht von zehn Patienten gehfähig waren (EDSS < 6) und ebenso viele nicht in die schwer behandelbare sekundär progrediente MS (SPMS) konvertiert waren. **Martin Bischoff**

Pressebriefing „Schnelle Wirksamkeit, langfristige Erfolge: Die richtige Therapiestrategie entscheidet“, 88. DGN-Kongress, Düsseldorf, 25. 9. 2015; Veranstalter: Merck Serono

Fokale Epilepsien: Vorteile einer frühen Zusatztherapie

➔ Patienten mit fokaler Epilepsie, die unter einer Monotherapie keine ausreichende Anfallskontrolle erreichen, können von einer möglichst frühen Zusatztherapie mit einem modernen, interaktionsarmen Antiepileptikum profitieren.

Ein erheblicher Teil der Patienten mit fokalen epileptischen Anfällen wird unter einer Monotherapie nicht anfallsfrei. Durch eine Zusatztherapie mit neueren interaktionsarmen und langfristig gut verträglichen Antikonvulsiva wie Lacosamid (Vimpat®) kann eine zusätzliche Wirkung erreicht werden [Sake JK et al. CNS Drugs 2010; 24: 1055–68]. Das Antikonvulsivum der dritten Generation zeichnet sich durch ein geringes Interaktionsrisiko, eine breite Wirksamkeit und durch ein günstiges Verträglichkeitsprofil aus und ist in allen Applikationsformen verfügbar. Wegen des interindividuell

höchst variablen Ansprechens sei es wichtig, für jeden Patienten – abhängig vom individuellen Ansprechen und unter Abwägung von Verträglichkeit, Nebenwirkungsprofil und Kombinationsmöglichkeit – das am besten geeignete Therapiekonzept zu entwickeln, berichtete Professor Christian E. Elger, Direktor der Klinik für Epileptologie der Universität Bonn.

Lacosamid hat seine Wirksamkeit und Verträglichkeit in der Kombinationstherapie nicht nur in den Zulassungsstudien bei über 1.300 Patienten mit fokaler Epilepsie unter Beweis gestellt, sondern auch unter Alltagsbedingungen. Zwei aktuelle Beobachtungsstudien ergaben, dass eine besonders gute Anfallskontrolle erreicht werden kann, wenn Lacosamid als frühe Zusatztherapie verabreicht wird [Tzvetanov P et al. Abstract P567; Noack-Rink M et al. Abstract P334, 11th

European Congress on Epileptology, 2014, Stockholm]. In der sechsmonatigen, prospektiven, nicht interventionellen VITOBA™-Studie (Vimpat Added to One Baseline AED) bei Patienten mit fokal beginnenden Anfällen wurden 45,5 % von insgesamt 499 Patienten unter der Kombination von Lacosamid und einem Begleit-Antiepileptikum anfallsfrei; bei 72,5 % nahm die Anfallsfrequenz um 50 % ab. Als Zusatztherapie zu einer ersten Monotherapie führte Lacosamid zu höheren Ansprech- und Anfallsfreiheitsrate im Vergleich zu Patienten, die vor Einschluss in die Studie bereits zwei und mehr Antiepileptika erhalten hatten. Die in der VITOBA™-Studie beobachteten Nebenwirkungen entsprachen dem bekannten Profil und waren überwiegend mild bis moderat ausgeprägt.

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Epilepsie und Bewegungsstörungen – Therapie und Patientenbedürfnisse“, 88. DGN-Kongress Düsseldorf, 24.9.2015, Veranstalter: UCB Pharma

Schlaganfallprävention mit einem NOAK: hohe Adhärenz unabhängig von Schulung

➔ Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern haben ein fünffach höheres Risiko für einen Schlaganfall als Personen ohne diese Herzrhythmusstörung. Für die Schlaganfallprophylaxe bei diesen Patienten spielt die Therapietreue eine besonders entscheidende Rolle. Bislang stehen jedoch für die Behandlung mit neuen oralen Antikoagulantien (NOAK) nur wenige Daten zur Adhärenz und Persistenz zur Verfügung.

In der aktuellen AEGEAN-Studie konnten hohe Adhärenz- und Persistenzraten unter sechsmonatiger Therapie mit dem NOAK Apixaban (Eliquis®) dokumentiert werden – und das ohne zusätzliches Schulungspro-

gramm. AEGEAN (Assessment of an Education and Guidance program for Eliquis® Adherence in Non-valvular atrial fibrillation) ist die erste prospektive, randomisierte klinische Studie zu Apixaban, die die Adhärenz und Persistenz bei einem begleitenden Schulungsprogramm im Vergleich zur Standardaufklärung ohne Schulungsprogramm untersucht. Bei Apixaban handelt es sich um einen neuen oralen, reversiblen, hochselektiven, direkten Faktor-Xa-Inhibitor.

„In die europäische Multicenter-Studie wurden Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern oder Vorhofflattern eingeschlossen“, berichtete Professor Georg Gahn, Di-

rektor der Neurologischen Klinik am Städtischen Klinikum Karlsruhe. 583 Patienten erhielten bei zweimal täglicher Apixaban-Gabe die Standardaufklärung. 579 Patienten absolvierten darüber hinaus ein Schulungsprogramm, das eine zusätzliche Patientenbroschüre, verschiedene Erinnerungshilfen für die Tabletteneinnahme und die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit einer „virtuellen Klinik“ umfasste. Die Adhärenz wurde mithilfe eines elektronischen „Helping Hand“-Gerätes gemessen. Die Adhärenz lag nach 24 Wochen in der Patientengruppe mit Standardaufklärung bei 88,5% und in der Gruppe mit dem zusätzlichen Schulungsprogramm bei 88,3% ($p = 0,89$; **Abb. 1**). Die Persistenz nach 24 Wochen lag in der Gruppe mit Standardaufklärung bei 90,5% und in der Gruppe mit begleitendem Schulungsprogramm bei 91,1% ($p = 0,76$). „Dies bedeutet, dass die Patienten eine hohe Adhärenz und Persistenz unter Apixaban aufwiesen, die durch ein zusätzliches Schulungsprogramm nicht beeinflusst wurde“, resümierte Gahn. Die Ergebnisse nach 48 Wochen werden für Ende 2016 erwartet.

Guidrun Girrbach

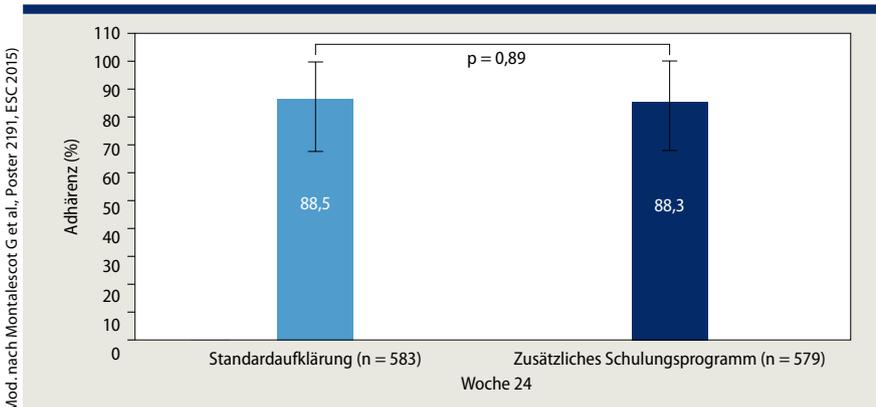


Abb. 1: AEGEAN – Adhärenz unter sechsmonatiger Apixaban-Therapie mit und ohne Schulungsprogramm

Symposium „Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern: Warum sollten wir uns die Antikoagulation zu Herzen nehmen?“, 88. DGN-Kongress Düsseldorf, 24. 9. 2015; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und Pfizer Deutschland

Morbus Parkinson: Dopaminagonist verbessert Motorik und Vigilanz

➔ Die Erkrankung selbst, aber auch die Medikation führen bei Parkinson-Patienten häufig zu einer vermehrten Tagesmüdigkeit. Im Rahmen einer Langzeitstudie führte der Dopaminagonist Piribedil, der eine zusätzliche noradrenerge Wirkkomponente aufweist, nicht nur zu einer Verbesserung der Motorik, sondern auch der Vigilanz und der depressiven Symptomatik.

Parkinson-Patienten leiden nicht nur unter der Störung ihrer Motorik. Vielmehr kommt es auch zu einer vermehrten Tagesmüdigkeit und zu depressiven Verstimmungen.

Deshalb ist es vorteilhaft, wenn die eingesetzten Medikamente diese Begleitsymptome günstig beeinflussen; denn dadurch kann die Lebensqualität wesentlich verbessert werden. Bei der Therapie des Morbus Parkinson haben sich Dopaminagonisten sehr bewährt. Piribedil (Clarium®) verfügt als einziger Dopaminagonist zusätzlich über eine noradrenerge Wirkkomponente. Deshalb entfaltet diese Substanz neben einer Verbesserung der Motorik auch eine günstige Wirkung auf die Vigilanz und die depressive Symptomatik.

Im Rahmen einer prospektiven Langzeitstudie (PIRLONG-PD) wurde die Wirksamkeit und Sicherheit bei 819 Parkinson-Patienten unter Praxisbedingungen untersucht, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Vigilanz und die depressiven Symptome gerichtet wurde. „Auch bei einer längeren Beobachtung über maximal vier Jahre bleiben die positiven Effekte voll erhalten und dies bei guter Verträglichkeit“, sagte Dr. Reinhard Ehret, niedergelassener Facharzt für Neurologie in Berlin. Dies gelte besonders für die Begleitsymptome wie Tagesmüdigkeit, Apathie und Depression. Bei den exzessiv tagesmüden Patienten konnte über die vollen vier Jahre mit Piribedil die

Tagesfrische wiederhergestellt und stabilisiert werden. Bei der überwiegenden Zahl der depressiven Patienten war eine zusätzliche antidepressive Medikation nicht erforderlich. „Piribedil ist das Medikament der Wahl bei Parkinson-Patienten, bei denen andere Dopaminagonisten nicht die gewünschte Wirkung zeigen oder bei denen Begleitsymptome wie eine vermehrte Ta-

gesmüdigkeit oder eine depressive Verstimmung vorliegen“, so Ehret.

Dr. Peter Stiefelhagen

Meet-the-Expert: „Piribedil – Prospektive 4-Jahres-Langzeitstudie zum Effekt von Piribedil auf Vigilanz und Depression bei Parkinson-Patienten“, Düsseldorf, 23.9.2015; Veranstalter: Desitin Arzneimittel

MS: Antikörpertherapie verbessert auch die Lebensqualität

➔ Alemtuzumab (Lemtrada®) stoppt nicht nur über viele Jahre hinweg jegliche Krankheitsaktivität, es verbessert auch die Lebensqualität und bremst die Hirnatrophie. Der monoklonale Antikörper ermöglicht eine temporäre und selektive Depletion von B- und T-Zellen. Dadurch wird nicht nur die Entzündungsaktivität schnell eingedämmt, dieser Reset der adaptiven Immunabwehr führt auch zu anhaltenden immunologischen Effekten. Dabei ändert sich nach der Neubildung von B- und T-Lymphozyten die Zusammensetzung des Immunsystems: Vor allem der Anteil von Memory- und regulatorischen T-Zellen nimmt zu. Zugleich werden vermehrt neurotrophe Faktoren ausgeschüttet. Diese Veränderungen könnten viele der Langzeiteffekte erklären, die in Studien beobachtet wurden, hat Professor Heinz Wiendl, Leitung der neurologischen Spezialklinik für „Entzündliche Erkrankungen des Nervensystems und Neuroonkologie“ von der Uniklinik Münster berichtet.

So zeigten die meisten der Patienten aus den beiden Zulassungsstudien CARE-MS I und CARE-MS II auch im vierten Jahr nach Therapiebeginn keine weitere MS-Aktivität: Bei jeweils 83% und 74% ließ sich keine über sechs Monate anhaltende Behinderungsprogression feststellen, rund 70% der Patienten beider Studien wiesen keine neuen MRT-Läsionen auf. 60% beziehungsweise 55% zeigten nach vier Jahren weder klinische noch paraklinische Zeichen einer MS. Dabei waren jeweils 74% und 68% aller Patienten mit nur zwei Behandlungsphasen ausgekommen, erläuterte Dr. Catharina Korsukewitz, Neurologin vom Uniklinikum in Münster. Jeweils 30% und 42% der Patienten konnten über vier Jahre hinweg ihre

Behinderungen deutlich reduzieren: Der EDSS-Wert sank bei ihnen über mindestens sechs Monate um mindestens einen Punkt [Wiendl H et al. *European Journal of Neurology* 2015; 22 (1): 120–83, P2164]. Dies hatte auch positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, gemessen mit der FAMS (Functional Assessment of Multiple Sclerosis)-Skala [Moreau T et al. *Multiple Sclerosis Journal* 2014; 20 (1), P044]: Der Wert verbesserte sich in der Studie CARE-MS II (The Comparison of Alemtuzumab and Rebif® Efficacy in Multiple Sclerosis) von etwa 118 Punkten auf 125 Punkte im zweiten Jahr und blieb dann weitgehend konstant. Dagegen kam es mit Interferon beta-1a nur zu einem Anstieg von 118 auf rund 122 Punkte. Der Unterschied zwischen beiden Wirkstoffen war statistisch signifikant ($p = 0,001$). Am deutlichsten hatten sich unter Alemtuzumab Denkfähigkeit und Fatigue, aber auch das emotionale Wohlbefinden verbessert.

In beiden Zulassungsstudien konnte der Antikörper auch die Hirnatrophie deutlich bremsen – in CARE-MS I über vier, in CARE-MS II über drei Jahre hinweg. Dabei war der Volumenverlust beim Hirnparenchym im dritten und vierten Jahr mit 0,1–0,2% geringer als in den beiden ersten Jahren (0,22–0,59%). Insgesamt lag die Hirnatrophie damit im Bereich gesunder Individuen im selben Alter – auch dies spricht für einen lang anhaltenden Therapieeffekt [Coles AJ et al., AAN 2015, Poster 7.263].

Thomas Müller

88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), Düsseldorf, 23.–26.9.2015. Symposium „Lemtrada: Chance auf Freiheit hoch 2 – frei von MS-Krankheitsaktivität und Dauertherapie?“ 25.9.2015, Veranstalter: Genzyme

Zulassungserweiterung I

Die Depot-Formulierung von Aripiprazol (Abilify Maintena®) hat eine Zulassungserweiterung erhalten. Das Präparat kann jetzt als monatliche Injektion sowohl in den Gluteal- als auch in den Deltamuskel angewendet werden.

Nach Informationen von Lundbeck/Otsuka

Zulassungserweiterung II

Das 8%ige Capsaicin-Pflaster Qutenza™ wurde 2009 in der EU zur Behandlung peripherer neuropathischer Schmerzen bei nicht diabetischen Erwachsenen als Monotherapie oder in Kombination mit anderen Schmerzmitteln zugelassen. Nun erweiterte die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) die Zulassung von Qutenza™ auf die Behandlung erwachsener Patienten mit Diabetes.

Nach Informationen von Astellas

Rasagilin generisch

Das Unternehmen 1 A Pharma hat seine Produktpalette im Bereich Parkinson-Therapie um Rasagilin – 1 A Pharma® erweitert. Das Präparat ist zur Behandlung der idiopathischen Parkinson-Krankheit als Mono- oder Zusatztherapie (mit Levodopa) bei Patienten mit End-of-dose-Fluktuationen indiziert und wird in der Stärke 1 mg in den Packungsgrößen 30 und 100 Stück angeboten.

Nach Informationen von 1A Pharma

Zusatznutzen bestätigt

Als erstem MS-Arzneimittel attestierte der G-BA Gilenya® (Fingolimod) einen beträchtlichen Zusatznutzen für die Behandlung der hochaktiven, schubförmig-remittierenden MS (RRMS) bei erwachsenen Patienten. Der G-BA bestätigte bei der Patientengruppe mit rasch fortschreitender schwerer MS seine bisherige Einschätzung und erkannte den Zusatznutzen für die Patientengruppe mit hoher Krankheitsaktivität, die keine vollständige Vorbehandlung mit Interferon beta (unter einem Jahr) erhalten haben.

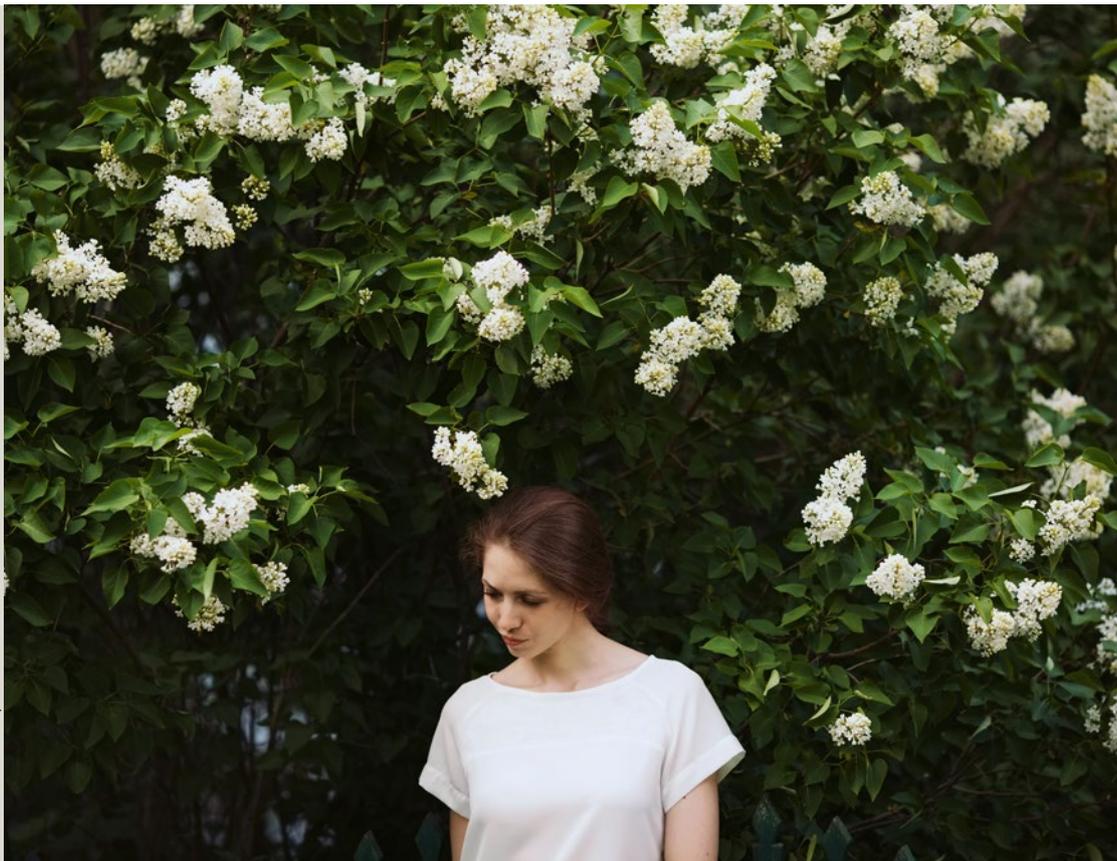
Nach Informationen von Novartis

Journal

Edmondo De Amicis Erzählung

„Im Garten des Wahns“

Wie verrückt sind die Verrückten? De Amicis Arzt im Lehrgarten der Psychopathologie konzipiert das wie folgt: „Die Verrückten sind gemeinhin weitaus weniger verrückt als die meisten glauben. Ihre Tollheit beschränkt sich auf eine bestimmte Vorstellung oder einen Vorstellungsbereich; ansonsten aber wahren sie alle Fähigkeiten, selbst noch die anspruchsvollsten. Auch täuschen sich die Unkundigen, wenn sie glauben, der Wahnsinn bringe einen völligen Wesenswandel mit sich. Der Fall kommt ganz selten vor.“ Kann das stimmen?



De Amicis Ausführungen über seine Patientinnen im Vergleich zu denen der männlichen Gattung sind epochal bedingt überraschend .

58 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Im Garten des Wahns“

Hier griff Edmondo De Amicis ein gesellschaftlich relevantes Thema auf, das in die nationalen Gesetze Italiens über „das Irrenwesen“ Eingang fand und nicht ohne erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der italienischen Psychiatrie geblieben ist.

62 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Schrift und Bild

Christoph Marek arbeitet abstrakt. In Jugendjahren bezwang er die Berge seiner Heimat. Die Ehrfurcht vor der imposanten Urkraft der Natur und der Gefährlichkeit des Klettersports bestimmen die meisten seiner Werken.

In der vom Italienischen Kulturinstitut Stuttgart herausgegebenen „Italienischen Bibliothek“ erschienen als Band 7 im Jahre 1994 die beiden Erzählungen „Im Garten des Wahns“ und „Bettelmusik“ von Edmondo De Amicis. Dieser Schriftsteller, geboren 1846 in Oneglia im damaligen Königreich Sardinien, war einst, ähnlich wie der vielfach gefeierte, heute nahezu vergessene Nobelpreisträger Paul Heyse, einer der bekanntesten europäischen Autoren. In ihrer Einleitung schreibt die Übersetzerin und Italianistin Birgit Tappert: „Der zweite Rang, mit dem sich das dichterische Œuvre von Edmondo de Amicis aus heutiger Sicht in der Literaturgeschichte bescheiden muss, steht in auffälligem Kontrast zu seinem Erfolg bei den Zeitgenossen (...). De Amicis gehörte zu Lebzeiten zu den meistgelesenen Schriftstellern Italiens. Seine Werke erzielten außergewöhnlich hohe Auflagen und wurden in zahlreiche Sprachen übersetzt. An ihrer intensiven Rezeption außerhalb Italiens hatte Deutschland regen Anteil. De Amicis Schrifttum beeindruckt wie das Manzoni's, nicht nur durch seinen gewaltigen Umfang, sondern auch durch seine Gestaltungsvielfalt. Novelle und Roman, Sittenskizze und Essay, Reisebericht und literarisches Porträt, Drama und Lyrik, sprachliche Studie und politische Rede sind in vier Jahrzehnten zu einem monumentalen Opus herangewachsen, dessen Gesamtausgabe bis heute ein Desideratum darstellt.“

Seine schulische Ausbildung erhielt Edmondo de Amicis in Cuneo und Turin, ehe er mit erst 16 Jahren an die „Accademia militare di Modena“ wechselte, um Offizier zu werden. Im Rang eines Leutnants nahm er mit 20 Jahren an der Schlacht von Custoza teil, versagte aber vollständig darin, seine Soldaten zu füh-

ren. Obgleich er daraufhin den Militärdienst quittierte, war er weiterhin davon überzeugt, dass militärische Disziplin und Erziehung das beste Mittel sei, das Leben zu bewältigen und die ersehnte Einheit Italiens zu befördern.

Seine ersten Veröffentlichungen publizierte Edmondo de Amicis 1886 in der Zeitschrift „L'Italia militare“, die vom Kriegsministerium herausgegeben wurde. Diese Publikationen wurden ihm zum Entree-Billet für die florentinische Tageszeitung „La Nazione“, in deren Auftrag er als Kriegsberichterstatter an den italienischen Unabhängigkeitskriegen teilnahm. In der Folge veröffentlichte De Amicis Reiseberichte über Spanien, Holland, London, Marokko, Konstantinopel und Paris. Seinen größten Erfolg erzielte der Autor 1886 mit seinem Schulroman „Cuore“, der innerhalb weniger Monate in zahlreiche europäische Sprachen übersetzt wurde. Der Roman passte zum Zeitgeist des „Risorgimento“ und verkörperte dessen moralische Ansprüche, wie Lexika übereinstimmend bestätigen. In seiner „Geschichte der italienischen Literatur“ von 1996 jedoch rügt der Romanist Manfred Hardt mit scharfem Urteil De Amicis „triviale, (...) der bürgerlichen Ideologie total angepasste, gängige Meinungen kolportierender Darstellungen.“ Die unverkennbar moralisierend-nationalistischen Tendenzen des Buches wurden auch erziehungswissenschaftlich kritisch betrachtet und von fortschrittlichen pädagogischen Konzepten abgelehnt. Die katholische Kirche hatte schon früh den unverkennbaren laizistischen Anspruch des Romans angeprangert. Verschiedenen Thesen zufolge rührte dieser von De Amicis Nähe zum Freimaurertum her, der deshalb eine laizistische Erziehung dem übermächtigen Einfluss der katho-

lischen Kirche in Schul- und Erziehungsangelegenheiten vorzog.

Gegen Ende des Jahrhunderts näherte sich Edmondo De Amicis schließlich sozialkritischem Gedankengut an und beschäftigte sich auch in seinen Werken mit den Armen und unterdrückten Bevölkerungsschichten wie beispielsweise den italienischen Auswanderern. Zahlreiche journalistische Arbeiten galten von nun an den Lebensbedingungen der Armen sowie sozialen Problemen, insbesondere der Bevölkerung Turins. Seine letzten Jahre „standen unter dem Schatten des Todes seiner Mutter, an der er sehr hing, und der andauernden Anfälle seiner Frau Teresa Boassi, die in der Selbsttötung seines Sohns Furio gipfelte. Edmondo De Amicis starb im Jahr 1908 in Bordighera“ (Wikipedia).

In den 1970er-Jahren dienten De Amicis Werke verschiedentlich als Vorlagen für Film- und Fernsehserien in Japan und Deutschland (z. B. „Marco – Über Meere und Berge“, 1990).

„Im Garten des Wahns“

Die Erzählung erschien erstmals 1902 in Livorno und fand, wie uns Birgit Tappert informiert, eine eher verhaltene Aufnahme, die insofern überrascht, als Edmondo De Amicis ein gesellschaftlich relevantes Thema aufgegriffen hatte, das wenige Jahre später in die ersten nationalen Gesetzesregelungen Italiens über „das Irrenwesen“ Eingang fand und wiederum nicht ohne erheblichen Einfluss auf die Entwicklung der italienischen Psychiatrie geblieben ist: „Turin, De Amicis' Wahlheimat, gehörte damals zu ihren Hochburgen. Die Stadt verdankte dieses Renommee vornehmlich dem Wirken ihrer namhaften Neurologen und Psychiater Enrico Morselli (1852–1929) und Cesare Lombroso

(1836–1909), mit dessen Familie De Amicis vermutlich freundschaftlichen Kontakt pflegte“ (Tappert). Es darf gemutmaßt werden, dass es einen lebhaften Gedankenaustausch zwischen Organen wie der „Nuova Antologia“ und der psychiatrischen Wissenschaft gab, zu deren Mitarbeiter auch De Amicis zählte. Von besonderem Interesse ist dabei die Tatsache, dass Professor Lombroso schon früh das Interesse der Literatur an den „protagonisti pazzi“ auffiel. Zurecht konstatiert Tappert eine Wechselwirkung zwischen dem Wandel der ästhetischen Ideale und der Progression einer medizinischen Fachwissenschaft, denn die Literatur ist nicht nur kraft ihrer konservierenden Potenz das ideale Sammelgefäß für Strömungen des Zeitgeistes, sondern auch kraft ihrer Fähigkeit, dem Zeitgeist auf Augenhöhe zu begegnen, ihn zu inspirieren und ihn zu prägen, die ideale Partnerin der Psychopathologie. Wo sonst könnte so präzise zu Wort und Bild werden, was fachwissenschaftliche Diagnostik erkennt. Deshalb auch wurden „Degenerationserscheinungen und Pathologisches zu bevorzugten Studien- und Darstellungsobjekten von Dichtern, die die Literarisierung des Morbiden – und auch des seelisch Abnormen – aus dem Konzept einer allumfassenden, unverblühten Wirklichkeitsdarstellung ableiteten“ (Tappert), um schließlich in der Annäherung von Literatur und „Erfahrungswissenschaften“ jene wechselseitige Erhellung der Künste zu konturieren, welche die Moderne kennzeichnen. Fiktionalisierung und Wissenschaft stehen sich nicht mehr antagonistisch gegenüber, sondern erkennen, jeder Bereich für sich und zugleich für den anderen, das inspirierende und befruchtende Potenzial, das sich nicht zuletzt auch in einem veränderten Grundverständnis von Krankheit manifestiert, die als integraler Bestandteil des Lebens und nicht länger als Strafe Gottes anerkannt wird. An der Schwelle zum 20. Jahrhundert stehen die Namen Arthur Schnitzler, Giovanni Verga, aber auch Gabriele d’Annunzio oder Luigi Pirandello, die hierfür literarisch Maßstäbe gesetzt haben. Zwar hat es den Anschein, De Amicis vermeide irgendwelche transtextuelle Fingerzeige auf gesellschaftliche Realitäten außerhalb des

geschlossenen Gartens, doch ist der scheinbare Rückzug aus Raum und Zeit eher ein Mittel der literarischen Intensivierung, um auf das „geschlossene System“ von Wahn generell hinzuweisen.

Erzählt wird die Geschichte eines Besuchs. Ein Ich-Erzähler geht in Begleitung eines namenlosen, aber offenkundig befreundeten, weil vertraulich geduzten Arztes durch den Garten einer Anstalt. Was sich an emotionaler Erregung bei dem Besucher einstellt, wird von dem Arzt fachkundig entemotionalisiert und gewissermaßen „wissenschaftlich heruntergebrochen“. Die kranken Frauen werden zwar durch die Brille des Besuchers geschildert, der Arzt jedoch korrigiert oder differenziert den Eindruck durch Objektivierungen wie etwa Angaben zu Alter, Herkunft, Krankheitsursache und -verlauf. Auffällig ist dabei die große Zurückhaltung des Verfassers bei fachwissenschaftlicher Terminologie. Dies darf nicht nur als Zugeständnis an den laienhaften Besucher, sondern auch an den Leser verstanden werden, wobei mit Hilfe solcher erzählstrategischen Mittel auch mehr Empathie ermöglicht wird. Eine fast schon didaktisch zu nennende Komponente erhält die Erzählung durch eine Erzähl dramaturgie, die aus den kranken Frauen, die Arzt und Besucher sehen und sprechen, gleichsam einen „Lehrgarten der Psychopathologie“ machen, wie es im Vorwort heißt: „Ihre vielfältigen Leiden fügen sich zu einem repräsentativen Querschnitt durch die Seelenheilkunde. Mimik, Gestik und Habitus der Patientinnen weisen typische Symptome konkreter Krankheitsbilder auf, deren literarische Schilderung erkennbar auf sorgfältigster Dokumentation beruht.“ Tappert mutmaßt, De Amicis habe sich selbst nicht nur durch einen Besuch einer Heilanstalt, sondern auch durch die ausgiebige Lektüre psychopathologischer Fachliteratur kundig gemacht, wobei ihm allerdings das Kunststück gelungen sei, eine bloße Reportage eines Anstaltsbesuches dergestalt zu transzendieren, dass „Spuren eines merklich von Dichterhand angelegten Parks“ erkennbar seien, „in dem das Gesetz des literarischen Zufalls Arzt und Besucher auf ihrem gemeinsamen Rundgang mit Vertreterinnen aller Altersgruppen, Familienstände und oberen Gesellschafts-

schichten in Berührung bringt.“ Die Nervenheilkunde selbst wird in den Kommentaren des Arztes dabei nicht als umfassendes Allheilmittel, sondern durchaus auch in ihren Grenzen dargestellt.

Den heutigen Leser werden vor allem jene Passagen überzeugen, in denen biografische Ereignisse mit Psychosen in Beziehung gesetzt werden, in denen das individuelle Schicksal in allgemeinemenschlicher Dimension erfasst wird. Daran knüpfen sich entsprechende Überlegungen des Erzählers an die hochrangige Sensibilität des seelischen Gleichgewichts. Es darf angenommen werden, dass De Amicis hier auch autobiografische Komponenten wie etwa den Suizid seines Sohnes in seine Erzählung eingearbeitet hat. Dazu bemerkt Tappert: „Die Erinnerung an bewältigte Lebenskrisen lässt den Ich-Erzähler zu der Einsicht gelangen, dass der Übergang vom reversiblen zum unumkehrbaren Verlust der seelischen Balance fließend ist. Diese Erkenntnis liegt auch seinem mahnenden Appell an demütige Bescheidenheit zugrunde, kann doch, wie die einzelnen Krankengeschichten anschaulich demonstrieren, ein unverschuldeter Schicksalsschlag jeden Menschen, ob jung oder alt, arm oder reich, unversehens dauerhaft um den Verstand bringen.“

Insgesamt stellt uns der Erzähler 15 Patientinnen und sowie einen wahnsinnigen, unentwegt an einem „Hymnus der Brudervölker“ arbeitenden und einen schwindsüchtigen Maler vor, der immerfort dasselbe Liebeslied spielt. Die Frauen unterschiedlichen Alters kommen durchweg aus gehobenen Kreisen. Die Krankheitsbilder reichen von Kleptomanie bis Eifersuchtswahn, von postpartalem Wahn bis zum Schwachsinn von Geburt an, von Menschenhass bis Paranoia, von religiösem Wahn bis selbstverletzendem Verhalten. Auch der Einsatz einer Zwangsjacke wird erwähnt. Von besonderem Interesse sind die Ausführungen des Arztes über verschiedene Arten der Schmerz Wahrnehmung bei seinen Patientinnen sowie über die Geschlossenheit von Wahnsystemen: „Für den, der den Verstand verloren hat, gibt es in dem, was gerade mit dem Wesen des Irrsinns zusammenhängt, weder Vernünftiges noch Absurdes. (...) Selbst wenn es mir möglich

wäre, sozusagen einen mit Händen greifbaren, materiellen, völlig offensichtlichen, für jeden anderen unwiderlegbaren Beweis für die Absurdität ihrer Vorstellung zu liefern, gelänge es mir nicht, sie auch nur im geringsten von ihrer Überzeugung abzubringen. Bei den Verrückten das Mittel der Vernunft einsetzen? (...) Das ist genauso wie für einen Tauben Geige zu spielen oder an einen Blinden einen Brief zu schreiben.“

An drei Stellen lässt sich auch eine Autoreflexion des Erzählers nachweisen: Zum einen, wenn er kurz seinen Sohn ins Spiel bringt, zum anderen, wenn er in eine Art Selbstgespräch über den winzigen Mechanismus und die Nichtigkeiten nachdenkt, die ausreichen, um einen den Verstand verlieren zu lassen, und schließlich bei der ersten Patientin, auf die er gleich beim Betreten des Gartens trifft: Ein „junges Mädchen von hohem Wuchs und schlanker Gestalt“, das wie eine Statue verharrt – und sich, vom Arzt daraufhin angesprochen, als Leserin des Autors erweist, sich aber nicht mehr recht erinnern kann. Im Erzähler/Autor löst dies sogleich einen Affekt aus: „Ich empfand ein nie zuvor verspürtes Mitleid, das ich nicht recht in Worte zu fassen vermag. Ich hatte also eine Weile in dieser Seele gelebt, ich hatte in ihr gelebt und war in ihr gestorben; mein Name war in ihrer Erinnerung nur ein Klang wie meine Person ein Schatten in ihren Augen. Und während sie sich weiterhin mit der Hand über die Stirn fuhr, schien es, als wollte sie mir sagen: Siehst du, dies ist ein Grab, und auch du liegst darin begraben.“

Schließlich fasst der Arzt an einer Stelle sein Konzept zusammen: „Die Verrückten sind gemeinhin weitaus weniger verrückt als die meisten glauben. Ihre Tollheit beschränkt sich auf eine bestimmte Vorstellung oder einen Vorstellungsbereich; ansonsten aber wahren sie alle Fähigkeiten, selbst noch die anspruchsvollsten. Auch täuschen sich die Unkundigen, wenn sie glauben, der Wahnsinn bringe einen völligen Wesenswandel mit sich. Der Fall kommt ganz selten vor. Die meisten dieser Frauen sind in ihrem Innersten noch so wie sie waren, bevor sie den Verstand verloren.“ Was dann jedoch folgt, dürfte aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterscheidung überraschen, wenn man

Allusionen

Hortus conclusus

Von besonderem Interesse ist die Gartenmetapher, denn sie legt den Verdacht nahe, als würden in einer psychiatrischen Anstalt „besondere Pflänzchen“ gedeihen, als pflege man hier eine von der Realität getrennte Welt des Exotischen und Seltsamen. Dass diese Phänomene dennoch „organisch“ zu verstehen seien, lässt sich aus der ikonografisch mit langer Tradition ausgestatteten Hortus-conclusus-Metaphorik ebenfalls ablesen. Dass im Garten des Wahns von De Amicis Frauen vorgestellt werden, korrespondiert durchaus mit der Marienmetaphorik der Bildmotive des Hortus conclusus, die auf eine Interpretation des Hohen Liedes zurückzeigen.

Dante und Vergil

Aber das literarische Verweisnetz des „Paradiesgärtleins“ ist noch weiter gespannt: Birgit Tappert hat zuerst auf literarische Vorbilder und Parallelen aufmerksam gemacht, die bei De Amicis eine Art „literarischer Matrix“ bilden. Besonders auffällig sind ihr die Analogien von Dantes „Göttlicher Komödie“ und der Erzählung von De Amicis: „Nicht anders als Dantes Hölle jenseits des Acheron erweist sich das Tollhaus hinter den Mauern als getreues Spiegelbild dieser Welt. Der Rundgang des Ich-Erzählers an der Seite des Arztes durch den Park ist der Jenseitswanderung Dantes in Begleitung Vergils nachempfunden (...). Dantes Lehrgespräche mit Vergil finden in der Wechselrede von Arzt und Besucher ein modernes Gegenstück.“ Allerdings setzt die Anerkennung dieser These voraus, dass Sünder (bei Dante) mit den Kranken (bei De Amicis) auf eine Funktionsstufe gestellt werden. Leichter fällt dies schon bei der Parallelisierung von Dantes Wanderer und Ich-Erzähler bei De Amicis, denn beide sind das Bindeglied zwischen den unterschiedlichen Welten. Auf der emotionalen Ebene zeigen sich laut Tappert ebenfalls Allusionen: Zwar überwiege bei dem modernen homo viator „das Mitleid mit den Unglücklichen, das auch Dante beim Anblick der Sünder vielfach überkommt“, doch bleibe ihm auch nicht „das Gefühl des Ekels fremd“, das der mittelalterliche Wanderer bisweilen verspüre.

Rainer Maria Rilke

Die zweite literarische Vernetzungsmöglichkeit erkennt Birgit Tappert in dem Gedicht „Irre im Garten“, das Rainer Maria Rilke zwischen dem 22.8. und 5. September 1907 in Paris schrieb:

*„Noch schließt die aufgegebene Kartause sich um den Hof, als würde etwas heil.
Auch die sie jetzt bewohnen haben Pause und nehmen nicht am Leben draußen teil.“*

Eine dritte literarische Bezugsgröße zu der Erzählung von De Amicis kann schließlich in dem Besuch des dänischen Schriftstellers Herman Bang in der Stadt Geel gesehen werden, die in die Erzählung „Die Stadt der Wahnsinnigen“ eingegangen ist (siehe: Ein Dandy in der Stadt der Wahnsinnigen. In: NeuroTransmitter 7/8, 2007).

das Erscheinungsjahr 1902 der Erzählung bedenkt. Der Arzt sagt nämlich: „Die Männer bereiten mir weniger Kummer: Sie neigen mehr zur Zurückgezogenheit, plaudern weniger miteinander, wahren mehr Würde. Die Frauen hingegen stecken unentwegt zusammen, zanken sich, sind von morgens bis abends aus den niedrigsten Gründen aufeinander neidisch, winden sich fortwährend in einem Netz aus Tratsch, Neid und Trotz, so dass derjenige, der ernstlich mit dem Friedenstiften nachkommen wollte, toller würde als sie.“

Was die Wirkung des Schriftstellers Edmondo De Amicis angeht, so zieht seine Übersetzerin ein trauriges Fazit, wenn sie schreibt, heute friste der Er-

folgsautor von einst, der sogar von der Zunft der Romanisten übergangen werde, in Konversationslexika und Literaturgeschichten ein kümmerliches Dasein. Schlimmer noch: „Die kollektive Ächtung, die ihm hierzulande verstärkt seit dem Zweiten Weltkrieg zuteil wird, hat den Blick selbst für solche seiner Texte verstellt, die (...) auch den heutigen Leser zu fesseln vermögen.“ □

Literatur beim Verfasser

AUTOR

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



Bild und Schrift



„Geierstein“, 2004, Öl,
auf Leinwand, 29,7 x 21 cm

Zwei Themen dominieren Christoph Mareks Werk: Formal die Verbindung der beiden Ausdruckswelten Schrift und Bild und inhaltlich die Auseinandersetzung mit den Bergen und ihrer Bezwingung. Der in München beheimatete Künstler kontrastiert die Klarheit und Präzision der Schablonenschrift mit der ungeordneten Wildheit der Natur.

„Survival“, 2008, Bleistift und Öl auf Papier, 21 x 29,7 cm





„Rucksack I“,
2004, Collage,
Öl auf
Papier, 21 x
26,5 cm

LAGER



„Lager“, 2008, Öl und Collage auf Papier, 21 x 29,7 cm

Schon in seiner Jugend in der Südpfalz fand sich Christoph Marek oft mit der grafischen Eindringlichkeit der Schablonenschrift konfrontiert, da sich das amerikanische Militär dieser bediente. Später wurde diese als erst subversives, dann allgemein gebräuchliches Gestaltungsmittel in den etablierten Kanon der Kunst übernommen. In seinem Grafikstudium an der Akademie der Bildenden Künste in München lernte Marek die vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten dieser Schrift und setzte 2003 in einem Bild der Werkreihe „Felsenland“ das erste Mal die Verbindung Schrift und Bild um. Die Sandsteinfelsen des Pfälzer Waldes, des Wasgaus, standen hier mit ihren teils archaischen, teils mehrschichtigen Namen doppelt Pate: Plakativ ist in „Geierstein“ der Name des Felsens vor der mit Ölfarbe gemalten Wandstruktur zu lesen, wobei die Härte der Schablonenschrift durch die angepasste Farbgestaltung etwas gemildert wird.

Nach Mythen von Gefahr, Kampf und Tod klingen die Namen der großen Berge und befragt man den Künstler nach seinen persönlichen Erfahrungen mit dem Klettern, erfährt man, dass seine Biografie von einer engen Freundschaft mit dem Sportkletterer Wolfgang Güllich (vor allem als Stuntdouble von Sylvester Stallone in „Cliffhanger“ bekannt) geprägt ist. Als Schulkameraden und dicke Freunde bezwangen sie in Jugendjahren die Berge ihrer Heimat, ehe Güllich in dieser Disziplin weltberühmt wurde. Die Ehrfurcht vor der imposanten Urkraft der Berge und die Gefährlichkeit des Klettersports bestimmen das Werk von Christoph Marek.

Neben der Werkreihe „Felsenland“ drücken auch die Bilder „Lager“ oder „Survival“ das spezielle Vokabular des Kletterns grafisch aus und regen in Schrift wie Bild zum Reflektieren über die elementaren Grundbedürfnisse des Menschen an, die unerschrockene Kletterer („Männer ohne Nerven“, wie eine weitere Werkreihe von Marek lautet) immer wieder ausreizen und gefährden. In „Survival“ liegen ausfransende rote Flächen, die an Blutabdrücke erinnern, über der grafischen Darstellung des Namens Marek. Auch in „Lager“, drei in einem Kreis angeordnete

»Bergsteiger und Kosmonauten sind die Helden von heute.«
(Jewgeni Jewtuschenko)

Zelte, dominiert ein wie blutrotgefärbter Schnee erscheinender Fleck im Zentrum der Zelte.

Monumental auf die Schrift und den Sinngehalt der Buchstaben verdichtet hat Christoph Marek zudem in einem alphabetisch geordneten Schriftbild die grundlegende Terminologie des Klettersports niedergeschrieben, die von Abstieg und Angst über Freundschaft und Seilschaft bis Weg und Zug reicht. Der

Künstler dazu: „Das Klettern birgt für mich eine schaurige Faszination, die immer noch da ist. Die Erinnerungen an abenteuerliche,

aber auch erfolgreiche Besteigungen in meiner Jugend verfolgen mich heute noch, einfach aufgrund der Grenzerfahrungen, die ich in dieser Zeit gemacht habe. Mein Gefühl schwankt zwischen abgestoßen und hingezogen sein.“ Allerdings ist Marek auch in der Lage, die Sucht der Bergsteiger, den letzten Heroen der Jetztzeit, nach Situationen und Gefühlen der Extreme ironisch zu brechen. Zu „Mädchen in Fels“ ließ er sich durch einen Dessouskatalog anregen, in dem leichtbekleidete Mädchen die neueste Strumpfhosenmode vorführen. Um die sonstige, manchmal vielleicht etwas überbetonte Ernsthaftigkeit der Kletterwelt zu ironisieren, übermalte er in der Reise „Mädchen im Fels“ die Strumpfhosenmodels mit Kletterequipment und malte einige Mädchen bildlich „in den Fels“.

In den Werkreihen Christoph Mareks der letzten Jahre ist sein Umgang mit dem Thema Klettern und Berge immer abstrakter geworden. Das Thema Heimat beziehungsweise Herkunft, das sich schon in früheren Arbeiten angedeutet hat, rückt derzeit immer mehr in den Vordergrund. Mareks Werke können nach Voranmeldung direkt in seinem Atelier besichtigt werden. □

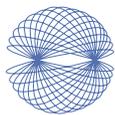
AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

www.christoph-marek.de
Städtisches Atelierhaus am Domagkpark
Margarete-Schütte-Lihotzky-Str. 30, 80807 München

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2015/2016		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
jeweils in Hannover 3.+4.12.2015 – Teil 2	<p>Seminare Coaching-Kompetenz für Fachärzte <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 <i>Referentin:</i> Dr. med. Annette Haver</p> <p>Seminar Coaching-Ausbildung „Coach BVDN“ – Teil 2</p>	<p>Cortex – Geschäftsstelle der Verbände Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, Fax: 02151 45469-25 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de</p>
<p>29.4.2016 in Köln Hotel Park Inn by Radisson Hotel Köln Innere Kanalstr. 15</p> <p>7 CME-Punkte</p>	<p>Neurologen- und Psychiater-Tag 2016 in neuer Struktur mit Angeboten der Fortbildungsakademie <i>Thema:</i> Das Gehirn – Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Adaption und Kompensation <i>Referenten</i> Prof. Dr. med. Dieter Braus: „Neuroplastizität und Lernen“ PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Iris-Katharina Penner: Zwischen Reorganisation und Maladaptation: Strategien des Gehirns im Umgang mit kognitivem Leistungsverlust Prof. Dr. rer. soc. Thomas Elbert: „Spuren belastender Lebenserfahrungen in Genom, Gehirn und Geist“ Dr. Maggie Schauer: „Narrative Expositionstherapie komplexer und multipler Traumatisierungen“</p> <p>Mitgliederversammlung BVDN: Aktuelle Entwicklungen, z. B. zur strukturierten Versorgung</p>	<p>Cortex – Geschäftsstelle der Verbände Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, Fax: 02151 45469-25 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de</p>
Fortbildungsveranstaltungen 2015/2016		
<p>25. – 28.11.2015 CityCube Berlin, Messedamm 26</p>	<p>DGPPN-Kongress 2015 „Der Mensch im Mittelpunkt – Versorgung neu denken“</p>	<p>DGPPN Reinhardtstr. 27 B, 10117 Berlin Tel.: 030 2404 772 12 E-Mail: sekretariat[at]dgppn.de www.dgppn.de</p>
<p>28.11.2015 9.00 – 16.00 Uhr Charité, Universitätsmedizin Berlin, Hörsaal der Nervenklinik, Campus Mitte, Charitéplatz 1 (Campusadresse: Bonhoefferweg 3)</p>	<p>Herbsttagung Therapie der Multiplen Sklerose</p>	<p>Geschäftsstelle KKNMS Krankheitsbezogenes Kompetenznetz MS Klinikum rechts der Isar, TU München Tel.: 089 4140-4628 E-Mail: sekretariat@kkn-ms.de</p>

Fortbildungsveranstaltungen 2015/2016		
1. – 4.12.2015 in Wien/Österreich, Hofburg Congress Center	3rd European Congress of NeuroRehabilitation – ECNR 2015	Mondial Congress & Events, Mondial GmbH & Co KG Operngasse 20B, 1040 Wien, Österreich Tel.: +43 (0)1 58804 0, Fax: +43 (0)1 58804 185 E-Mail: ecnr2015@mondial-congress.com www.mondial-congress.com
3. – 5.12.2015 in Mainz, Rheingoldhalle	23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Julia Gruner, Tel.: 03641 3116-360, Fax: 03641 3116-243 E-Mail: julia.gruner@conventus.de Jana Radoi, Tel.: 03641 3116-346, Fax: 03641 3116-243 E-Mail: jana.radoi@conventus.de
28 – 30.1.2016 in Berlin Estrel Congress & Messe Center Sonnenallee 225	ANIM 2016 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft <i>Themen u. a.:</i> Leitlinien zur Hirntodbestimmung, die Zukunft der Schlaganfallversorgung, aktuelle Studien und die Besonderheiten der pädiatrischen und geriatrischen Neurointensivmedizin	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Anja Kreuzmann/Katharina Szulc Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-357/-314, Fax 03641 3116-243 E-Mail: anim@conventus.de www.conventus
17. – 20.2.2016 in Münster Messe/Kongress Zentrum Halle Münsterland Albersloher Weg 32	60th Annual Meeting of the Society of Thrombosis and Haemostasis Research 60. Jahrestagung der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)	MCI Deutschland GmbH, Vivien Lietze Markgrafenstr. 56, 10117 Berlin Tel.: 030 20 45 90, Fax: 030 20 45 950 E-Mail: gth@mci-group.com
24. – 26.2.2016 in München Klinik für Psychiatrie Ludwig-Maximilians-Universität Hörsaal EEG-Labor Nußbaumstr. 7 	50. Münchner EEG-Tage Forum für Fortbildung und Wissenschaft in Klinischer Neurophysiologie und Funktioneller Bildgebung <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	Prof. Dr. Oliver Pogarell und PD Dr. Dipl.-Psych. Susanne Karch Klinische Neurophysiologie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München Tel.: 089 4400-55541, Fax: 089 4400-55542 E-Mail: anmeldung@eeg-tage.de www.eeg-tage.de
16. – 19.3.2016 in Düsseldorf Heinrich-Heine-Universität	Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung e.V. (DGKN) <i>Schwerpunkte:</i> Neuromodulation, Zentrale Neurophysiologie, Funktionelle und strukturelle	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Anja Kreuzmann/Katharina Szulc Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-357/-314, Fax 03641 3116-243 E-Mail: anim@conventus.de
17. – 18.6.2016 in Berlin SEMINARIS Campus Hotel	AGNP-Psychopharmakologie-Tage in Berlin Fort- und Weiterbildung in der Psychopharmaka-Therapie in Theorie und Praxis <i>Wissenschaftliche Leitung:</i> Prof. Dr. Borwin Bandelow	AGNP – Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie Medizinische Hochschule Hannover Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover www.agnp.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach;
 Uwe Meier, Grevenbroich; Sabine Köhler, Jena;
 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 Biedenkapp
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: Klaus Gehring
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:
 P. Christian Vogel, Gunther Carl
Ambulante Neurologische Rehabilitation:
 Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung:
 Frank Bergmann, Gunther Carl, Uwe Meier,
 Christa Roth-Sackenheim, P. Christian Vogel
Leitlinien: Frank Bergmann, Uwe Meier,
 Christa Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate

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

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



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
2. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
Schriftführer: Heinz Wiendl, Münster
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Frank Bergmann, Aachen; Elmar Busch,
 Moers; Peter Berlit, Essen; Wolfgang Freund, Biberach

Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg;
 Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkir-
 chen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst,
 Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt,
 Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther
GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl
Qualitätsmanagement: Uwe Meier
Risikomanagement: Rolf F. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: Reinhard Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

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

Referate

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

Geschäftsstelle des BVDN

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

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

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

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 Delf
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:

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 Biniash, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Birgit Imdahl,
 Thomas Hug
Berlin: Michael Krebs
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: N. N.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: Christine Lehmann
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Egbert Wienforth
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.

Das erste Jahr der Mitgliedschaft ist beitragsfrei, sofern die Mitgliedschaft mindestens ein weiteres Jahr besteht.

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, Neurologen und Psychiater als Vertreter in den KVen und Ärztekammern (ÄK)***

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	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	
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
Dr. R. Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040 434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Dr. K. Baumgarten	Gießen	ja	KV	0641 791379	0641 791309	kbaumgarten@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
P. Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0381 37555222	0381 37555223	liane.hauk-westerhoff@nervenaertze-rostock.de
BVDN-Landesverband: NIEDERSACHSEN						
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband: NORDRHEIN						
Dr. F. Bergmann	Aachen	ja	KV	0241 36330	0241 404972	bergmann@bvdn-nordrhein.de
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband: RHEINLAND-PFALZ						
Dr. M. Dapprich	Bad Neuenahr	ja	ÄK	02641 26097	02641 26099	Dapprich@uni-bonn.de
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. V. 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	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stepahn	Mainz	ja	ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
BVDN-Landesverband: SAARLAND						
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	KV/ÄK	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN						
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband: SACHSEN-ANHALT						
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband: SCHLESWIG-HOLSTEIN						
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband: THÜRINGEN						
Dr. Dirk Neubert	Arnstadt		KV	03628 602597	03628 582894	dirk@neubert.net
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband: WESTFALEN						
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com
Dr. C. Kramer	Bielefeld	ja	ÄK	0521 124091	0521 130697	
Dr. K. Gorsboth	Warstein	ja	ÄK	02902 97410	02902 97413	
Dr. A. Haver	Gütersloh	ja	ÄK	05241 16003		annette.haver@t-online.de

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Martin Bauersachs

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

Dr. Gerd Benesch

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

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 W. Busch

Asberger Str. 55, 47441 Moers
Tel.: 02841 107-2460, Fax: 02841 107-2466
E-Mail: ne.busch@st-josef-moers.de

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Martin Delf

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

Dr. Ulrich Dölle

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

Dr. Reinhard Ehret

Schloßstr. 29, 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

Dr. Klaus Gehring

Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe
Tel.: 04821 2041, Fax: -2043
E-Mail: gehring@neurologie-itzhoe.de

Prof. Dr. Christian Gerloff

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

Dr. Heinrich Goossens-Merkt

Hohe Weide 17b, 20259 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

Harkshneider 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. 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@nervenaerztprixis-marschner.de

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dr. Ramon Meißner

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

Dr. Uwe Meier

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

Christoph Meyer

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

Dr. Norbert Mönter

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

Prof. Dr. Gereon Nelles

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

Dirk Neubert

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

Dr. Martin Paul

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

Dipl. med. Delia Peschel

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

Dr. Walter Raffauf

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

Dr. Christian Raida

Urbacher Weg 31, 51149 Köln
Tel.: 02203 560888, Fax: 503065
E-Mail: praxis@dr-raida.de

Dr. Elisabeth Rehkopf

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

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

Dr. Richard Rohrer

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

Dr. Wolfgang W. Rossbach

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@wahrenndorff.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: dmbschmidt@aol.com

Dr. Volker Schmiedel

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

Dr. Michael Schwalbe

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

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Dr. Helmut Storz

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

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch

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

Dr. Gerd Wermke

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

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: Dr. Gunther Carl,
Würzburg

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. (DGGPP) e.V.

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

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

Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096519, Fax: -28096579
E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de, www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)

Rhabanusstr. 3, 55188 Mainz
Tel.: 06131 6938070
Fax: -6938072
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) (v.i.S.d.P.), Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

Ladungsfähige Anschrift und Kontaktdaten: Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400, www.springerfachmedien-medizin.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin-Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media GmbH ist die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM One GmbH. Die Springer SBM One GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer SBM Zero GmbH. An der Springer SBM Zero GmbH hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S. C. A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

Geschäftsführer: Joachim Krieger, 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 Szosteck (-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

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. 18 vom 1.10.2015.

Vertrieb: Marion Horn (Leitung), Tel.: 06102 506-148, E-Mail: marion.horn@springer.com

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

Bezugspreise: Einzelheft 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 Fernsehaufzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) zu werten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebühreinzahlung 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, Warenzeichnungen 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: PHOENIX PRINT GmbH, Alfred-Nobel-Str. 33, 97080 Würzburg

© Springer Medizin Verlag GmbH

ISSN 1436-123X



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2014



© Wavebreakmedia / iStock.com

Vorschau

Ausgabe 12/2015

Dezember

erscheint am 11. Dezember 2015

ADHS bei Erwachsenen

Das adulte Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom ist eine Entwicklungsstörung, die seit dem Kindesalter besteht, oft kommt es aber erst im Erwachsenenalter zur diagnostischen Zuordnung der Beschwerden. Psychoedukation und Coaching sind vielversprechende Therapieoptionen.

Regelung zum Einsichtnahmerecht

Beim 118. Deutschen Ärztetag wurden einzelne Vorschriften der Musterberufsordnung novelliert. Auch die Regelung zum Einsichtnahmerecht der Patienten in die ärztliche Dokumentation wurde geändert.

Zweite-Person-Neurowissenschaft

Aus der Annahme, dass psychische Erkrankungen in ihren Ausdrucksformen und dem Wesen nach Störungen der sozialen Interaktion sind, ergeben sich neue Perspektiven für „soziale“ Neurowissenschaft, die darauf abzielen, die zugrunde liegenden neuronalen Mechanismen zu untersuchen.