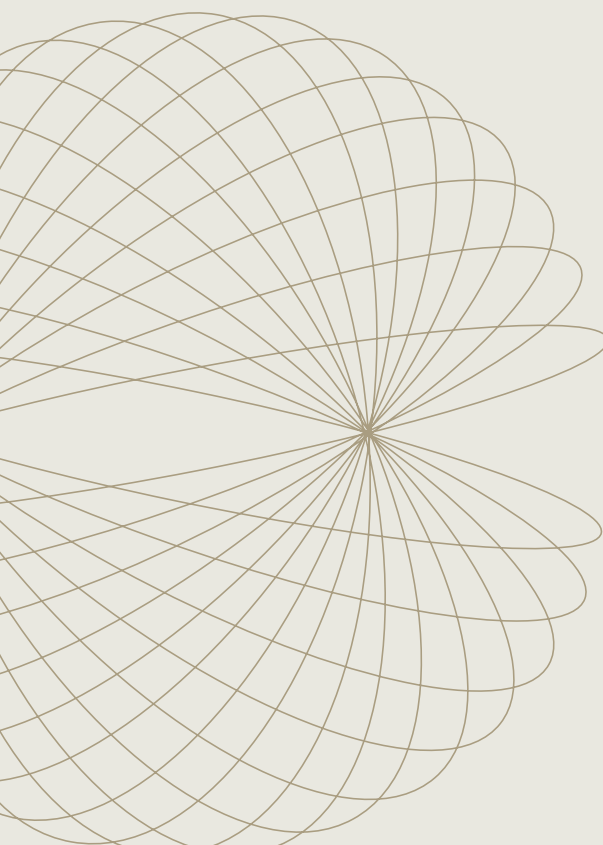


NEUROTRANSMITTER

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



Neurologen- und Psychiatertag 2016

**Viel Spielraum für interdisziplinäre
Fachdiskussionen und Austausch**

Plausibilitätsprüfung

Prüfzeiten im Blick behalten

Psychiatrische Kasuistik

Verlauf mit Katatonie

CME: Neurologie in der Gravidität

**Zerebrovaskuläre Erkrankungen
in der Schwangerschaft**



» Wir brauchen baldmöglichst eine überarbeitete GOÄ. Die seit Jahren ausbleibenden inhaltlichen und finanziellen Anpassungen sind nicht hinnehmbar. «

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Vorsitzender des BVDN

Hausgemachter Ärger

Überrascht es Sie? – Karl Lauterbach und der linke Flügel der SPD sprechen sich energisch gegen eine Reform der GOÄ aus. Bereits im Januar 2016 hatte die SPD-Bundestagsfraktion Minister Hermann Gröhe aufgefordert, die GOÄ-Novelle zu verhindern. Zumindest bei den Ländern dürfte die SPD mit ihren Argumenten für das Aussetzen der Reform punkten: „Eine GOÄ-Novelle, die eine Steigerung des privatärztlichen Honorars zur Folge hat, belastet nicht nur die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen durch erhöhte Beihilfeansprüche ihrer Beamtinnen und Beamten, sondern letztlich alle Steuerzahler.“ Das Thema „Bürgerversicherung“ ist aus Sicht der SPD im kommenden Bundestagswahlkampf „gesetzt“.

Das ist die tatsächliche Kampfansage an den freien Beruf und an die Freiberuflichkeit, ganz zu schweigen von der Ignoranz gegenüber Millionen von Privatversicherten, die im maßgeblichen Umfang GKV-Strukturen mitfinanzieren und stützen.

Ganz unbeteiligt ist die (verfasste) Ärzteschaft an diesem Debakel gleichwohl nicht. Handwerkliche Fehler muss sich etwa der BÄK-Vorstand ankreiden lassen, nicht nur in der Kommunikationsstrategie, sondern auch im Erwartungsmanagement. Vieles spricht dafür, dass die Kommunikation des Entwicklungsprozesses der Reform eben nicht einer – abgestimmten – Dramaturgie folgte. Vielmehr wurde mit Verweis auf BMG-Vorgaben zunächst gar nichts kommuniziert. Die wenigen durchsickernden Informationen sorgten für Mythenbildungen. Zunehmend zermüht sich nun die Ärzteschaft in einem kakophonischen Crescendo. Für Zwischentöne und Rückbesinnung auf frühere gemeinsame Beschlüsse bleibt wenig Raum. So geriet auch der Sonderärztetag zu einem Zankapfel einzelner Verbände und Personen, viele bereits im Wahlkampfmodus. „Weltfremde Kraftmeierei“, so Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes, diskreditierte die Ärzteschaft gegenüber der Politik als ernstzunehmender Verhandlungspartner. Wie wahr!

Schon 2014 (!) hatte BÄK-Präsident Professor Frank Ulrich Montgomery in einem Interview mit der Ärztezeitung geäußert: „Wir befinden uns in der letzten Runde der Detailverhandlungen. Gemeinsam mit der PKV sind wir dabei, die Schrauben nachjustieren.“ Bis Ende 2014 werde eine gremienreife Entwurfsfassung der neuen GOÄ inklusive der Leistungslegenden, Punktzahlen und Punktwerte vorliegen. Im September 2015 hatte der Verhandlungsführer der GOÄ Dr. Theodor Windhorst, ÄK-Präsident Westfalen-Lippe, verkündet, die neue GOÄ werde über alle Bereiche hinweg einen zwei-

stelligen Prozentzuwachs bringen. Dies wurde wenig später dementiert und es wurde bekannt, dass von einer Bewertung der fertig legendierten Leistungen noch nicht die Rede sein könne.

Vorläufiger Schlusspunkt: Chefverhandler Windhorst legte am 19. März 2016 alle GOÄ-Ämter nieder, nachdem das BÄK-Präsidium die GOÄ-Reform einstimmig ablehnte. Aus internen Kreisen wurde bekannt, dass erst wenige Tage zuvor ein Legenden- und Bewertungsentwurf durch die Kassenverbände der BÄK zugestellt wurde. Dieser habe mit der von der BÄK entworfenen Version erhebliche Inkongruenzen aufgewiesen. Unabhängig davon, ob diese Informationen zutreffend sind, ist es nachvollziehbar, wenn die „Basis“ das Vertrauen in die gewählten Vertreter verliert. Auch dass in der Folge einzelne Verbände versuchen, für sich die Meinungshoheit zu reklamieren und die verfahrenere Situation für ihre Partialinteressen nutzen, verwundert nicht. Es ist allerdings auch wenig hilfreich.

Man kann sehr wohl über Veränderungen im allgemeinen Teil der GOÄ geteilter Meinung sein. Veränderungen im Paragrafenteil führen aber umso mehr zu fundamentaler Opposition, wenn Legenden und Bewertungen der einzelnen Kapitel nicht kommuniziert werden. Dieser Ärger war hausgemacht, vorprogrammiert und vermeidbar. Die Chancen für die Umsetzung einer GOÄ-Reform noch in dieser Legislaturperiode haben sich dadurch drastisch verschlechtert.

Für Neurologen, Nervenärzte und Psychiater ist das in besonderer Weise ein verheerendes Signal. Wir arbeiten mit einer veralteten GOÄ, die viele unserer Leistungen nicht mehr adäquat abbildet. Missverständliche Legendierungen und fehlende Analogziffern führen zu Ärger mit Patienten und PKV. Wir haben vor drei bis vier Jahren aktiv an der Neustrukturierung und Legendierung der neuen GOÄ-Ziffern mitgearbeitet. Die geforderte Einsichtnahme in die Bewertungen des aktuellen Reformkonzeptes steht jedoch weiterhin aus.

Wir brauchen baldmöglichst eine überarbeitete GOÄ. Die seit Jahren ausbleibenden inhaltlichen und finanziellen Anpassungen sind nicht hinnehmbar. Die GOÄ muss als Referenz auch für andere Anwendungen wie Gutachten tauglich sein. Angleichungen an den EBM sind intolerabel. Legenden und Bewertungen müssen zeitnah und umfänglich vorgelegt werden.



Inhalt 4

April 2016

8 Neurologen- und Psychiatertag

Am 29. April findet in Köln der Neurologen- und Psychiatertag 2016 statt. Die Vorsitzenden von BVDN, BDN und BVDP sprechen im Vorfeld darüber, was die Besucher in diesem Jahr erwartet und laden alle Leser herzlich ein.

14 Plausibilitätsprüfung

Kassenärztliche Vereinigungen sind gesetzlich verpflichtet, die Abrechnungen von Praxen stichprobenartig auf ihre Stimmigkeit zu überprüfen. Kennt man die Prüfzeiten der Behandlungen, so kann man unangenehme Unstimmigkeiten in einer Plausibilitätsprüfung vermeiden.

Hinweis:

In dieser Ausgabe finden Sie die Medizin Reporte aktuell „Neue Therapieoption für Patienten mit unkontrollierten Anfällen“ (Seite 40) und „Paliperidonpalmitat kann die soziale Funktionsfähigkeit verbessern“ (Seite 44), außerdem das Pharmawissen aktuell „Positives Votum für Johanneskraut-Therapie bekräftigt“ (Seite 54). Wir bitten um Beachtung.

Titelbild (Ausschnitt): „Blood and Water“
von Matthieu Gafsou

3 Editorial

Hausgemachter Ärger

Frank Bergmann, Aachen

Die Verbände informieren

8 Viel Spielraum für interdisziplinäre Fachdiskussionen und Austausch

Neurologen- und Psychiatertag 2016

Friederike Klein, München

10 Gesundheitspolitische Nachrichten

Gesetzentwurf modifiziert: Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

Anhörung zur Legalisierung von Cannabis: Grüne schlagen Cannabiskontrollgesetz vor

DAK-Gesundheits-Chat: Telemedizin auf dem Vormarsch

PKV-Angebot ungenügend: BÄK stoppt GOÄ-Novellierung

Gunther Carl, Kitzingen

12 AGNES 2 wird Facharzt-Fallmanagerin

Neues aus dem BVDN Landesverband Brandenburg

Friederike Klein, München

Rund um den Beruf

14 Prüfzeiten im Blick behalten

Aus der Serie „Praxisprobleme: Sie fragen – wir antworten!“

Gunther Carl, Kitzingen

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



32 Neurologie in der Schwangerschaft

Schwangerschaften sind mit einem erhöhten Risiko für zerebrovaskuläre Erkrankungen assoziiert, die zum Anstieg der maternalen Morbidität und Mortalität führen können. Die Ursachen der neurovaskulären Komplikationen sind vielfältig, aber im Zusammenhang mit den bei Schwangerschaft typischen physiologischen und hormonell-getriggerten Veränderungen der Hämodynamik, der Hämostaseologie und des Metabolismus zu sehen.

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)



BVDN



BDN



BVDP

Fortbildung

16 Aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz Charakteristika und Herausforderungen

Hans Kurt, Solothurn, Undine E. Lang, Franziska Rabenschlag, Basel

21 Katatonie

Psychiatrische Kasuistik

Francesca Regen, Berlin

26 Stellenwert eines diätetischen Lebensmittels bei ADHS Arzneimittel in der psychiatrischen Praxis

Bianca Fay, Carina Rothammer, Sandra Unholzer, Ekkehard Hean, Regensburg

29 Schulung in IPT könnte ambulante Versorgung Depressiver verbessern

Interpersonelle Psychotherapie – Teil 2

Eckhard Dannegger, Lörrach, Elisabeth Schramm, Freiburg

32 Zerebrovaskuläre Erkrankung in der Schwangerschaft Neurologie in der Gravidität

Saskia Hannah Meves, Essen, Kerstin Hellwig, Bochum

38 CME-Fragebogen

Journal

46 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR Die Ehe des Chirurgen

Giorgio Bassinis Erzählung

„Der Spaziergang vor dem Abendessen“

Gerhard Köpf, München

52 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Die dunklen Seiten des Lebens

Angelika Otto, München

15 Kleinanzeigen

42 Pharmaforum

56 Termine

58 Verbandsservice

63 Impressum/Vorschau

Neurologen- und Psychiatertag 2016

Viel Spielraum für interdisziplinäre Fachdiskussionen und Austausch



Der Neurologen- und Psychiatertag 2016 bietet ein neues Konzept: Hochkarätige Fachvorträge mit viel Zeit für Diskussionen, Raum für den Austausch zwischen den Fachdisziplinen und Neues aus der Berufspolitik im Rahmen der Mitgliederversammlung. Die Vorsitzenden von BVDN, BDN und BVDP laden alle Leser mit diesem Interview noch einmal herzlich ein.

© davis / Fotolia.com

? Wer ist zum Neurologen- und Psychiatertag am 29. April 2016 in Köln eingeladen?

Dr. Frank Bergmann (BVDN): Eingeladen sind alle Mitglieder unserer Verbände, darüber hinaus aber auch alle Interessenten, mit einem Wort alle Nervenärzte, Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten ebenso wie die Kollegen aus der Klinik. Wir haben auch aus den Angehörigenverbänden Vertreter eingeladen und rechnen mit einem breiten Spektrum an Besuchern. Wir erkennen an den Anmeldungen ein großes Interesse am diesjährigen Programm.

? Spiegelt sich diese Interdisziplinarität in den Inhalten wieder?

Dr. Uwe Meier (BDN): Das Thema des diesjährigen Neurologen- und Psychiatertages ist „Das Gehirn – Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Adaptation und Kompensation“. Das ist so interdisziplinär, wie ein Thema nur sein kann, weil die Funktionsweise des Gehirns von neurologischer wie psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite beleuchtet wird. Dabei haben wir nicht nur den defizitären Blick auf das Gehirn und die Psyche – es ist ja häufig so, dass wir nur in Krankheitskategorien denken. Im Gegenteil – hier wollen wir die Ressourcen betonen, und zwar sowohl von der organischen Sichtweise auf das Gehirn,

der Neuroplastizität her, als auch von den Möglichkeiten der psychischen Anpassungsvorgänge. Wir führen die hirnganische und die psychologische Sichtweise zusammen und haben dabei einen ressourcenorientierten Blick auf das Gehirn.

? Wird auch die allgegenwärtige Herausforderung der Flüchtlingsversorgung mit einbezogen?

Bergmann: Ja, sicherlich. Wir haben mit Professor Thomas Elbert einen wissenschaftlichen Referenten mit Erfahrungen aus Krisengebieten gewonnen, der berichtet wird, wie das Gehirn auf traumatische Belastungen und traumatischen Stress reagiert, der aber auch Erfahrungen hat, wie man Versorgung mit einfachen Mitteln bewerkstelligen kann. Im Anschluss wird Dr. Maggie Schauer über therapeutische Ansätze bei Traumatisierungen sprechen. Sicher werden wir im Zusammenhang dieser Vorträge auch über Versorgungsprobleme hierzulande sprechen können, selbst wenn sie nicht im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen.

Dr. Christa Roth-Sackenheim (BVDP): Wichtig ist uns vor allem, zu informieren, ohne zu dramatisieren in dem Sinne: Alle Flüchtlinge, die kommen, sind schwer traumatisiert und brauchen sofort eine Traumatherapie. Viele der Flüchtlinge sind jung und gesund, aber haben möglicherweise auch vielfältige psychische Störungen.

Sie brauchen zunächst einmal Ruhe, einen sicheren Aufenthaltsstatus und ein sicheres Umfeld, und dann muss differenziert werden, was sich für Störungen zeigen. Das muss nicht immer eine posttraumatische Belastungsstörung sein, das können auch Depression und/oder Angststörungen, manchmal auch psychotische Störungen sein.

? Erstmals findet der Neurologen- und Psychiatertag an einem Freitag und in einem neuen Format statt. Was erwartet die Teilnehmer?

Bergmann: Der bisherige Neurologen- und Psychiatertag an einem Samstagvormittag war stärker mit politischen Themen besetzt. Mit dem Zusammenlegen der traditionellen Veranstaltung der Fortbildungsakademie mit dem Neurologen- und Psychiatertag setzen wir in diesem Jahr verschärft auf einen wissenschaftlichen Schwerpunkt. Wir betonen also den Fortbildungsaspekt wesentlich mehr. In Abgrenzung zu dem Zeitmanagement, wie es häufig bei wissenschaftlichen Kongressen zu finden ist, haben wir aber den Themen viel Zeit und Raum gegeben, um sich wirklich intensiv damit zu beschäftigen. Für Vorträge und Diskussion wurden jeweils eine Stunde vorgesehen – nicht wie bei Kongressen zehn-, fünfzehnminütige Vorträge in rascher Folge.



» Wir führen die organische und die psychologische Sichtweise zusammen und haben dabei einen ressourcenorientierten Blick auf das Gehirn.«

Dr. med. Uwe Meier

Vorsitzender Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)



» Für mich stärkt der Neurologen- und Psychiatertag auch immer wieder die Fachidentität.«

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende Berufsverband Deutscher Psychiater (BDP)



» Für mich als 1. Vorsitzenden ist es besonders wichtig, im Rahmen der Mitgliederversammlung mit den Mitgliedern in die Diskussion zu kommen.«

Dr. med. Frank Bergmann

Vorsitzender Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)

? Wie haben Sie in der Vergangenheit ganz persönlich von den Neurologen- und Psychiatertagen profitiert?

Meier: Der Neurologen- und Psychiatertag ist ein Forum, wo wir Gelegenheit zum Informationsaustausch mit den Referenten haben, egal ob politisch oder fachlich. Für uns als Berufsverbandsvorstände ist es außerdem sehr wichtig, in die Diskussion mit den Mitgliedern einzutreten. Das ist ja eine ganz andere Diskussion, als wenn wir uns nur untereinander austauschen. Die Rückmeldungen der Mitglieder sind für uns notwendig, weil wir sie mit in unseren berufspolitischen Alltag nehmen können. Und sie sind natürlich auch wichtig für die Planung der kommenden Veranstaltungen.

Roth-Sackenheim: Für mich stärkt der Neurologen- und Psychiatertag auch immer wieder die Fachidentität, das Gefühl, dass man in seinem Fach als Nervenarzt, Psychiater oder Neurologe einen wichtigen Versorgungsauftrag übernimmt, dass wir für eine besonders schützenswerte, mit besonderen Problemen kämpfende Patientengruppe tätig sind.

Bergmann: Der Neurologen- und Psychiatertag ist ja auch die Jahreshauptversammlung des BVDN und für mich als 1. Vorsitzenden ist es besonders wichtig, im Rahmen der Mitgliederversammlung mit den Mitgliedern in die Diskussion zu kommen, eine Rückkoppelung zu haben, gerade auch aus den Regionen.

? Warum sollten Berufsverbandsmitglieder den Neurologen- und Psychiatertag besuchen?

Bergmann: Es ist eine Möglichkeit für Mitglieder, von den hochkarätigen wissenschaftlichen Fachvorträgen zu profitieren, sich über die aktuellen berufspolitischen

Dinge zu informieren, über die Positionen des Verbandes, diese zu hinterfragen und zu diskutieren.

Meier: Es lohnt sich sehr zu kommen, weil wir wirklich dicht wissenschaftlich fundierte Information bieten, die relevant für den Versorgungsalltag ist. Der Neurologen- und Psychiatertag bietet eine besondere Möglichkeit des Austausches: Anders als auf Fachkongressen kann man hier konzentrierter fachlichen sowie versorgungs- und berufspolitisch relevanten Themen zuhören und diskutieren.

Roth-Sackenheim: Wir versuchen als Berufsverbände mit der neuen Form des Neurologen- und Psychiatertages auch eine Art Leitgedanken zu entwickeln, wie psychische und neurologische Erkrankungen und deren Behandlung heute in der Gesellschaft

wahrgenommen werden sollen. Wir möchten Orientierung geben, sodass sich jeder einzelne Psychiater und Neurologe in der Fläche behaupten kann mit dem, wie er diese Patientengruppe versorgt.

Bergmann: Es ist wichtig, für eine gemeinsame Identität als Berufsgruppe einzustehen und sich auch gemeinsam aufzustellen in der berufspolitischen Gemengelage. Lassen Sie uns gemeinsam positionieren in der berufspolitischen Szene. Auch das leistet unser Neurologen- und Psychiatertag: Identität zu stiften und zu fördern. Deshalb lade ich als Bundesvorsitzender des BVDN alle Neurologen, Nervenärzte, Doppelfachärzte und Psychiater ganz herzlich ein, zum Neurologen- und Psychiatertag zu kommen.

! Das Interview führte Friederike Klein.

Auf einen Blick

Neurologen- und Psychiater-Tag 2016

Ort: Hotel Park Inn by Radisson Köln City West, Innere Kanalstr. 15, 50823 Köln

Datum: 29. April 2016

Zeit: 8.30 bis 17.00 Uhr

Leitthema: „Das Gehirn: Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Adaptation und Kompensation“

Vorträge:

— Prof. Dr. med. Dieter Braus, Wiesbaden:

„Neuroplastizität und Lernen“

— PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Iris-Katharina Penner, Düsseldorf: „Zwischen Reorganisation und Maladaptation: Strategien des Gehirns im Umgang mit kognitivem Leistungsverlust“

— Prof. Dr. rer. soc. Thomas Elbert, Konstanz:

„Spuren belastender Lebenserfahrungen in Genom, Gehirn und Geist.“

— Dr. Maggie Schauer, Konstanz:

„Narrative Expositionstherapie komplexer und multipler Traumatisierungen“

In der Mitgliederversammlung des BVDN werden außerdem aktuelle Entwicklungen zum Beispiel zur strukturierten Versorgung vorgestellt.

Zur CME-Zertifizierung angemeldet

Eintritt frei

Weitere Informationen zum Programm finden unter <http://www.bvdn.de/453-nup-tag-und-mv-des-bvdn-am-29-april-2016.html>

GESETZENTWURF MODIFIZIERT

Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

➔ Der Gesetzentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen hatte bereits die erste Lesung im Deutschen Bundestag hinter sich, ebenfalls den ersten Durchgang durch den Bundesrat. Nach wochenlangen Diskussionen im Rechtsausschuss des Bundestages und innerhalb der rot-schwarzen Koalition gibt es nun einen neuen Text für den § 299a: „Wer als Angehöriger eines Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, die jeweils zu unmittelbaren Anwendung durch den Heilberuf Angehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb unlauterer Weise bevorzugt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Dabei wurde auf die im bisherigen Gesetzesentwurf genannte zweite Tatbestandsalternative – nämlich auf den Verstoß gegen berufsrechtliche Pflichten –

verzichtet. Außerdem kann nun die Staatsanwaltschaft „von Amts wegen“ einen Verstoß verfolgen. Korruption im Gesundheitswesen wurde nun als „Offizialdelikt“ formuliert.

Kommentar: Auf den Verstoß gegen berufsrechtliche Pflichten als Aufgreifkriterium für Ermittlungen wurde zu Recht verzichtet. Denn die Berufspflichten beispielsweise der Ärzte sind in allen Landesärztekammern etwas verschieden geregelt und keineswegs bundesweit gleich. Durch den Bezug des Gesetztextes auf unterschiedliche Berufsordnungen wäre es zu einer unterschiedlichen Strafbarkeit gekommen. Damit wäre dem Bestimmtheitsgebot nicht ausreichend Rechnung getragen worden. Die Diskussion um das Antikorruptionsgesetz drehte sich in den letzten Monaten außerdem darum, welche Institutionen anzeigeberechtigt sind; Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und/oder Krankenkassen. Der Gesetzgeber löste den Disput, indem er Korruption im Gesundheitswesen zum „Offizialdelikt“ erhob. Für Kollegen unserer Fachgruppen ist bei Leistungen für Kooperationspartner darauf zu achten, dass das Honorar für die erbrachte Gegenleistung „angemessen“ ist. Beispielsweise bei der honorierten Durchführung von Studien oder Anwendungsbeobachtungen darf nicht direkt die Verordnung von Arzneimitteln eines Herstellers zulasten des übrigen Wettbewerbs gefördert werden.



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

»Bei Leistungen für Kooperationspartner ist darauf zu achten, dass das Honorar für die erbrachte Gegenleistung ‚angemessen‘ ist.«

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“. Weiterhin nicht geklärt ist die mögliche Kriminalisierung von gewünschten ärztlichen Kooperationen und den damit verbundenen Leistungs- und Geldtransfers. Wie sich in diesem Zusammenhang die Finanzierung von Kongressreisen durch die Pharmaindustrie entwickeln wird, bleibt abzuwarten.

gc

ANHÖRUNG ZUR LEGALISIERUNG VON CANNABIS

Grüne schlagen Cannabiskontrollgesetz vor

➔ Mitte März 2016 fand vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eine Anhörung über den Gesetzesentwurf der Grünen zur Einführung eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG) statt. Cannabis soll aus der strafrechtlichen Regelung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) herausgenommen werden. Die Grünen setzen sich für einen strikt kontrollierten legalen Markt für Cannabis ein. Minderjährigen soll der Konsum von Cannabis nicht erlaubt werden. Um den Verbraucher- und den Gesundheitsschutz sowie Qualitätsstandards zu gewähr-

leisten, sollen die Konsumenten mit Beipackzetteln über Wirkstoffkonzentrationen und Warnhinweise informiert werden. Für den Straßenverkehr müssten Grenzwerte definiert werden, ähnlich wie beim Alkohol. Die von den Grünen geladenen Sachverständigen argumentierten, dass durch das Verbot der Droge nur der Schwarzmarkt und die Beschaffungskriminalität gefördert würden. Konsumenten würden ungerechtfertigt kriminalisiert.

123 Strafrechtsprofessoren hatten eine Resolution unterzeichnet, die eine Legalisie-

rung von Cannabis im Rahmen des BtMG fordert. Nach 50 Jahren strafrechtlicher Prohibition stehe eine Reform des BtMG an. Eine liberale Drogenpolitik führe nicht notwendigerweise zu einer Ausweitung des Drogenkonsums. Das zeigten Beispiele aus dem Ausland. Dagegen lehnten Sachverständige der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) eine Legalisierung ab. Häufig sei der Konsum von Cannabis mit Abhängigkeiten von Nikotin und Alkohol verbunden. Angsterkrankun-

gen, Depression, Wahnvorstellungen oder Psychosen können von Cannabis ausgelöst werden. Insgesamt sei der wissenschaftliche Untersuchungsstand nicht ausreichend, um Bedenken gegen eine Cannabisliberalisierung auszuräumen.

Der Leiter einer Justizvollzugsanstalt prognostizierte, dass im Rahmen einer gesetzlichen Liberalisierung von Cannabis die Nachfrage unter Jugendlichen steigen werde. Das sei beispielsweise in den Niederlanden und Tschechien beobachtbar. Der Begriff einer „geringen Menge Cannabis“

müsse einheitlich definiert werden, um Rechtssicherheit herzustellen.

Kommentar: Die wissenschaftliche Datenlage zur Gesundheitsgefährdung bei Mehrfachabhängigkeiten ist dünn. Der Kontroll- und Organisationsaufwand, der von den Grünen vorgeschlagen wird ist hoch, aber im Falle einer Legalisierung auch erforderlich. Das wird die Cannabispreise in die Höhe treiben. Ob unter solchen Bedingungen der Schwarzmarkt auszutrocknen ist, erscheint fraglich. Der illegale Drogenmarkt folgt einer ganz eigenen

Dynamik, vor allem weil er mittels organisierter Kriminalität eine starke angebotsorientierte Komponente hat. Wird eine bisher illegale Droge legalisiert, dürfte eine gesteuerte Angebotskompensation die Folge sein. Neue illegale Drogen nehmen den Platz von Cannabis ein, die Anzahl (krimineller) Drogenkonsumenten dürfte auch deshalb gleich bleiben. Bei der langen Halbwertszeit von Cannabis werden sich erhebliche Schwierigkeiten ergeben, mit dieser Droge „straßenverkehrstauglich“ umzugehen. Hier kann nur Cannabis-Null-Spiegel im Blut die Lösung sein. **gc**

DAK-GESUNDHEITS-CHAT

Telemedizin auf dem Vormarsch

➡ Telemedizin in Form eines Video-Chats bietet die DAK ab dem Frühjahr 2016 werktags von 8.00 bis 20.00 Uhr ihren Patienten an. Die DAK-Versicherten können nach vorheriger Anmeldung bei ihrer Krankenkasse mit Fachärzten jeder Fachrichtung live per Internet sprechen. Sie müssen sich dazu mit ihrer DAK-Versichertennummer einloggen. Ärzte dürfen dabei keine Diagnose stellen oder behandeln. Nach Auskunft der DAK sei der virtuelle Kontakt be-

rufsrechtlich unbedenklich und stelle eine sinnvolle Ergänzung einer ärztlichen Behandlung beispielsweise in Form einer Zweitmeinung dar. Der Datenschutz sowie die ärztliche Schweigepflicht würden streng eingehalten.

Kommentar: Ob für unsere Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie bei den hier regelhaft sehr individuellen Fallgestaltungen ein solches Angebot wirklich eine sinnvolle Ergänzung ist,

darf bezweifelt werden. Allerdings wird man sich in Zeiten zunehmender Spezialisierung bei allen Krankheitsindikationen und zunehmendem Ärztemangel vor allem in ländlichen Regionen derartigen Kommunikationsformen letztendlich nicht verschließen können. Sowohl im neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für gesetzlich Krankenversicherte als auch in der neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind telemedizinische Leistungsoptionen vorgesehen. **gc**

PKV-ANGEBOT UNGENÜGEND

BÄK stoppt GOÄ-Novellierung

➡ Mitte März 2016 lehnte der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) die Vorlage zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die mit den Beihilfetägern und dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) verhandelt worden war, ab. Der Präsident der BÄK, Professor Ulrich Montgomery, erläuterte, dass die GOÄ-Novelle nicht gescheitert sei. Wie bei Tarifverhandlungen habe man sich eben nicht auf eine Vergütungsversion einigen können. Die Verhandlungen mit den Beihilfestellen und dem PKV-Verband würden selbstverständlich weitergeführt.

Montgomery erklärte die GOÄ-Verhandlungen zur Chefsache. Der bisherige Verhandlungsführer des BÄK-Vorstands, Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, legte das Amt des

GOÄ-Verhandlungsführers nieder. Unterschiedliche Einflussnahmen von außen hätten die Voraussetzungen für einen fairen Interessenausgleich in der neuen GOÄ unterminiert. Außerdem stelle sich immer deutlicher heraus, dass die GOÄ in dieser Legislaturperiode nicht mehr gelingen könne, unter anderem weil sie durch die SPD blockiert werde.

Lars Lindemann, Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbandes Fachärzte (SpifA), und Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, begrüßten den Verhandlungsstopp. Die GOÄ-neu sei ein „vollständiges Debakel“ und schade den berechtigten Interessen der Ärzteschaft mehr als ihr zu nutzen. Zudem seien die Fachverbände nicht ausreichend beteiligt worden und der gegenwärtige Verhandlungsstand mit

Leistungslegenden und -preisen sei unbekannt.

Kommentar: Es verfestigt sich der Eindruck, dass bestimmte ärztliche Interessengruppen mit der Zielrichtung und bestimmten Ergebnissen des jetzigen Verhandlungsstandes nicht einverstanden sind. Der Vorstand der BÄK hielt dem Trommelfeuer von Partikularinteressenten nicht stand. Ein Hauptmerkmal der neuen GOÄ sollte die Förderung der sprechenden Medizin sein. Andererseits besteht bei der BÄK durchaus Entwicklungsbedarf hinsichtlich Öffentlichkeitsarbeit für Fachpublikum, geeigneter Transparenz bei Verhandlungsführung und Zielorientierung sowie der internen Detailarbeit an den fachlich-medizinischen und ökonomischen Inhalten der neuen GOÄ. **gc**

BVDN Landesverband Brandenburg

AGNES 2 wird Facharzt-Fallmanagerin

Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Brandenburg kämpfen weiter mit sehr hohen Fallzahlen. Das Aus für die Weiterbildung zum Nervenarzt und eine darauf nicht eingerichtete Bedarfsplanung dürfte die Situation eher noch verschärfen. Die neurologisch-psychiatrische Praxisassistentin nach dem AGNES-2-Modell soll wenigstens einen Teil der Belastungen abfangen helfen.

Das Akronym AGNES steht für „Arztentlastende, gemeindenahe, E-Health-gestützte, systemische Intervention“ und war als Modell der Politik zunächst nur für unterversorgte Gebiete vorgesehen (AGNES 1), wurde dann aber durch KVBB, AOK, BARMER-GEK und TK als AGNES 2 überall in Brandenburg im ärztlichen Bereich zur Unterstützung der Behandlung chronischer Erkrankungen eingeführt. Im hausärztlichen Bereich hat jedoch mittlerweile die nicht ärztliche Praxisassistentin (NÄPA) die primär als Fallmanagerin agierende AGNES-2 abgelöst. Für Fachärzte bleibt das Modell dennoch interessant, glaubt Holger Marschner, Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Brandenburg aus Blankenfelde: „Wir haben das AGNES-2-Modell fachspezifisch weiterentwickelt zur psychiatrisch-neurologischen AGNES-2-PN“, berichtet er. 2014 fand der erste Teil des Qualifizierungskurses statt, 2015 der zweite. „Die ersten sieben Mitarbeiterinnen aus Facharztpraxen haben das Curriculum absolviert“. Die Erfah-

rungen seien laut einer ersten Umfrage positiv, was noch fehle sei ein separates Vertragswerk. „Wir hatten diesbezüglich vor kurzem ein Gespräch mit der KV Brandenburg und der AOK, das Interesse dort war groß.“ Die Honorierung der AGNES-2-PN ist im Moment noch genauso wie im hausärztlichen Bereich. „Unser Bestreben ist aber, eine Aufwertung zu erreichen, weil die Aufgaben doch umfassender angelegt sind“, sagt Marschner.

Die AGNES-2-PN soll nicht bestehende Ressourcen ersetzen, sondern eine Schnittstelle zwischen ambulant und stationär herstellen. Sie ist auch das Bindeglied zwischen der Praxis und den verschiedenen spezifischen Leistungserbringern, wie der psychiatrischen Hauskrankenpflege, den MS- oder Parkinson-Nurses oder den Soziotherapeuten. Eine solche Fallmanagerin könne überdies für andere Bereiche interessant sein und so sei AGNES-2-PN auch ein Modell für andere Facharztgruppen, glaubt Marschner.

Umgang mit Terminservicestellen

Die hohen Fallzahlen bei Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern in Brandenburg werden sich mit dem Wegfall des Facharztes für Nervenheilkunde sicher nicht verringern, im Gegenteil, denn die Bedarfsplanung ist darauf derzeit nicht eingerichtet. An diese Versorgungssituation muss sich die Umsetzung der politischen Vorgaben zur Terminvergabe anpassen, findet Marschner. Die Bereitstellung von zwei Akutterminen pro Woche sei so einfach nicht umsetzbar, zumal man sich dann ja die Frage gefallen lassen müsse, was man bisher in der Zeit gemacht habe. Sein Vorschlag ist, zwei bis vier Termine pro Monat an die Terminservicestellen der KV zu melden. In der Praxis könne aktuell die geforderte Vier-Wochen-Frist für indizierte, dringende Fälle realisiert werden, für planbare Patienten könne es aber auch bis zum nächsten Quartal dauern, zum Beispiel wenn ein Patient von einem zum anderen Facharzt wechseln möchte – der sei ja im Prinzip versorgt, so Marschner.

Der BVDN-Landesverband Brandenburg möchte in diesem Zusammenhang auch das System der qualifizierten Überweisung vorantreiben und die Allgemeinmediziner entsprechend einbinden. So sollen beispielsweise Kopfschmerzpatienten, die primär dem Orthopäden oder dem Augenarzt vorzustellen sind, auch direkt dorthin überwiesen werden und nicht automatisch immer erst zum Neurologen.

Honorarentwicklung stabilisieren

Im Zusammenhang mit den Terminservicestellen mussten die Fachgruppen auch einen leichten Honorardämpfer durch Rückstellungen hinnehmen, die



AGNES-2-PN schließt auch verschiedene spezifische Leistungserbringer wie die psychiatrischen Hauskrankenpflege ein.

© Ingo Bartussek

die KV Brandenburg für die Terminservicestellen gemacht hat. Etwa 600.000 € wurden für die drei Fachgruppentöpfe ausgliedert. „Das macht einigen Kollegen schon Kopfzerbrechen“, weiß Marschner. Insgesamt seien jedoch stetig leichte Honorarzuwächse erzielt worden. „Neurologen und Nervenärzte liegen etwa gleich auf, Psychiater weiter hinten“, beschreibt Marschner die Situation, wie sie auch aus anderen Ländern bekannt ist. Das Ziel des Landesverbands bleibt weiterhin, die Honorarentwicklung an die Inflation anzupassen und Rückschritte zu vermeiden. „Wichtig ist, die Fallzahlen nicht noch weiter steigen zu lassen, beispielsweise mit einer besseren Bedarfsplanung.“ Ein Instrument sind die seit kurzem jährlich stattfindenden Fachgruppentreffen mit der KV Brandenburg, bei denen aktuelle Probleme und Themen wie die Notwendigkeit für eine Änderung der Bedarfsplanung besprochen werden können.

Mitwählen!

In diesem Jahr stehen auch die Wahlen zu den Vertreterversammlungen von der KV Brandenburg und den Ärztekammern in Brandenburg an. „Für die KV Brandenburg haben wir uns auf einen gemeinsamen Kandidaten geeinigt, den wir auch entsprechend platzieren wollen“, berichtet Marschner. „In der Ärztekammer sind wir als Fachgruppe schon bisher vertreten.“ Um in beiden Versammlungen weiterhin vertreten zu sein und der Fachgruppe Einflussmöglichkeiten zu sichern, ist es wichtig, dass alle Kollegen ihr Wahlrecht nutzen.

Nachwuchs gewinnen

Die Mitgliederzahlen im BVDN Landesverband Brandenburg sind relativ stabil geblieben, freut sich Marschner. Neuzugänge haben die Abgänge weitgehend ausgeglichen. Ein besonderes Augenmerk liegt aber nicht nur auf der Mitgliederwerbung, sondern auf der Nachwuchsgewinnung für die neurologisch-psychiatrische Versorgung überhaupt. In den nächsten fünf Jahren gehen etwa 20 % der Kollegen in Brandenburg in den Ruhestand, was die Versorgungssituation im neurologisch-psychiatrischen Bereich weiter verschärfen könnte. Noch gibt es auch frisch ausgebildete Nerven-

ärzte für die Übernahme von Praxen – laut Weiterbildungsordnung kann der Facharzt für Nervenheilkunde noch bis zum Jahr 2021 erworben werden, aber in Zukunft wird es hier wie überall neurologische oder psychiatrische statt nervenheilkundliche Facharztsitze geben.

Um überhaupt genügend Nachwuchs für die ambulante Versorgung neurologischer und psychiatrischer Patienten zu generieren, hat der BVDN Landesverband Brandenburg eine Veranstaltungsreihe unter dem Motto „Get together“ gestartet: Kollegen des Berufsverbands gehen in Kliniken und stellen die ambulante Arbeit vor. „Viele Assistenzärzte haben keine Vorstellung, wie die ambulante Arbeit aussieht“, weiß Marschner, „Dabei wird ja vieles aus den Inhalten der WBO heute ambulant geleistet.“ Die Vorstellung der Veranstaltungsreihe in der Chefarztrunde von Brandenburg sei auf großes Interesse gestoßen und die bisherigen zwei Veranstaltungen seien sehr gut angenommen worden.

Alleingelassen mit der Flüchtlingsversorgung

Wie in vielen Bundesländern beschäftigt auch die Fachgruppenkollegen in Brandenburg die Frage der Versorgung der Flüchtlinge. „Die KV sagt nach wie vor, wir haben keinen Versorgungsauftrag für Flüchtlinge, aber in der Praxis kommen natürlich beispielsweise im Rahmen der Bereitschaftsdienste Anfragen“, beklagt Marschner. Er empfiehlt, sich mit Kollegen zu verständigen. Mit den Hausärzten als Erstversorger hat er sich abgestimmt: Sie schicken im Bedarfsfall ein Fax oder rufen an und es wird versucht, die Probleme auf dem kurzen Dienstweg zu lösen, um alles, was auch im hausärztlichen Bereich geleistet oder verordnet werden kann, dort zu belassen. „Wir haben einfach nicht die Zeit für das komplizierte bürokratische Verfahren bei Erstgenehmigung“. Dazu kommt die Notwendigkeit von häufig nicht verfügbaren Dolmetschern, insbesondere bei psychiatrischen Problemen. „Wir fühlen uns von der Politik schon sehr alleine gelassen“, sagt Marschner. □

AUTORIN

Friederike Klein, München

Hier steht eine Anzeige.





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

Plausibilitätsprüfung

Prüfzeiten im Blick behalten

Immer wieder kommt es zu Überprüfungen der Plausibilitätszeiten von Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder. Sich einen Überblick über die Prüfzeiten pro Tag und Quartal zu verschaffen kann helfen, Unstimmigkeiten in einer Prüfung zu vermeiden.

Wellenartig kommt es in manchen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder zu Plausibilitätsprüfungen. Je nach regionaler Prüfsystematik werden dann einzelne oder etliche Kollegen wegen sogenannter Auffälligkeiten oder Implausibilitäten angeschrieben. Grundsätzlich wird bei der Plausibilitätsprüfung nachgeschaut, ob die Abrechnung inhaltlich stimmig ist und ob bei den abgerechneten Leistungen der obligate Leistungsinhalt erbracht wurde. Die Plausibilitätsprüfung ist gesetzlich vorgeschrieben.

Das Aufgreifen einzelner Praxen erfolgt zum einen nach dem Zufallsprinzip, zum anderen nach statistischen Auffälligkeitskriterien, die in jeder KV etwas unterschiedlich gehandhabt werden. Die bekannteste und wichtigste Form ist die Prüfung nach Zeitprofilen. Bei der Tagesprofilprüfung gilt ein Arzt als auffällig, wenn die Prüfzeiten aller Leistun-

gen an mehr als zwei Tagen im Quartal länger als 720 Minuten (12 Stunden) waren. Eine Auffälligkeit im Quartalsprofil ergibt sich grundsätzlich, wenn die Summe aller Prüfzeiten im Quartal 46.800 Minuten (780 Stunden) übertrifft. Dabei werden in manchen KVen die Ärzte in Gemeinschaftspraxen gemeinsam geprüft. Das heißt, eine Auffälligkeit ergibt sich erst dann, wenn beispielsweise in einer Doppelpraxis die Zeitsumme pro Tag über 24 Stunden beträgt. In anderen KVen erfolgt die Prüfung immer auf den einzelnen Arzt bezogen. Genauer ist in der Prüfvereinbarung der jeweiligen KV nachzulesen.

Zeitprofil im Vergleich

Manchen Leistungen des EBM für besondere Behandlungssituationen sind keine Prüfzeiten zugeordnet, beispielsweise Zuschlägen zur Unzeit oder dringenden Besuchen (01100, 01411, 01412,

01415). Die meisten Gebührenordnungspositionen (GOP) sind mit einer Prüfzeit bewertet, die 80 % der ärztlichen Kalkulationszeit dieser Leistung im sogenannten Standardbewertungssystem des EBM (STABS) entspricht. Einzelne Leistungen wie Gesprächs- und anästhesiologische Narkoseleistungen sind in der Leistungslegende mit einer obligaten Minstdauer versehen, der dann auch die Plausibilitätszeit sowohl im Tages- als auch im Quartalsprofil entspricht. Die bekanntesten GOP mit festgelegter Minstdauer in unseren Fachgruppen sind die psychiatrischen, neurologischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Gespräche (z. B. 21220, 16220, 35100, 35200). Aber auch die Betreuungs-GOP 16233 und 21233 gehören in diese Kategorie, denn bei dieser Betreuungspauschale mit einmaligem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal beträgt die obligate Minstdauer im gesamten Quartal 15 Minuten, hier besteht jedoch kein Tageszeitbezug.

Die Prüfzeiten mancher Leistungen zählen ausschließlich für das Quartalsprofil, sie sind für das Tagesprofil irrelevant. Das sind die Grundpauschalen (Ordinationsgebühren), alle Betreuungspauschalen (xx230 – xx233), aber auch die Elektronystagmografie (16320) und die evozierten Potenziale (16321). Die Elektroneuro- und -myografie (16322) und die sonografischen Leistungen zählen in das Tages- und in das Quartalsprofil, eine Minstdauer ist jedoch nicht festgelegt. Notwendige Leistungen ohne festgelegte Minstdauer können vom einzelnen erfahrenen und gut orga-



In einer Plausibilitätsprüfung darf die Prüfzeit aller Leistungen zwölf Stunden pro Tag nicht überschreiten.



nisierten Arzt im Durchschnitt durch- aus rascher erbracht werden, als es die Prüfzeit ausweist. Die Betreuungsziffern dürfen bekanntermaßen nur bei Vorlie- gen im EBM definierter schwerer oder chronischer nach ICD 10 zu verschlü- selnder Erkrankungen abgerechnet wer- den. Es muss sich um gesicherte Diagnosen „G“ handeln, Verdachtsdiagnosen genügen nicht.

Beschäftigt der Vertragsarzt einen Weiterbildungsassistenten, erhält er in einigen KVen einen „Plausibilitätszeit- bonus“. Andererseits darf eine Praxis mit Weiterbildungsassistent die bisherigen Fallzahlen und Leistungsmenge nicht wesentlich überschreiten.

Pragmatischer Umgang mit Prüfungen

Große Einzelpraxen mit überdurch- schnittlich vielen Scheinen und hoher Kontaktfrequenz der Patienten sind na- turgemäß gefährdeter für eine Plausibi- litätsprüfung. Die Durchschnittsfallzahl bei Nervenärzten und Neurologen be- trägt im Bundesdurchschnitt etwa 850, bei Psychiatern rund 450. Andererseits können große Praxen wegen des hohen ärztlichen Aufwands deutlich leichter lange Quartalszeiten, die über die Höchstgrenze hinausreichen, plausibel machen. Solche Kollegen arbeiten häufig auch bis in die Abendstunden, mitt- wochs- und freitags nachmittags und am Samstag. Das trifft vor allem zu, wenn Versorgungsbesonderheiten vorliegen, wie beispielsweise in Heimen.

Überschrittene Tages- oder Quartals- prüfzeiten sind umso schwieriger als plausibel erklärbar, je höher der prozen- tuale Anteil von Leistungen mit festge- legter Mindestzeit ist. Häufig oder sehr hoch überschrittene Tagesplausibilitäts- zeiten sind naturgemäß argumentativ wesentlich schwieriger zu vertreten als erhöhte Quartalsplausibilitätszeiten.

Bitte prüfen Sie in diesem Zusammen- hang regelmäßig nach Updates Ihres EDV-Systems mindestens einmal im Quartal, ob die Abrechnung der Ordina- tionsgebühr zusammen mit einem zeit- gebundenen Gespräch tatsächlich zu einer 10 Minuten längeren Tages- bezie- hungsweise Quartalszeit führt, wie das die Leistungslegende vorschreibt. Übrigens trifft das auf die psychiatrische

Fremdanamnese und Anleitung nach GOP 21216 nicht zu. Bei der täglichen Prüfung der Tagesplausibilitätszeit soll- te man dann gegebenenfalls Leistungen streichen.

Etliche KVen haben für manche Fach- gruppen mit erfahrungsgemäß höheren Plausibilitätszeitüberschreitungen Son- derregelungen getroffen, um die Kolle- gen nicht zu kriminalisieren. Beispiels- weise wird dann der Zeitbedarf der Or- dinationsgebühr oder der Betreuungsziffern (teilweise) nicht gezählt. Das ist aber von der Länder-KV abhängig und sollte überprüft werden. In einer Re- gresssituation sollte man darauf achten, dass im Plausibilitätsprüfungsgremium ein Kollege der eigenen Fachgruppe ver- treten ist.

Manche KVen haben im Rahmen der Plausibilitätsprüfung für einzelne EBM- Positionen zusätzliche restriktive Lei- stungsvoraussetzungen definiert, die so im EBM nicht zu finden sind. Das ist nicht zulässig. Allein die Überschreitung von Tages- oder Quartalsprüfzeiten ist kein Grund für einen Regress. Die KV muss die Implausibilität nachweisen.

In manchen KVen wird die Plausibi- litätsprüfung gegebenenfalls – wie das är- gerlicherweise gesetzlich erlaubt ist – bis zu vier Jahre rückwirkend (16 Quartale) geprüft. In der Summe kann also einiges an Implausibilität zusammen kommen. Ihre erbrachten Leistungen sollten daher medizinisch erforderlich und begründ- bar sein, zu den Diagnosen des Patienten passen und ausreichend dokumentiert sein. Es lohnt sich, bei der täglichen Ar- beit prospektiv die Plausibilitätszeiten im Blick zu behalten und gegebenenfalls die Praxisleistungen regelmäßig anzu- passen. Hierbei sind Kenntnisse darüber wichtig, welche Leistungen Mindestzei- ten erfordern, welche nur in die Quar- talszeit und welche zur Tages- und Quartalszeit gezählt werden. Bei schwer- wiegenden Regressvorwürfen sollten Sie lieber zu früh als zu spät den Rat des Be- rufsverbandes und/oder eines Medizin- rechtsanwaltes einholen. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Inserieren Sie kostenlos im NeuroTransmitter

Sie möchten gebraucht etwas günstig kaufen oder verkaufen? Sie haben eine Praxis abzu- geben oder suchen einen neue Kollegin oder neuen Kollegen? Inserieren Sie kostenlos als Verbandsmitglied von BVDN, BDN und BVDP Ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige im NeuroTransmitter: Quer durch die Repu- blik erhalten Sie die dafür notwendige Reich- weite und Aufmerksamkeit, denn das Maga- zin wird monatlich an alle niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater so- wie 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: bvdnbund@t-online.de. Bei aktu- eller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsterreichbaren Ausgabe abgedruckt.

Chiffreanzeigen sind nicht möglich!

**Einsendeschluss für den nächsten
NeuroTransmitter ist der 26. April 2016!**

Hinweis!

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

Praxisbörse

Suche Nähe Lörrach/Schopfheim, Praxis(-sitz) für Psychiatrie und PT (Nervenarztsitz).
Kontakt: drknut.hollaender@gmx.de
(Dr. Knut Hollaender)

Gut eingeführte Praxis im Dreiländereck Sachsen/ Bayern/Thüringen sucht FA/FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie ab sofort.
Kontakt: www.psychiatrie-plauen.de

Große Neurologie/Psychiatrie-Praxis in norddeutscher Großstadt 2018 abzugeben.
Kontakt: 0451 317046010 (Dr. Claus Maschler)

Langjährige Psychiatrie-Praxis im Zentrum von Regensburg aus Altersgründen abzugeben.
Kontakt: s.dinatale@t-online.de (Dr. G. Vogl)

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

Suche EEG-Gerät, papierlos, bis 5 Jahre alt, eventuell aus Praxisaufgabe.
Kontakt: estherfruehauf@web.de oder 0151 1796 9515 (Dr. Esther Frühauf)

Verkaufe Duplex-Sonogerät ATL Apogee 800+. 2000 gebraucht gekauft. Je ein trans- und ein extra- kranialer Schallkopf. Voll funktionsfähig, Preis VHS.
Kontakt: db.reichel@t-online.de (Dr. Dirk Reichel)

Charakteristika und Herausforderungen

Aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Ein Blick über die Ländergrenze hinweg lohnt sich: Die Schweiz kann die höchste Rate an Psychiatern und Psychologen in Europa verzeichnen. Trotzdem bleibt auch hier ein erheblicher Teil der psychisch erkrankten Menschen unbehandelt.

HANS KURT, SOLOTHURN, UNDINE E. LANG, FRANZISKA RABENSCHLAG, BASEL



In der Schweiz nehmen neun von 1.000 Menschen eine stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch.

16 **Aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz**

21 **Katatonie**
Psychiatrische Kasuistik

26 **AGATE: Stellenwert eines diätetischen Lebensmittels bei ADHS**

29 **Schulung in IPT könnte ambulante Versorgung Depressiver verbessern**
Interpersonelle Psychotherapie
– Teil 2

32 **CME Neurologie in der Gravidität**
Zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft

38 **CME Fragebogen**

Inanspruchnahme und Angebot in der Schweiz

In der Schweiz lassen sich Patienten bis zum Alter von 70 Jahren mit Abstand am häufigsten in freien Praxen psychiatrisch behandeln – mehr als in ambulanten und stationären Institutionen [1]. Bei den Erkrankungen handelt es sich in allen drei Versorgungsbereichen vor allem um affektive Störungen (F3: 29,4 %), neurotische und Belastungsstörungen (F4: 26,9 %), Persönlichkeitsstörungen (F6: 13,3 %) sowie Schizophrenie (F2: 10 %) [1].

Durchschnittlich nehmen knapp 45 Menschen pro 1.000 Einwohner eine ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch und fast 9 Menschen pro 1.000 Einwohner eine stationäre Behandlung. Diese Rate schwankt beträchtlich innerhalb der Kantone: Hier sind zwischen 24 und 98 pro 1.000 Einwohner ambulant beziehungsweise zwischen 2 und 15 pro 1.000 Einwohner in stationärer Behandlung. Das spiegelt sich in der europaweit höchsten Dichte an niedergelassenen Psychiatern (0,23 pro 1.000 Einwohner) und Psychologen (Psychotherapeuten 0,67 pro 1.000 Einwohner) wider. Die höchste Psychiaterdichte innerhalb der Schweiz hat Basel Stadt mit etwa 1,13 pro 1.000 Einwohnern. Zum Vergleich: Deutschland kann etwas mehr als 20 Psychiater pro 100.000 Einwohner – etwas mehr als den Durchschnitt der OECD-Länder [2] – verzeichnen.

Die Schweiz weist eine psychiatrische Bettenkapazität von 1–1,5 pro 1.000 Einwohner auf, Deutschland etwas mehr als 0,5 pro 1.000 [2]. Allerdings bleiben vor allem internationale Vergleiche ungenau, weil nicht überall die gleichen Daten erhoben werden. So sind nicht in allen Zahlen die Betten der Gerontopsychiatrie, der Forensik oder des Suchtbereichs enthalten. Ebenfalls wird nicht unterschieden zwischen Akut- und Rehabilitationsbetten.

Trotzdem bleibt, je nach Untersuchung, ein Drittel bis weit über die Hälfte der psychisch erkrankten Menschen unbehandelt, weil sie keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen oder weil die Krankheiten von den Fachleuten nicht erkannt werden [1, 3, 4]. Laut einer US-amerikanischen Studie erfolgt die erste Behandlung der Depression im Schnitt erst zehn Jahre nach der Erst-erkrankung [5]. In der Schweiz nehmen lediglich zwei von drei Personen mit einer ernsthaften Depression eine ärztliche Behandlung in Anspruch. Die Gesamtprävalenz für psychische Störungen liegt bei knapp 28 % in der erwachsenen Bevölkerung [3].

Finanzierung

Die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz ist im ambulanten und stationären Bereich unterschiedlich. Stationäre Angebote werden im Rahmen von Tagespauschalen entgolten, wobei die öffentliche Hand 55 %

und die Krankenversicherer 45 % der Kosten übernehmen. Die Tagespauschalen der Psychiatrie entsprechen ungefähr der Hälfte derjenigen der somatischen Medizin. Im ambulanten Bereich werden die verursachten Kosten vollumfänglich von den Krankenversicherern übernommen, vorausgesetzt sie werden entsprechend einem definierten Tarifsystem (Tarmed) erbracht. Viele Leistungen – gerade der integrierten Versorgung – wie Tageskliniken, aufsuchende Behandlungen, niederschwellige Angebote, Mitarbeit von Peers und/oder Pflegepersonen werden durch dieses Tarifsystem nicht adäquat abgedeckt. Diese werden durch die öffentliche Hand im Rahmen von sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen erbracht, die jedoch dem politischen Willen der Entscheidungsträger des jeweiligen Kantons unterliegen und mit einer erheblichen Planungsunsicherheit verbunden sind.

Die Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung für die psychiatrische Versorgung betrugen 2010 im ambulanten Bereich 7,8 % der ambulanten Gesamtkosten und bei den psychiatrischen Spitälern 11,4 % aller stationären Kosten. Insgesamt gesehen betragen die Kosten für die psychiatrische Versorgung 9 % der gesamten Gesundheitsversorgung [6].

Versorgungsmodelle

In der Schweiz besteht – mit wenigen Ausnahmen – keine Integration von psy-

chiatrischen stationären Angeboten in Allgemeinkrankenhäuser; hingegen gibt es verschiedenste Kooperationsmodelle von ausgebauten Konsiliar- und Liaisondiensten über dezentrale Ambulatorien oder organisatorische Zusammenschlüsse. Entsprechend ist auch der Anteil an offen geführten psychiatrischen Kliniken eher gering. Uns ist eine „offene Psychiatrie“ in den Kantonen Genf, Tessin und Wallis bekannt. Vielversprechende mobile Kriseninterventionsangebote wurden andernorts entwickelt, fehlen jedoch auch in vielen Regionen. Außerdem bestehen wenige ambulante gerontopsychiatrische Angebote. Dabei haben Überweisungen von akutsomatischen Spitälern an die Spitex (nationaler Non-Profit-Dachverband mit 25 Kantonalverbänden und über 33.000 spitalexternen Mitarbeitenden) im Vergleich zu Überweisungen in rehabilitative somatische Einrichtungen zugenommen [7].

Für eine integrierte koordinierte Versorgung sind die Übergänge sehr bedeutsam. Aufsuchende oder übergangsbegleitende psychiatrische Projekte innerhalb der psychiatrischen Versorgung wurden in der Schweiz vereinzelt und erfolgreich umgesetzt (z. B. in den Kantonen Thurgau und Bern). Ein weiteres Beispiel ist ein im stationären Rahmen entwickeltes integriertes und personenzentriertes Modell der Behandlung. Es fokussiert auf die Kontinuität der Fachleute über verschiedene Behandlungssettings hinweg und zeigte Erfolge bezüglich Psychopathologie und psychosozialer Funktionieren [8].

Wie beschrieben findet die psychiatrische Versorgung vor allem in niedergelassenen Praxen von Psychiatern, Psychotherapeuten und Hausärzten statt. Alternative Versorgungsmodelle sind in der Schweiz erst in Ansätzen bekannt [9]. In Deutschland ist beispielsweise geplant, Primärversorgungspraxen einzuführen [10], in denen Ärzte, medizinische Fachangestellte und Pflegefachpersonen koordiniert, patientenorientiert und leitlinienbasiert eine bestimmte Population betreuen. Allerdings ist in diesem Modell vor allem von Allgemeinärzten die Rede. Ein weiteres Beispiel aus den USA sind die ärztlich geleiteten „patient-centered medical homes“, die mit persönlicher, umfassender und inte-

grierter Behandlung die Qualität erhöhen und Klinikeinweisungen reduzieren konnten [11]. Insgesamt fehlen jedoch nicht nur in der Schweiz Modelle, die sowohl integriert und koordiniert, leitlinienbasiert als auch pluridisziplinär die Versorgung ermöglichen [9]. Aufgrund der hohen Dichte von Ärzten aus allen Fachrichtungen besteht in der Schweiz wenig Druck, solche Modelle zu entwickeln. Die Bevölkerung hat bis jetzt in allen politischen Vorstößen an der freien Arztwahl festgehalten und die verbindliche Einführung von Systemen der integrierten Versorgung abgelehnt.

Die Qualität der psychiatrischen Versorgung

Leitlinien

Von sämtlichen psychiatrischen Gesellschaften wurden in den letzten Jahren Leitlinien herausgegeben, die den State of the Art der psychiatrischen Therapie definieren. In der Schweiz lehnen sich diese – wenn sie bereits erstellt sind – sehr stark an die deutschen Leitlinien an. Wie auch international kann davon ausgegangen werden, dass in der Schweiz maximal ein Viertel der Patienten eine leitlinienbasierte Therapie erhalten [12].

In diesem Zusammenhang ist in der Schweiz Polypharmazie ein qualitatives Problem der Versorgung. Bekannterweise besteht ein Risiko für Wechselwirkungen bei 38 % der Patienten, die vier Medikamente gleichzeitig einnehmen, und bei 82 %, die sieben Medikamente verabreicht bekommen [13]. Etwa 17 % der Erwachsenen erhalten in der Schweiz mehr als fünf Medikamente, bei den über 65-Jährigen sind es fast die Hälfte [14]. Für ältere Menschen wurden außerdem in diesem Zusammenhang Listen erstellt, von ungeeigneten, das heißt gefährlichen Medikamenten [15]. Diese werden von Trimipramin sowie Zolpidem angeführt und in der Schweiz bei etwa einem Viertel der über 65-Jährigen verabreicht [13].

„Empowerment“ und „recovery“

Die Pro Mente Sana Schweiz, die größte Organisation für die Belange von Betroffenen, führt unter anderem auch in den UPK (Universitäre Psychiatrische Kliniken) Basel eine Ausbildung für Peers

(Betroffene/Experten durch Erfahrung) durch. Die UPK bieten für Absolvierende Praktikumsplätze an sowie seit 2015 drei Festanstellungen für ausgebildete Peers. „Empowerment“, „recovery“-orientierte Praxis und „peer involvement“ sind in der Schweiz bekannt gewordene und vielerorts umgesetzte Ansätze, auch in der akut-stationären Praxis [16]. Diese Ansätze haben das Potenzial, Haltungen und Strukturen in der psychiatrischen Versorgung positiv zu verändern, auch wenn ihre Wirkung keine eindeutige Resultate zeigte.

Das vermehrte Bemühen um die subjektive Sicht derjenigen, die psychische oder psychiatrische Unterstützung brauchen, und der vermehrte Einbezug von Betroffenen in alle Belange der psychiatrischen Versorgung zeichnen eine zeitgemäße Psychiatrie aus. Zwangsmaßnahmen und unfreiwillige Eintritte bleiben jedoch eine Herausforderung für eine „recovery“-orientierte Praxis.

Autonomie und Freiwilligkeit

Die Anzahl unfreiwilliger Aufenthalte ist kantonal deutlich unterschiedlich. Durchschnittlich erfolgten 2013 15,7 % der psychiatrischen Einweisungen per FU (Fürsorgerische Unterbringung, entsprechend dem deutschen Psychisch-Kranken-Gesetz), aber die Zahlen bewegen sich zwischen 4–10 % in Genf und Basel Stadt bis 28–35 % in Zug, Waadt und Aargau [17]. Die zur Verfügung stehenden Daten sind schwierig zu interpretieren, da die einzelnen Kantone die unfreiwilligen Hospitalisationen verschieden definieren und erfassen. Ob Zwang bei der Aufnahme und in der Behandlung ausgeübt wird, hängt wie überall einerseits von der Klinik ab [18, 19], von Patientenvariablen [20] sowie von Teamvariablen [21], zeigen aber auch eine gewisse spezielle „Schweizer Tradition“. So werden im Vergleich zu süddeutschen Kliniken Isolationen in der Schweiz häufiger durchgeführt, Fixierungen jedoch seltener [22]. Außerdem sind in der Schweiz weniger Fälle von Zwangsmaßnahmen betroffen, allerdings dauern die Maßnahmen im Schnitt fünfmal länger als in Süddeutschland.

Die hohe Anzahl unfreiwilliger Aufenthalte in psychiatrischen Institutionen

verlangt nach neuen Lösungsansätzen. Zum einen gilt es, strukturelle Probleme wie etwa regionale 24-Stunden-Dienste für psychiatrische Notfälle anzugehen oder auch mobile Kriseninterventions-equipen zu prüfen. Es braucht vorgelagerte niederschwellige Angebote, die psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen rechtzeitig unterstützen können, wie beispielsweise Telefonberatungen. Zum anderen muss die Schnittstelle zwischen einweisender Instanz und Klinik fachlich korrekt definiert und betrieben werden. Es braucht – wie überall – die Förderung der Versorgungsforschung und die Entwicklung neuer Behandlungsmodelle sowie die entsprechende Schulung der Fachleute, um die hohe Zahl unfreiwilliger Behandlungen zu reduzieren.

Interpersonelle Zusammenarbeit

Ärzte und Pflegende sind die größte Berufsgruppe der Schweizer Gesundheitsversorgung mit ungefähr 36.000 Ärzten [23] und über 193.000 Pflegenden [24]. Der Ärzteindex der Schweizerischen Ärztegesellschaft FMH weist für das Jahr 2014 2.722 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aus sowie 545 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Über 20.000 Ärzte waren 2010 in Spitälern tätig, davon knapp die Hälfte in Assistenzarztstellen. 1.704 Ärzte arbeiten in psychiatrischen Kliniken.

Wie im ambulanten Bereich beträgt der Frauenanteil in der stationären Psychiatrie fast die Hälfte, wobei die Frauen tendenziell jünger sind als die männlichen Kollegen.

Die ambulant tätigen Psychiater sind etwas älter (55 Jahre im Durchschnitt) als die Ärzte in ambulanten Praxen, weshalb große Sorgen um einen Nachwuchsmangel in der Versorgung bestehen [25]. Das durchschnittliche Alter der Ärzte in den Spitälern beträgt 39 Jahre, was sich durch den hohen Anteil an Assistenzärzten im stationären Bereich erklären lässt. Seit 2008 ist der Anteil der Ärzte mit einem ausländischen Diplom gestiegen und beträgt in Praxen und Grundversorgung ungefähr 20 % [23].

Schweizer Pflegende betreuen in 24 Stunden durchschnittlich acht Patienten, in Deutschland sind es 13, in Nor-

wegen fünf. Im europäischen Vergleich finden sie somit in der Schweiz gute Arbeitsbedingungen. Allerdings schwankt diese Stellenbesetzung auch innerhalb der Schweiz zwischen fast 14 bis fünf. Die Mehrheit der Schweizer Pflegenden (63 %) bezeichnet ihre Arbeitsbedingungen als „gut“ oder „ausgezeichnet“, in Deutschland sind es nur 48 %.

Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen stimmt europaweit mit der Zufriedenheit der Patienten mit der Spitalqualität überein [24]. Die Resultate der internationalen Studie von Schwenimann et al. (2014) zur Arbeitsqualität Pflegender konnte zeigen, dass sich eine angemessene Stellenbesetzung und der Einbezug von Pflegenden mit Bachelorabschlüssen sowie eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzteschaft nachweislich positiv auf die Behandlungsqualität auswirken.

Aktuell gelingt die Einbindung von Pflegenden mit Masterabschlüssen (Science Nursing) in der Schweizer Gesundheitsversorgung, nachdem dies in angelsächsischen Ländern schon länger bekannt ist [26]. Sie positionieren sich als „Advanced Practice Nurse“ (APN) im stationären und ambulanten Bereich, vorerst vor allem in der Somatik, aber auch mehr und mehr in der Psychiatrie. APN verfügen über eine pflegerische

Grundausbildung und einen Studienabschluss (Master oder Doktorat). Sie zeichnen sich durch eine spezifische und erweiterte klinische Expertise in der Pflegepraxis aus, sind zum Beispiel befähigt, Erstuntersuchungen und Abklärungen vorzunehmen. Die Kompetenzen dafür sind länderspezifisch unterschiedlich geregelt. In der Schweiz ist deswegen aktuell ein Gesundheitsberufegesetz in Vernehmlassung, das die Tätigkeiten von APN in der Schweiz regeln soll [27] sowie eine gesetzliche Initiative, die einen Teilbereich der pflegerischen Tätigkeit unter ihre Verantwortung stellen will. Obwohl in einigen anderen Ländern bereits Usus, stand die Schweizerische Ärztegesellschaft FMH der gesetzlichen Anerkennung Anfang 2014 ablehnend gegenüber und bevorzugte das bewährte Delegationssystem [27].

In verschiedenen psychiatrischen Kliniken ersetzen Psychologen Ärzte, auch auf Akutstationen oder in beschränktem Maße im Notfalldienst. Im Jahr 2012 waren 5.733 psychologische Psychotherapeuten berufstätig. Von diesen arbeiten zirka 25 % in psychiatrischen Institutionen, die anderen 75 % waren vorwiegend in freier Praxis oder angestellt bei einem Arzt (sogenannte delegierte Psychotherapie) tätig.

Die Kosten für die psychiatrische Versorgung betragen in der Schweiz 9 % der gesamten Gesundheitsversorgung.



© Ben Burger / Fotolia.com

Hier steht eine Anzeige.



Mit der Einführung eines Psychologie-Berufe-Gesetzes 2013 sind die Aus- und Weiterbildung von Psychologen nun landesweit harmonisiert. Seit Inkrafttreten des Gesetzes und der damit verbundenen Regelung der Psychotherapieweiterbildung wird die direkte Zulassung der psychologischen Psychotherapeuten zur Abrechnung mit den Krankenversicherern diskutiert. Trotz der qualitativ hochstehenden psychologischen Ausbildung und psychotherapeutischen Weiterbildung fehlt es vielen Psychologen an genügend postgradualen Erfahrungen im klinischen Alltag [28].

Sowohl in der Pflege als auch bei den Ärzten zeichnet sich ein Nachwuchsmangel ab. Bei der Pflege fehlt es an speziell für die psychiatrische Pflege ausgebildeten Fachleuten, unter anderem weil das Ausbildungssystem grundsätzlich von einer allgemeinen Ausbildung in der Pflege ausgeht. Beim Mangel an zukünftigen Fachärzten spielen verschiedene Faktoren eine Rolle: ungeeignete Zugangshürden zum Medizinstudium, lange und kostspielige Weiterbildung zum Facharzt, niedriges Erwerbseinkommen und Stigmatisierung des Berufes [29].

Zukünftige Perspektiven

Zwar besteht in der Schweiz eine hohe Versorgungsdichte im ambulanten und stationären Bereich, gleichzeitig fehlen jedoch Präventionsmaßnahmen und Frühinterventionen, ebenso wie aufsuchende Behandlungen und ambulante Behandlungsmöglichkeiten von Patienten mit Doppeldiagnosen, Sucht, Psychose, schweren Borderline-Störungen etc.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wurde bis jetzt nicht umgesetzt. Es fehlen – nicht nur in der Schweiz [9] – Modelle, die die Versorgung sowohl integriert und koordiniert als auch leitlinienbasiert und pluridisziplinär ermöglichen. Das hat aktuell spürbare Personalprobleme bei Pflegenden sowie im ärztlichen und psychologischen Bereich zur Folge. Eine integrierte Versorgung bedeutet verstärkte Interprofessionalität und vor allem Schnittstellenpflege. Es stellt sich die Frage, wer das umsetzt beziehungsweise umsetzen kann.

Für die Gruppe der Menschen mit länger andauernden und schweren psychi-

schen Erkrankungen braucht es psychiatrisch ausgebildete Fachleute, die betroffenennahe Unterstützung beziehungsweise Pflege bieten.

Insgesamt offen bleibt jedoch die Frage, was und wen psychisch kranke Menschen aus ihrer Sicht brauchen. Die verstärkte Berücksichtigung ihrer Perspektive könnte zeigen, dass neben einer wirksamen und integrierten Behandlung Werte wie Lebenssinn oder Lebensqualität eine stärkere Rolle spielen. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Hans Kurt

Past President
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP
Gruppenpraxis Weststadt Solothurn
Bielstr. 109,
4500 Solothurn, Schweiz

Prof. Dr. med. Undine E. Lang

Klinikdirektorin
Erwachsenenpsychiatrische Klinik
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm Klein-Str. 27,
4012 Basel, Schweiz

Dr. phil. Franziska Rabenschlag

Pflegewissenschaftlerin,
Entwicklung und Forschung Pflege
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Literatur

1. Rüesch P, Bänziger A & Juvalta S. Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz. Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie (Obsan Dossier 23). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2013
2. OECD. Mental Health and Work: Switzerland. Paris: OECD Publishing 2014
3. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Der Nervenarzt 2014;85, (1), pp 77-87
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011 Sep;21(9):655-79
5. Kessler R, Wang P. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. Annual Review of Public Health 2008;29:115-129
6. Schuler D, Burla L. Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring 2012, Neuenburg: OBSAN 2012
7. Widmer M, Kohler D. Behandlungsketten und ihre Schnittstellen (Obsan Bulletin 1/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2015
8. Theodoridou A, Hengartner MP, Gairing SK, Jäger M, Ketteler D, Kawohl W, Lauber C, Rössler W. Evaluation of a new person-centered integrated care model in psychiatry. Psychiatr Q 2015;86(2):153-68
9. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. GDK und BAG: Bern 2012
10. Deutscher Sachverständigenrat für die Entwicklung des Gesundheitswesens. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. (Zugriff: April 2015 unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=26>)
11. Grumbach K, Grundy P. Outcomes of Implementing Patient Centered Medical Home Interventions: A Review of the Evidence from Prospective Evaluation Studies in the United States. Washington D.C.: Patient-Centered Primary Care Collaborative 2010
12. Wang PS, Berglund P, Kessler RC. Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations. J Gen Intern Med 2000;15(5):284-92
13. Goldberg RM, Mabee J, Chan L, Wong S. Drug-drug and drug-disease interactions in the emergency department: analysis of a high-risk population. Am J Emerg Med. 1996;14(5):447-50
14. Blozik E, van den Bussche H, Gurtner F, Schäfer I, Scherer M. Epidemiological strategies for adapting clinical practice guidelines to the needs of multimorbid patients. BMC HEALTH SERV RES 2013;13:352
15. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. Arch Intern Med 1997;157(14):1531-6
16. Jaeger M, Konrad A, Rueegg S, Rabenschlag F. Patients' subjective perspective on recovery orientation on an acute psychiatric unit. Nord J Psychiatry 2015 Apr;69(3):188-95
17. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Messergebnisse: Ergebnisse Psychiatrie. anq<<http://www.anq.ch/psychiatrie/akutsomatik-anq-hplus0>. (Stand: 17. März 2015)
18. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, Kronstorfer R, Kuster W, Martinez-Funk B, Roser M, Schwink A, Voigtländer W. Diagnosis-related frequencies of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007;42:140-145
19. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res 2010 Apr 6;10:89
20. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. European Psychiatry 2011;26, 244-51
21. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011;46(9): 893-901
22. Martin V, Bernhardsgrütter R, Göbel R, Steinert T. The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland. Psychiatr Prax 2007;34: S212-7
23. Burla L. & Widmer M. (2012). Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011 (Obsan Bulletin 3/2012). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2011
24. Schwendimann R, Widmer M, De Geest S & Ausserhofer D. Das Pflegefachpersonal in Schweizer Spitälern im europäischen Vergleich (Obsan Bulletin 3/2014). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2014
25. Giacometti-Bickel G, Landolt K, Berneth Ch et al. In 10 Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen. Schweizerische Ärztezeitung 2013;94:8, S. 302-305
26. International Council of Nurses. (2002). Advanced Practice Nursing Network. Practice: Definition. <http://icn-apnetwork.org/> (Zugriff: April 2015)
27. Swiss ANP, SBK Interessengruppe für Advanced Nursing Practice.(2015). Aktuell. (<http://swiss-anp.ch/w/pages/de/advanced-nursing-practice.php>. Zugriff: April 2015)
28. Stettler P, Stocker D, Gardiol, et al. Strukturhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Bern 2012
29. Bielinski D. Weiterbildung als Attraktivitätsfaktor zur Wahl eines medizinischen Fach-
- gebiets – Anspruch und Realität. Schweizerische Ärztezeitung;92(3):1-2

Psychiatrische Kasuistik

Katatonie

Aktuelle Anamnese

Eine 78-jährige Patientin stellte sich zur elektiven stationären Aufnahme vor und berichtete bei Aufnahme, seit etwa neun Monaten an einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit, Antriebslosigkeit, Interessesverlust, sozialem Rückzug, Durchschlafstörungen, innerer Unruhe und Angstzuständen zu leiden. Auch habe sie deutliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bemerkt, sei kaum belastbar und habe zeitweise Ängste, die Orientierung zu verlieren. Sorge bereite ihr auch eine vermehrte Sturzneigung. So sei sie in den vergangenen sechs Monaten mehrfach gestürzt. Daneben bestünde ein Appetit- mit Gewichtsverlust. Seit den 1980er-Jahren sei eine bipolar affektive Störung bei ihr bekannt. Seit etwa zehn Jahren nehme sie regelmäßig 2–3 mg Lorazepam täglich ein. Fremdanamnestic war durch den Ehemann zu erfahren, dass die Patientin den ganzen Tag im Bett verbringe, sie stehe allenfalls zur Nahrungsaufnahme und zur Körperpflege auf. Er müsse sie mit viel Mühe zu Aktivitäten motivieren, vereinzelt gäbe es plötzlich auch „gute Tage“, an denen sie „wie ausgewechselt“ sei und so wie früher aktiv und kommunikativ sei. Auch sei sie gelegentlich nachts plötzlich mehrere Stunden aktiv, räume dann auf oder koche. Lorazepam helfe insbesondere bei Angst- und Unruhezuständen.

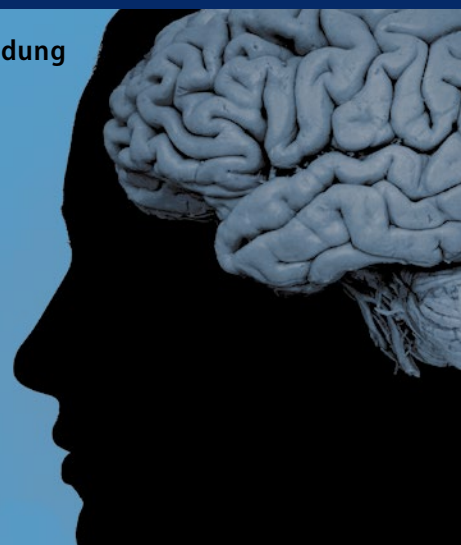
Psychiatrische Vorgeschichte

(Fremdanamnestic und anhand der Aktenlage): 1980 sei (fremdanamnestic durch den Ehemann) im Alter von 52 Jahren eine erste Krankheitsepisode aufgetreten. Die Patientin habe damals versucht, sich durch einen Stromunfall

das Leben zu nehmen. Nachfolgend sei es zu mehreren stationär-psychiatrischen Aufenthalten in den Jahren 1981, 1982 und 1983 gekommen, in denen die Diagnosen „Verwirrtheitspsychose“, „organisches Psychosyndrom“ und „kryptogene Enzephalopathie“ gestellt wurden. Medikamentös sei Lithium, Clomipramin, Benperidol, Haloperidol, Clozapin und Bromazepam versucht worden. Fremdanamnestic durch den Ehemann sei auch eine Elektrokrampftherapie (EKT) erfolgt. Nach Besserung der Symptome habe die Patientin für etwa drei Jahre eine Medikation eingenommen, deren Name ihm nicht mehr erinnerlich sei und sei dann bis 2006 symptomfrei gewesen. 2006/2007 sei es im Alter von 68 Jahren zu einer erneuten Episode mit der Notwendigkeit einer stationär-psychiatrischen Behandlung gekommen. Hier standen anhand der Aktenlage Fehlhandlungen, Desorientiertheit, Ratlosigkeit, formale Denkstörungen mit Verlangsamung, Vorbeireden und sprunghaft-zerfahrenem Denken, psychomotorische Unruhe und psychotische Symptome (Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn) sowie akustische Halluzinationen in Form von Stimmen im Vordergrund. Schließlich wurde die Diagnose einer depressiven Episode mit psychotischen Symptomen bei bipolarer Störung gestellt, die Entlassung erfolgte „in deutlich gebessertem Zustand“ mit Olanzapin (15 mg), Doxepin (150 mg) sowie Lorazepam (1,5 mg).

Kurz darauf kam es erneut zu einem stationären Aufenthalt mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Hierbei wurden „ausgeprägte kognitive Defizite“ beschrieben. In der daraufhin durchge-

Fortbildung



Testen Sie Ihr Wissen!

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

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

NT 7–8/2015

N: Ist die Schilddrüse wirklich schuld?

NT 9/2015

P: Auf hohem Niveau: Risiko Gedächtnisstörungen

NT 10/2015

N: Sterbewunsch bei der Parkinson-Krankheit

NT 11/2015

P: Attacken mit Lähmungen, Bauchschmerz und Panik

NT 12/2015

N: Juckreiz – eine neurologische Krankheit?

NT 1/2016

P: Chloroquinassozierte psychotische Störung

NT 3/2016

N: Motorische Unruhe bei Demenz

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



führten neuropsychologischen Untersuchung, kraniellen Bildgebung (cMRT) und Liquordiagnostik fanden sich keine wegweisenden Befunde und kein Hinweis auf eine demenzielle Erkrankung. Die Entlassung erfolgte „deutlich gebessert“ mit einer Medikation aus Bupropion, Reboxetin, Lamotrigin, Gabapentin sowie Lorazepam (2 mg). Der nächste stationär-psychiatrische Aufenthalt mit Unterbringung nach PsychKG (Psychisch-Kranken-Gesetz) blieb jedoch nicht lange aus, nachdem die Patientin „hochgradig aggressiv-angespannt“ wiederholt den Ehemann körperlich angegriffen hatte. Psychopathologisch standen hier ein Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn mit Vergiftungsideen, Fremdbeeinflusserleben sowie Desorientiertheit und desorganisiertes Verhalten im Vordergrund. Letztlich wurde sie in „stabilem Zustand mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen“ entlassen.

Der Fortgang: 2008 weiterer Aufenthalt aufgrund „psychotischer Symptomatik mit fremdaggressiven Tendenzen“ mit im Vordergrund stehenden fluktuierenden Orientierungsstörungen, desorganisiertem Verhalten, Antriebshemmung und ratlosem Affekt. 2010 weitere Episode mit stationären Aufenthalt und der Diagnose einer schweren depressiven Episode bei bipolar affektiver Störung. Die Medikation bestand aus Olanzapin (25 mg/Tag), Venlafaxin (150 mg/Tag), Lamotrigin 250 (mg/Tag) und Lorazepam. Bei diesem Aufenthalt werden eine deutliche Antriebslosigkeit und Hemmung, Ängste, niedergedrückte Stimmung und verlangsamtes Denken beschrieben. „Unter Belastung“ habe

sich im Verlauf der Behandlung eine „erneute psychotische Episode“ ergeben. Im Vordergrund hätten im weiteren Konzentrationsschwierigkeiten und eine deutliche Antriebshemmung gestanden, die Patientin habe sich „wann immer möglich ins Bett zurückgezogen“. Die Entlassung erfolgte bei nur mäßig gebessertem Zustand und mit „weiterhin auffälliger Psychopathologie“.

Soziobiografische Anamnese

Die Patientin sei in Münster geboren und aufgewachsen, habe nach dem Abitur Medizin studiert und anschließend eine Facharztausbildung zur HNO-Ärztin absolviert. Im Rahmen der beruflichen Tätigkeit habe sie ihren Ehemann kennengelernt, der ebenfalls als HNO-Arzt tätig war. Gemeinsam habe das Ehepaar bis 2004 eine eigene Praxis geführt. Fremdanamnese durch den Ehemann sei die Patientin eine sehr kompetente, aktive, lebensfrohe und engagierte Frau gewesen. Die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit zu Rentenbeginn habe ihr zu schaffen gemacht. Geplant habe das Paar eine ärztliche Tätigkeit im Ausland, für die die Patientin 2005 noch Vorbereitungen (Sprachkurse) traf.

Medikation bei Aufnahme

Venlafaxin (300 mg/Tag), Olanzapin 5 mg/Tag, Aripiprazol (10 mg/Tag), Lamotrigin (200 mg/Tag), Lorazepam (2 mg/Tag), Tamoxifen bei Zustand nach Mamma-Karzinom 2012.

Familienanamnese

Die Mutter der Patientin habe eine postpartale Psychose gezeigt, sonst leer.

Suchtmittelanamnese

Seit etwa zehn Jahren regelmäßige Einnahme von Lorazepam (2–3 mg/Tag), Alkohol selten, andere legale oder illegale Suchtmittel werden verneint.

Körperliche Vorerkrankungen

Zustand nach Mamakarzinom 2012 mit brusterhaltender Tumorexstirpation und Radiotherapie, Letrozol 2011 bis 2014, seit 2015 Tamoxifen. Osteoporose.

Internistisch-neurologische Untersuchung

Hämatom im Bereich des linken Fußes, etwas breitbasig-ataktisches Gangbild mit Gangunsicherheit, sonst ohne pathologischen Befund.

Weitere Diagnostik

Laborchemisch findet sich kein richtungsweisender Befund, das Elektroenzephalogramm (EEG) stellt sich regelrecht dar. Im cMRT mit Kontrastmittel ergibt sich kein Nachweis von intrakraniellen Raumforderungen, eine unauffällige Gefäßdarstellung, eine geringe Leukenzephalopathie und eine supratentorielle Hirnvolumenminderung ohne richtungsweisendes Verteilungsmuster.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Die Patientin war wach, allseits orientiert, mit gepflegtem Äußeren, im Kontakt freundlich und zurückhaltend. Konzentration und Aufmerksamkeit vermindert, Merkfähigkeit reduziert (einer von drei Begriffen), subjektives Gefühl einer Gedächtnisstörung mit Angst, die räumliche Orientierung zu verlieren, formalgedanklich deutlich verlangsamt, subjektiv gehemmt, teilweise gesperrt. Kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen. Keine Sinnestäuschung oder Ich-Störungen. Keine Zwänge, keine Phobien. Im Affekt ängstlich-ratlos, affektarm, affektstarr, innerlich unruhig. Interessensverlust, Antrieb deutlich reduziert, schnelle Erschöpfbarkeit, sozialer Rückzug. Psychomotorisch verlangsamt, teils unruhig-angespannt. Appetit reduziert, Schlafstörungen in Form von Durchschlafstörungen, Tagesmüdigkeit, kein Anhalt für akute Eigen- oder Fremdgefährdung.



Die psychomotorischen Veränderungen bei Katatonie können von ausgeprägter Teilnahmslosigkeit bis zur Agitation reichen.

Therapie und Verlauf

Die stationäre Aufnahme erfolgte elektiv unter der Verdachtsdiagnose einer mittelschweren ängstlich-depressiven Episode bei vordiagnostizierter bipolar-affektiver Störung und einer Benzodiazepinabhängigkeit. Die seit zirka zehn Jahren bestehende Benzodiazepinabhängigkeit mit Einnahme von 2–2,5 mg Lorazepam täglich wurde zunächst mit Diazepam-Tropfen verblindet über fünf Wochen ausgeschlichen. Darunter ergab sich erst ein stabiler Verlauf, die Patientin war zwar formalgedanklich weiterhin deutlich verlangsamt sowie im Affekt ängstlich-ratlos und starr, nahm aber regelmäßig am stationären Therapieprogramm teil und verneinte auch auf Nachfragen eine depressive Symptomatik. Nachdem die Medikation mit Lorazepam beziehungsweise Diazepam für etwa zwei Wochen beendet war, zeigte sich eine deutliche Verschlechterung mit zunächst intermittierend deutlicher Antriebslosigkeit, ausgeprägter formalgedanklicher Verlangsamung und teils Mutismus. Die Patientin war plötzlich tageweise nur sehr schwer zu mobilisieren, ängstlich-misstrauisch, weigerte sich aufzustehen, verbrachte trotz mehrfacher Aufforderungen den gesamten Tag im Bett und lehnte Pflegemaßnahmen, Blutentnahmen sowie auch eine Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ab, sodass eine intravenöse Flüssigkeitssubstitution erforderlich wurde. Im Wechsel zeigte die Patientin aber auch das sonst übliche Verhalten mit aktiver Teilnahme am gesamten Therapieprogramm. Eine zu diesem Zeitpunkt vorgesehene neuropsychologische Untersuchung konnte bei mangelnder Kooperation nicht mehr durchgeführt werden.

Wir beendeten daraufhin zunächst unter dem Verdacht auf eine Form eines Rapid Cycling bei bipolar affektiver Störung und im Hinblick auf die fehlende Wirksamkeit aktuell sowie auch in der Vorgeschichte schrittweise die vorbestehende Medikation mit Venlafaxin. Im Weiteren beendeten wir die Gabe von Lamotrigin, das ebenfalls aktuell sowie in der Vorgeschichte unzureichend wirksam in der Verhinderung solcher Episoden war. Im Verlauf zeigte die Patientin eine weitere Verschlechterung,

lehnte die Teilnahme an den täglichen Aktivitäten zunehmend ab, verließ das Zimmer nicht mehr und benötigte zunehmend pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege und der Nahrungsaufnahme. Wie auch in der Vorgeschichte schon einmal beschrieben, war die Patientin wieder verstärkt misstrauisch im Kontakt, formalgedanklich verlangsamt, im Weiteren mutistisch, stuporös sowie negativistisch. Zeitweise gab sie in kurzen Phasen der Besserung unspezifische Ängste an, zeigte plötzlich wechselnd auch Manierismen (plötzliches Verlassen des Bettes, um sich zu Schminken, dabei aber sonst Vernachlässigung und Verweigerung der Körperpflege, unvermittelte, schnelle und hastige Nahrungsaufnahme) und Agitation sowie mitunter aggressives Verhalten (Schubsen, Kratzen, Kneifen) und Enuresis. Auch unter Gabe von Lorazepam i. v. blieb die Patientin unverändert stuporös, mutistisch und negativistisch, sodass eine EKT mit dreimal wöchentlichen Sitzungen begonnen wurde. Aufgrund einer vermehrten Flüssigkeits- und Nahrungsverweigerung wurde eine i. v.-Flüssigkeitssubstitution notwendig, es erfolgte zudem eine Thromboseprophylaxe, die Einrichtung einer Eilbetreuung und eine engmaschige 1:1-Betreuung. Auch unter der EKT zeigte sich allerdings nur eine geringfügige Tendenz zur Besserung, die Patientin war etwas kooperativer sowie an einigen Tagen weniger mutistisch, ließ sich aber weiterhin nicht aus dem Bett mobilisieren. Nach 15 EKT-Sitzungen beendeten wir bei unzureichender Wirksamkeit die Behandlung.

Wir begannen eine medikamentöse Behandlung mit Amisulprid in Kombination mit sehr langsam aufsteigenden Dosen von Clozapin. Darunter zeigte sich letztlich eine langsam stetige deutliche Besserung, die Patientin war weniger misstrauisch im Kontakt, weniger ängstlich-ratlos im Affekt, zeigte eine zunehmende spontane Sprachproduktion, lehnte medizinische und pflegerische Maßnahmen sowie Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme nicht mehr ab und ließ sich wieder schrittweise mobilisieren. Im weiteren Verlauf besserte sich der psychopathologische Befund, die Patientin war weniger formalgedanklich verlang-

samt, weniger starr im Affekt, psychomotorisch gelöster, äußerlich gepflegter sowie freundlich im Kontakt und nahm wieder aktiv am Therapieprogramm teil. Mit Besserung des psychopathologischen Befundes bejahte die Patientin akustische Halluzinationen, auch gab sie an, zeitweise ausgeprägte Ängste vor dem Personal im Sinne eines Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahn gezeigt zu haben.

Beurteilung und Diskussion

Die Patientin zeigte im Behandlungsverlauf das Bild einer Katatonie, welche in Zusammenhang mit zahlreichen Störungen auftreten kann [1]. Im vorliegenden Fall war eine bipolar affektive Störung vordiagnostiziert worden, fremd- und eigenanamnestisch sowie anhand der Aktenlage kommt in der Zusammenschau der Befunde differenzialdiagnostisch auch eine Schizophrenie infrage. Eine Katatonie kann sowohl bei bipolaren Störungen als auch im Rahmen schizophrener Erkrankungen sowie anderer Störungen auftreten, dabei werden katatone Symptome häufiger bei Patienten mit manischen, depressiven oder neurotoxischen Syndromen als bei Patienten mit Schizophrenie gesehen [1, 2]. Aufgrund des aktuell zu beobachtenden und auch in der Vorgeschichte wiederholt beschriebenen desorganisierten Verhaltens mit zerfahrenem Denken, dem vorrangig starren Affekt und dem fehlenden Antrieb im Sinne einer Negativsymptomatik sowie dem Vorhandensein von Wahn und Halluzinationen ist aber auch eine Schizophrenie möglich. Eindeutig manische oder hypomane Episoden wurden eigen- und fremdanamnestisch durch den Ehemann verneint. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

Dr. med. Francesca Regen
Klinik und Hochschulambulanz für
Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
E-Mail: Francesca.regen@charite.de

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche Symptome kennzeichnen das klinische Bild der Katatonie?

- a. Stupor, Katalepsie und Flexibilitas cerea
- b. Mutismus, Negativismus und Verharren
- c. Manierismen, Stereotypien und Agitation
- d. Grimassieren, Echolalie und Echopraxie
- e. Alle Antworten sind richtig.

Lösung

Richtig ist Antwort e. Nach DSM-5 wird das klinische Bild der Katatonie von drei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet: Stupor, Katalepsie, Flexibilitas cerea, Mutismus, Negativismus, Verharren, Manierismen, Stereotypien, Agitation (nicht durch äußere Reize beeinflusst), Grimassieren, Echolalie und Echopraxie [1, 3]. Eine Katatonie wird nach DSM-5 bei Vorliegen von mindestens drei der zwölf psychomotorischen Merkmale für Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung oder aufgrund einer anderen medizinischen Erkrankung diagnostiziert.

Charakteristisches Merkmal der Katatonie ist eine ausgeprägte Veränderung der Psychomotorik, die eine beeinträchtigte Bewegungsaktivität, eine reduzierte Teilnahme am Explorationsgespräch oder bei der körperlichen Untersuchung sowie übermäßige oder anderweitig auffällige Bewegungen umfassen kann [3]. Das klinische Bild kann schwierig einzuschätzen sein, da die psychomotorischen Veränderungen von ausgeprägter Teilnahmslosigkeit bis hin zu Agitation reichen können. Die motorische Immobilität kann schwergradig (Stupor) oder moderat (Katalepsie und Flexibilitas cerea) sein; auch der Aktivitätsverlust kann schwer (Mutismus) oder moderat (Negativismus) ausgeprägt sein. Übermäßige oder anderweitig auffällige Bewegungen können komplex (z.B. Stereotypien) oder einfach (Agitation) sein und Echolalie sowie Echopraxie umfassen [3]. Die psychomotorischen Veränderungen können im Einzelfall auch zwischen reduzierter und exzessiver motorischer Aktivität wechseln.

Die scheinbar gegensätzlichen klinischen Merkmale und die wechselnden Krankheitsmanifestationen tragen zu einer reduzierten Beachtung und verminderten Diagno-

sestellung der Katatonie bei. In schweren Fällen können Betroffene eine sorgfältige Beaufsichtigung benötigen, um eine Eigen- oder Fremdgefährdung zu vermeiden. Potenzielle Risiken bestehen auch in Malnutrition, Erschöpfung, Hyperpyrexie und Selbstverletzungen [3, 5].

Frage 2

Welche der folgenden Aussagen ist falsch?

- a. Katalepsie beschreibt die passive Einnahme einer Körperhaltung, die gegen die Schwerkraft gehalten wird.
- b. Als Flexibilitas cerea bezeichnet man eine wächserne Biegsamkeit, das heißt einen leichten, gleichmäßigen Widerstand gegenüber einer Veränderung der Körper- oder Extremitätenhaltung durch den Untersucher.
- c. Als Negativismus bezeichnet man einen depressiven Affekt, der von pessimistischen Gedanken und Zukunftsängsten bis hin zum Verarmungswahn gekennzeichnet ist.
- d. Als Echolalie bezeichnet man das Nachahmen der Sprache eines anderen.
- e. Manierismen beschreiben eigentümliche, umständliche Karikaturen normaler Handlungen.

Lösung

Richtig ist Antwort c. Negativismus beschreibt ein widerständliches oder fehlendes Befolgen von Anweisungen. Negativistisch Kranke tun gerade das nicht, was man von ihnen erwartet oder verlangt (passiver Negativismus), oder sie tun genau das Gegenteil (aktiver Negativismus) [4].

Frage 3

Welche der folgenden Aussagen gilt für die Katatonie?

- a. EKT ist eine Behandlungsoption.
- b. Benzodiazepine können eine rasche Besserung erbringen.
- c. Bei Patienten, die nicht auf Benzodiazepine oder EKT ansprechen, gibt es positive Fallberichte für Clozapin.
- d. Ein Auslöser kann ein akuter Benzodiazepin- oder Alkoholentzug sein.
- e. Alle unter a – d aufgeführten Aussagen sind richtig.

Lösung

Richtig ist Antwort e. Die Behandlung der Katatonie umfasst die intravenöse Gabe von Benzodiazepinen, oftmals in höheren Dosierungen, die bei etwa 70 % der Patienten, insbesondere denen mit Katatonien im Rahmen affektiver Störungen eine rasche und deutliche Besserung erbringt. Patienten mit Katatonien im Rahmen einer Schizophrenie sprechen weniger zuverlässig auf die Gabe von Benzodiazepinen an [2, 7]. Zu beachten ist hierbei neben dem Risiko der Atemdepression und Sturzgefahr die wenn auch seltene Möglichkeit des Umschlagens in einen katatonen Erregungszustand.

Die Behandlung der ersten Wahl insbesondere bei fehlendem Ansprechen auf Benzodiazepine stellt ebenfalls eine EKT dar [6]. Ein nur geringer Anteil an katatonen Patienten spricht hingegen auf die Gabe von Antipsychotika an, auch wird die Gabe von Antipsychotika bei Katatonie mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines malignen neuroleptischen Syndroms in Verbindung gebracht [2, 7]. Spricht ein Patient jedoch nicht auf Benzodiazepine an und ist eine EKT nicht möglich oder ebenfalls nicht erfolgreich, kann insbesondere bei Patienten mit zugrunde liegender Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis die Gabe von Antipsychotika in Kombination mit Benzodiazepinen erfolgreich sein. Einzelfallberichte liegen zu einer Gabe von Clozapin bei sonst therapierefraktären Katatonien vor [8].

Zu beachten im Rahmen von Katatonien sind möglicherweise auftretende körperliche Komplikationen, wie beispielsweise Aspirationspneumonien, Elektrolytstörungen, Harnwegsinfekte, venöse Thrombembolien sowie Dekubiti und Kontrakturen, deren Diagnose und Behandlung durch die Störungen des Verhaltens und der Motorik im Rahmen der Katatonie, insbesondere durch Stupor, Mutismus und Negativismus erschwert wird. Besonders zu achten ist auf eine Thromboseprophylaxe, das Vermeiden von Muskelkontrakturen, eine häufige Hautinspektion, Lagerung und Einsatz von Lagerungshilfen zur Vermeidung von Dekubiti sowie eine ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, gegebenenfalls als Sondenkost [5].

Literatur

1. Fink M, Shorter E, Taylor MA. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophr Bull.* 2010; 36(2):314-20.
2. Rosebush PJ, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophr Bull.* 2010;36(2):239-42.
3. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5, deutsche Ausgabe, herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, Hogrefe-Verlag, 2015.
4. Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 7., unveränderte Auflage, Hogrefe-Verlag, 2000.
5. Clinebell K, Azzam PN, Gopalan P, Haskett R. Guidelines for preventing common medical complications of catatonia: case report and literature review. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(6):644-1.
6. Luchini F, Medda P, Mariani MG, Mauri M, Toni C, Perugi G. Electroconvulsive therapy in catatonic patients: Efficacy and predictors of response. *World J Psychiatry.* 2015; 5(2):182-92.
7. Bräunig P, Krüger S. Katatonie – eine Übersicht. *Psychiatr Prax.* 2005 Apr;32 Suppl 1:S7-24.
8. Chattopadhyay S, Saha I, Dan A, Bhattacharyya K. Clozapine responsive catatonia: A series of five cases. *Ind Psychiatry J.* 2012;21(1):66-8.

Arzneimittel in der psychiatrischen Praxis

Stellenwert eines diätetischen Lebensmittels bei ADHS

Die Kernsymptome von Kindern mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) können mit psychoedukativen, verhaltenstherapeutischen und pharmakologischen Therapien wirksam behandelt werden. Der folgende Artikel beurteilt ein Präparat zur diätetischen Behandlung.



BIANCA FAY, CARINA ROTHAMMER, SANDRA UNHOLZER, EKKEHARD HAEN, REGENSBURG

Aus einer niedergelassenen Praxis erreichte uns die Frage, welcher Stellenwert dem Handelspräparat ADSPRO® zugesprochen werden kann. Es wird, so der Eindruck des Fragenden, in letzter Zeit zunehmend von Eltern nachgefragt, deren Kinder an ADHS leiden. In Foren entsprechend Betroffener wird es im Internet intensiv diskutiert.

Lebensmittel- und arzneimittelrechtliche Einstufung

Bei ADSPRO® handelt es sich rechtlich um ein „diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke“ (bilanzierte Diät) zur diätetischen Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen und hyperkinetischem Syndrom. Es wird von einer österreichischen Firma in den Verkehr gebracht.

Diätetische Lebensmittel werden rechtlich durch die Verordnung über diätetische Lebensmittel (Diätverordnung – DiätV [1]) geregelt. Danach sind diätetische Lebensmittel

„(1) (...) Lebensmittel, die für eine besondere Ernährung bestimmt sind (...).

(2) Lebensmittel sind für eine besondere Ernährung bestimmt, wenn sie

1. den besonderen Ernährungserfordernissen folgender Verbrauchergruppen entsprechen:

a) bestimmter Gruppen von Personen, deren Verdauungs- oder Resorptionsprozess oder Stoffwechsel gestört ist,

oder

b) bestimmter Gruppen von Personen, die sich in besonderen physiologischen Umständen befinden und deshalb einen besonderen Nutzen aus der kontrollierten Aufnahme bestimmter in der Nahrung enthaltener Stoffe ziehen können,

oder

c) gesunder Säuglinge oder Kleinkinder.

2. sich für den angegebenen Ernährungszweck eignen und mit dem Hinweis darauf in den Verkehr gebracht werden, dass sie für diesen Zweck geeignet sind, und

3. sich aufgrund ihrer besonderen Zusammensetzung oder des besonderen Verfahrens ihrer Herstellung deutlich von den Lebensmitteln des allgemeinen Verzehrs unterscheiden.“

Aus der DiätV ergeben sich somit die folgenden Konsequenzen:

1. Die Gesamtwirkung des Lebensmittels ist rein nutritiv und sollte nicht pharmakologisch sein. Für pharmakologisch wirkende Stoffe und Zubereitungen gelten nicht ohne Grund die strenger Anforderungen des Arzneimittelgesetzes.

2. Die geforderte Eignung für die „besondere Ernährung“ muss nachweisbar sein, das bedeutet: Die Wirksamkeit (und damit Sinnhaftigkeit) des Lebensmittels sollte durch Interventionsstudien oder entsprechende Literaturdaten belegt sein.

Ein diätetisches Lebensmittel (ausgenommen Säuglingsanfangsnahrung, Folgenahrung und Beikost) darf nur die in Anlage 2 der DiätV aufgeführten Zusatzstoffe enthalten, sofern sie dazu bestimmt sind einem ernährungsphysiologischen oder diätetischen Zweck zu dienen. Auch müssen die hier festgelegten Höchstmengen berücksichtigt werden.

Studienlage

Der Vertreiber des diätetischen Lebensmittels bewirbt das Produkt mit Informationen, die im Internet gefunden werden können [2]. Hier gibt es weder Hinweise auf Interventionsstudien, noch werden solche zitiert. Auch andere Quellen, aus denen sich die Wirksamkeit für die Zielgruppe der ADHS-Patienten nachvollziehbar belegen lässt, sind nicht angegeben. Stattdessen erklärt der Hersteller selbst ADHS „als eine Stoffwechselstörung im Gehirn und Nervensystem (...), die insbesondere zu einem Ungleichgewicht bei den Botenstoffen Dopamin und Noradrenalin führt. (...) Auch ein Ungleichgewicht an dem Botenstoff Phenylethylamin (PEA) (...) kann festgestellt werden“ [3].

Zur Klärung eines Verdachts auf ADS/ADHS schlägt der Hersteller die Bestimmung spezieller klinisch-chemischer Untersuchungsprofile vor, die auf seinem „Neurotransmitter-II-Profil“ (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin, Serotonin, Glutamat und GABA) basieren

Tab. 1: Zusammensetzung des Präparates ADSPRO und Beurteilung der Inhaltsstoffe

Inhaltsstoff	Menge je Kapsel	Empfohlene Verzehrmenge	Beurteilung	Literaturreferenz
Phosphatidylcholin	90 mg	— 550 mg/Tag (für Erwachsene – Food and Nutrition Board, USA)	— = Lecithin — Abgespaltenes Cholin ist Baustein von Acetylcholin	Zeisel SH, Blusztajn JK Choline and human nutrition [5]
Rhodiola Rosea (Rosenwurz)	200 mg	Keine Quellen	— Nicht belegt anhand fundierter Quellen wie zum Beispiel Kommission E — Keine Untersuchungen zur Konzentrationsfähigkeit — Keine Untersuchungen zu schädlichen Wirkungen	BfR [6]
Taurin	130 mg	— 200 – 1.000 mg (für Erwachsene)	— Vom menschlichen Körper selbst produziert — Kein Nachweis der verbesserten Leistungsfähigkeit — Zugelassen laut DiätV zur Supplementierung bei Säuglingsnahrung — Überschüssiges Taurin soll über den Urin folgenlos ausgeschieden werden	— BfR [7-Diät-VO [1] — Stellungnahme DGE, „Sport und Ernährung“ [8]
L-Theanin	75 mg	Nicht belegt	— In Tierversuchen beruhigend — Gegenteil von Koffein — Unvollständige toxikologische Daten zu Mengeneempfehlungen	BfR [9]
Magnesium-Aminosäurechelate	12,5 mg	— 10 – 13 Jahre: 250 mg — > 13 – 15 Jahre: 300 mg	— Tagesbedarf unterschritten	DGE [10]
5-Hydroxytryptophan	25 mg	Keine Quellen	— Hydroxyliertes Derivat der Aminosäure Tryptophan — Möglicherweise Vorstufe des Gewebshormons und Neurotransmitters Serotonin	
Mucuna Pruriens (Inhaltsstoff 3,4-Dihydroxyphenylalanin, L-Dopa)	12,5 mg	Keine Quellen	— Keine Quellen	
Pyridoxinhydrochlorid (Vitamin B ₆)	10,2 mg	— 10 – 13 Jahre: 1,0 mg — >13 – 15 Jahre: 1,4 mg	— Tagesbedarf überschritten	DGE [11]
Cyanocobalamin (Vitamin B ₁₂)	6 µg	— 10 – 13 Jahre: 2,0 µg — >13 – Jahre: 3,0 µg	— Tagesbedarf überschritten	DGE [12]
Folsäure	100 µg	— 10 – 13 Jahre: 240 µg — >13 – 15 Jahre: 300 µg	— Tagesbedarf unterschritten	DGE [13]
Siliciumdioxid	Keine Angabe	Keine Angabe	— Galenisches Fließregulierungsmittel, bei Kapselherstellung von Vorteil; Lebensmittelzusatzstoff E551	Die Verbraucher Initiative e.V. [14]

BfR: Bundesinstitut für Risikobewertung; DGE: Deutsche Gesellschaft für Ernährung

und in einem Partnerlabor vorgenommen werden können [4]. Dabei wird im „zweiten Morgenurin“ außer den genannten Neurotransmittern auch die Konzentration von PEA (Phenylethylamin) und Histamin bestimmt. Im „ADS/ADHS plus-Profil“ wird außerdem die Bestimmung von Zink, Magnesium und Vitamin B₆ angeboten, da „ein entsprechender Mangel ebenfalls mit dem Auftreten der Aufmerksamkeitsdefizit-beziehungsweise Hyperaktivitätsstörungen in Verbindung zu stehen scheint“. Warum auch die Bestimmung von

Kryptopyrrol, Gliadomorphin und Casomorphin angeboten wird, wird nicht erklärt. Aktuelle ADHS-Studien sollen gehäuft Mikronährstoffdefizite belegen, „darunter auch ein Mangel an Niacin, Pyridoxin, Thiamin, Folat, Vitamin C und Omega-3-Fettsäuren.“ Zitate, durch die entsprechende Studien in der Literatur gefunden und nachgelesen werden könnten, werden in der Informationsbroschüre nicht angegeben.

Die Bestimmung der Katecholamine (Noradrenalin, Adrenalin, Dopamin) dient üblicherweise zur Diagnostik des

Phäochromozytoms, einem Tumor des Nebennierenmarks. Die Bestimmung von Katecholaminen erfolgt dann üblicherweise im 24-Stunden-Urin. Im Morgenurin sind die höchsten Konzentrationen der Neurotransmitter zu erwarten, wenn während der Nacht das Wasserlassen ausbleibt. In Abwesenheit eines Katecholamin-produzierenden Tumors wird man nur sehr niedrige Katecholaminkonzentrationen finden. Auf diese Weise wird durch die vorgeschlagenen Laboruntersuchungen der hypothetische Pathomechanismus für ADS/ADHS

Hier steht eine Anzeige.



erwartungsgemäß erfüllt, das heißt, die vorgeschlagenen Laboruntersuchungen werden mit hoher Zuverlässigkeit den Verdacht auf ADS/ADHS mit einem scheinbaren Mangel der untersuchten Neurotransmitter bestätigen.

Beurteilung der Inhaltsstoffe

Die Zusammensetzung des Präparates gibt **Tab. 1** wieder [1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14]. Dort sind auch die Mengen angegeben, die nach heutigem Stand der medizinischen Wissenschaft für die tägliche Aufnahme mit der Nahrung empfohlen werden. Die Bestandteile werden erläutert und ihr Wert für Körperfunktionen dargestellt.

Die enthaltenen Pyridoxinkonzentrationen überschreiten die empfohlene Verzehrmenge um das zehnfache, die Cyanocobalaminkonzentration ist verdreifacht in Bezug auf die empfohlene Verzehrmenge pro Tag. Toxische Effekte, unter anderem Neuropathien, zerebrale Konvulsionen, hypochrome Anämien und seborrhoische Dermatitis, sind jedoch erst ab einer Menge von über 2 g zu erwarten [15]. In der Wissenschaft werden bei jungen ADHS-Patienten Defizite bezüglich Omega-3-Fettsäuren, Magnesium sowie B-Vitaminen diskutiert. Die Charité bewirbt derzeit die PAD-Studie, bei der der Einfluss von B-Vitaminen, Omega-3-Fettsäuren, Zink und Magnesium auf den Zustand von ADHS-Patienten untersucht wird [16]. Von diesen Substanzen sind in dem Handelspräparat lediglich die B-Vitamine und Magnesium enthalten. Der Gehalt an B-Vitaminen ist eher zu hoch, was aber nach derzeit geltendem Stand der medizinischen Wissenschaft keine Probleme verursacht. Der Magnesiumgehalt erscheint wenig sinnvoll.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. rät von einer Taurin-Supplementierung ab, da es bis jetzt keine gut kontrollierten Studien zu einer positiven Wirkung von Taurin gibt und es durch die Einnahme von Taurin zu möglichen gravierenden unerwünschten Wirkungen, vor allem im Bereich des Gehirns, kommen kann [8].

Zur Bewertung von L-Theanin äußert sich das Bundesinstitut für Risikobewertung nur soweit, dass nicht genügend Daten vorliegen, um sowohl die er-

wünschte Wirkung als auch die unerwünschten Wirkungen zu beurteilen. Es wird zwar im Moment daran geforscht, ob L-Theanin eine Alternative für Ritalin darstellt, jedoch sollte aufgrund der mangelnden Daten von einer Theanin-Supplementierung abgeraten werden [9].

Fazit für die Praxis

Das Präparat ADSPRO® enthält eine Vielzahl von Vitaminen, Mineralstoffen, Neurotransmittern und Hormonen beziehungsweise deren biochemischen Vorstufen. Nach Meinung der Autoren ist die Zusammensetzung weder nach Art noch nach Menge belegt und somit willkürlich. Die von der DiätV geforderten Interventionsstudien oder entsprechende Literaturdaten, die die Wirksamkeit für die Zielgruppe belegen müssen, sind dem Anwender nicht zugänglich. Die Art und Weise, mit der das Präparat beworben wird, ist pseudowissenschaftlich.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Bianca Fay, Apothekerin
Carina Rothammer, Apothekerin
Sandra Unholzer, Apothekerin
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen
Klinische Pharmakologie am Lehrstuhl
mit Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
und
am Lehrstuhl für Pharmakologie und
Toxikologie der Universität Regensburg
Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg
E-Mail: ekkehard.haen@klinik.uni-regensburg.de
und
Institut AGATE gGmbH
Nelkenweg 10, 93080 Pentling
E-Mail: sekretariat@amuep-agate.de

Mit Diskussionsbeiträgen von Dr. med. Claus-Peter Ostermeier (Werneck), Prof. Dr. med. Eckart Rüther (München), Prof. Dr. rer. nat. Christoph Hiemke (Mainz), PD Dr. Christoph Dorn (Regensburg), Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen (Berlin), Dr. Philipp Holter (Regensburg), Alexandra Köppl (Regensburg)

Literatur

1. Diätverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. April 2005 (BGBl. I S. 1161), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 25. Februar 2014 (BGBl. I S. 218) geändert worden ist
2. <http://neurolab.eu/neurolab-produkte/adspro-2/>
3. ADS: Beschreibung des Herstellers Neurolab, unter: <http://neurolab.eu/anwendungsbereiche/adsadhs/> (abgerufen am 15.12.2015)
4. ADS: Beschreibung und Diagnose: Information des Herstellers Neurolab, unter: http://neurolab.eu/wp-content/uploads/2011/08/Neurolab_ADHS.pdf (abgerufen am 15.12.2015)
5. Zeisel S.H., Blusztajn J.K. (1994) Choline and human nutrition. *Annu Rev Nutr*; 14: 269-296
6. Klenow S., Latté K.P., Wegewitz U., Dusemund B., Pötting A., Appel K.E., Großklaus R., Schumann R., Lampen A.: „Risikobewertung von Pflanzen und pflanzlichen Zubereitungen“ in *BfR-Wissenschaft* (2012,1), unter: <http://www.bfr.bund.de/cm/350/risikobewertung-von-pflanzen-und-pflanzlichen-zubereitungen.pdf> (abgerufen am 15.12.2015)
7. Bundesinstitut für Risikobewertung: „Gesundheitliche Risiken durch den übermäßigen Verzehr von Energy Shots“ – Stellungnahme Nr. 001/2010 unter: http://www.bfr.bund.de/cm/343/gesundheitsliche_risiken_durch_den_uebermaessigen_verzehr_von_energy_shots.pdf (abgerufen am 15.12.2015)
8. Stellungnahme des DGE-Arbeitskreises „Sport und Ernährung“ (2001) : „Taurin in der Sporternährung“ in *Forschung, Klinik und Praxis*, 8, unter: <http://www.ernaehrung.de/aktuell/archiv/Taurin-Sport.php> (abgerufen am 15.12.2015)
9. Bundesinstitut für Risikobewertung: „Getränke mit isoliertem L-Theanin“ - Durch das BfR im August 2003 aktualisierte Stellungnahme des BgVV vom 5. Juni 2001, unter: http://www.bfr.bund.de/cm/343/getraenke_mit_isoliertem_l_theanin.pdf (abgerufen am 15.12.2015)
10. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.: „Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr – Magnesium“ unter: <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/magnesium> (abgerufen am 15.12.2015)
11. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.: „Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr – Vitamin B6 (Pyridoxin)“ unter: <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/vitamin-b6> (abgerufen am 15.12.2015)
12. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.: „Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr – Vitamin B12 (Cobalamine)“ unter: <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/vitamin-b12> (abgerufen am 15.12.2015)
13. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.: „Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr – Folat“ unter: <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/folat> (abgerufen am 15.12.2015)
14. Zusatzstoffe-online.de „Informationen zu Lebensmittelzusatzstoffen –Siliciumdioxid“ unter: http://www.zusatzstoffe-online.de/zusatzstoffe/235.e551_siliciumdioxid.html (abgerufen am 15.12.2015)
15. Aktories K., Förstermann U., Hofmann F., Starke K.(2009). *Repetitorium Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie* (2. Auflage). München: Elsevier GmbH
16. Charité Berlin – Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters: „Ernährungstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS - Die PAD-Studie“ unter: http://kjp.charite.de/forschung/adhs/omega_fettsaeuren/ (abgerufen am 15.12.2015)

Interpersonelle Psychotherapie – Teil 2

Schulung in IPT könnte ambulante Versorgung Depressiver verbessern

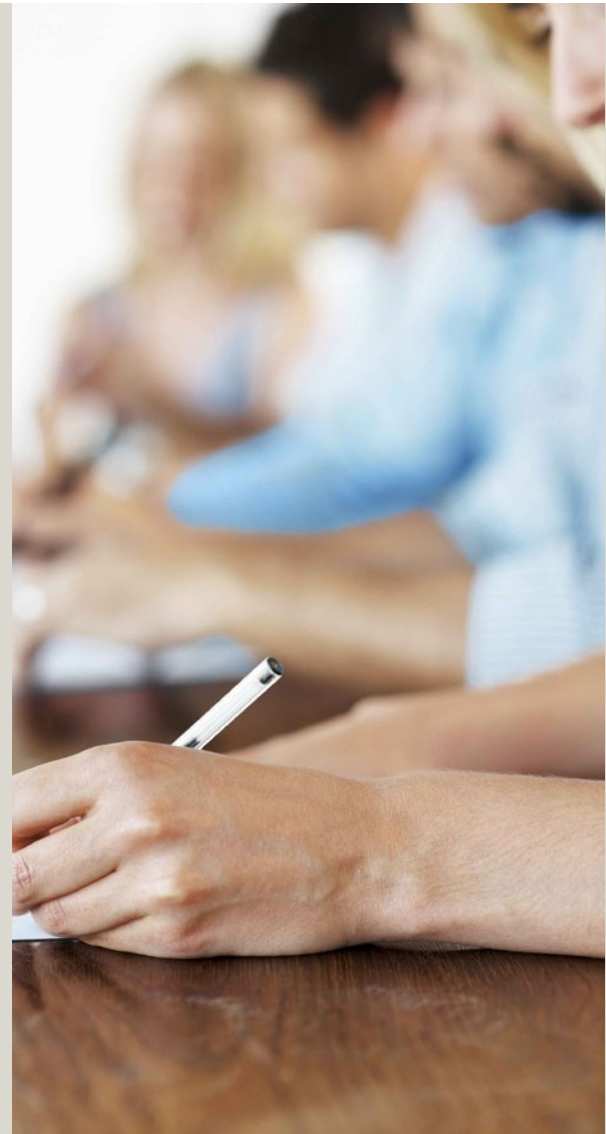
Obwohl die interpersonelle Psychotherapie (IPT) in allen nationalen Leitlinien als sehr effektiv bewertet wird, ist sie in Deutschland in der ambulanten Behandlung nahezu unbedeutend. Dabei gibt es gute Gründe, warum dieses Verfahren in der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine größere Bedeutung gewinnen sollte.

ECKHARD DANNEGGER, LÖRRACH, ELISABETH SCHRAMM, FREIBURG

Die IPT wird in den nationalen Versorgungsleitlinien zur unipolaren Depression empfohlen. Sie trägt als Therapieverfahren der komplexen Entstehung und dem Verlauf der Depression Rechnung. Sie ist geeignet und wirksam für die Akutbehandlung und für die Rezidivprophylaxe unipolarer episodischer Depression [1]. Die therapeutische Vorgehensweise bei der IPT wurde im Artikel von Schramm, Mehraein und Dannegger im NeuroTransmitter 2016; 27 (3) dargestellt.

Eine Kombination mit Antidepressiva hat sich dabei wirksamer erwiesen, als eine ausschließliche Psychotherapie oder alleinige Pharmakotherapie [1], vor allem was die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs, aber auch was die Verbesserung der sozialen Anpassung anbelangt. Die Medikamentencompliance wird ebenfalls positiv beeinflusst und Absetzeffekte der Medikation können abgemildert werden. Die überwiegende Mehrzahl depressiver Patienten (75 %) bevorzugt eine (zusätzliche) psychotherapeutische Behandlung, was eine besondere Bedeutung hat, da die Präferenz sich als hochrelevanter Moderator für Response nachweisen ließ [2]. Dennoch ist die IPT in Relation zu ihrer Effektivität in der ambulanten Versorgung fast bedeutungslos, sie wird nur in wenigen Fällen eingesetzt. Dabei gibt es gute Gründe, warum dieses Verfahren in der ambulanten psychiatrischen Versorgung eine größere Bedeutung gewinnen sollte.

Ein Curriculum ermöglicht die Ausbildung in der IPT der Depression.



© Jacob Wackerhausen / iStock / Thinkstock

Das subjektive Krankheitsverständnis von depressiven Patienten ist in der Phase der Erstmanifestation oft von persönlichem Defiziterleben (Versagensgefühle, Ängste, Überforderung) oder sozialer oder kommunikativer Hilflosigkeit (z. B. Burn-Out, Mobbing) geprägt. Psychophysiologische Aspekte werden am ehesten durch genetische Erklärungen (positive Familienanamnese) spontan von Patienten benannt, eine Transmitter-Störung als subjektives Ursachenmodell ist eher selten. Viele Patienten favorisieren eine psychotherapeutische Behandlung. Ohne zu wissen und von den primär aufgesuchten Ärzten zu erfahren, welche Therapieverfahren die besten Heilungschancen bringen, werden in der Regel aber nur diejenigen Therapien eingesetzt, die zeitnah zur Verfügung stehen und die die GKV finanziert. In vielen Regionen Deutschlands findet daher keine optimale leitliniengerechte Therapie depressiver Störungen statt.

Gut für die ambulante Therapie

Das Phasenmodell und der Kurzzeitcharakter in der IPT sind sehr gut für die ambulante Therapie geeignet. Nach einer systematischen Erhebung von Symptomen ist die Zuschreibung der Krankenrolle für Patienten oft hilfreich und sie erleben dies als Erleichterung sowie erste Ermutigung, soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Vor allem Patienten mit hohem Erwartungsdruck ihrer Umgebung an ihr „Funktionieren“ und einer geringen Akzeptanz der Umgebung für die depressive Störung profitieren von der Zuschreibung der Krankenrolle.

Systematische Erhebung und Exploration

Die systematische Symptomerhebung in Verbindung mit Informationsvermittlung zu Depressionen führen auch zu einem besseren Symptomverständnis und ermöglichen das Erarbeiten von Symptommanagement (z. B. gut möglich bei Schlafstörungen, Grübeln, Antriebsmangel, Konzentrationsminderung) idealerweise auch unter Einbezug von unterstützenden Bezugspersonen. Manche Patienten finden ansonsten in ihrer Umgebung wenig Verständnis für die krankheitsbedingten Defizite, vor allem wenn diese im appellativen Stil oder aber diffus von ihnen beschrieben wurden. Psychoedukation im Kontext mit Angehörigen schafft Abhilfe.

Die therapeutische Haltung in Phase 1 der IPT ist durch Ermutigung, Zuspruch, Unterstützung und Vermittlung von Hoffnung durch den Therapeuten gekennzeichnet. Das ist für alle Patienten hilfreich und wird von erfahrenen Kollegen ohnehin meist praktiziert. Dies als therapeutisches Agens zu verstehen, erhöht die Aufmerksamkeit für den Sinn und die Bedeutung einer solchen Haltung. Die systematische Erhebung und Exploration der interpersonellen Konflikte, Verluste und Belastungen, aber auch der Ressourcen ist für Patienten und Therapeuten wertvoll. Damit sind auch Einschätzungen über die allgemeinen kommunikativen Stärken oder Schwächen von Patienten möglich.

Die IPT hat ein klares und übersichtliches Konzept. Sie ist generell gut zu verstehen und leicht zu lernen. Für erfahrene Psychiater/Nervenärzte ist sie im Alltag schnell umsetzbar, psychotherapeutische Kenntnisse aus anderen Verfahren erleichtern das Verständnis und können integriert werden. Typische

Hier steht eine Anzeige.



Auslöser stehen bei der Exploration der Patienten zunächst im Fokus. Der Schwerpunkt der ärztlichen Anamnese wird durch IPT nicht wesentlich verändert, aber erweitert.

Manche depressiven Patienten sind so sehr an dysfunktionale Beziehungen gewöhnt, dass sie deren belastenden Charakter spontan nicht erkennen (wahrhaben wollen?) und es einer längeren Exploration der emotionalen Qualität ihrer wichtigsten Beziehungen bedarf. Auch bei erneuten Episoden der rezidivierenden unipolaren Depression sind für die Therapie durch eine aktuelle Analyse von Auslösern im interpersonellen Kontext wertvolle Erkenntnisse zu erwarten.

Ein wichtiges Element für die erste Therapiephase der IPT ist die „Psychoedukation“. Patienten werden über die Symptome aufgeklärt und erhalten Hilfe beim Symptommanagement. Eine umfassende Information dazu ist auch für Medikamentencompliance und für die Akzeptanz von Nebenwirkungen wichtig und nötig.

Ausbildung in einer Methode ohne Abrechnungsgrundlage?

Alle Fachärzte, die in der ambulanten Versorgung depressiver Patienten tätig sind, sollten psychotherapeutische Grundkenntnisse in effektiven Therapiemethoden erwerben. Die Vermittlung therapeutischer Skills und IPT-Strategien wären dazu hervorragend geeignet, sie sind auch bei anderen Störungen wie bipolaren Störungen oder PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) hilfreich. Die Phasenorientierung der IPT erleichtert zudem die Kooperation mit anderen Vor- oder Nachbehandlern. So könnte bei Beginn einer IPT in einer Klinik der dort identifizierte Fokus ambulant umfassender und damit wirkungsvoller weiter bearbeitet werden. Als schwierig erweist sich für Anfänger, dass sich nicht immer auf Anhieb ein Fokus finden lässt, oft sind mehrere Bereiche tangiert und Menschen mit schweren interaktionellen Defiziten und dadurch zunehmender sozialer Isolation weisen diese meist seit vielen Jahren auf.

Bei chronischen Entwicklungen oder nach längerem Verlauf sind umschriebene Auslöser nicht mehr leicht zu erkennen und dann sind auch andere Thera-

piestrategien (z. B. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP) oftmals besser geeignet.

Die Anwendung von IPT in der Gruppe ist nicht nur effizient, sondern auch sehr effektiv. Es liegt ein Kurzmanual vor [3], in dem die Inhalte der einzelnen Gruppensitzungen gut erörtert und mit Fallbeispielen versehen sind. Es eignet sich bestens als Grundlage für die konkrete Gruppenarbeit. Allerdings sind die Modalitäten zum Einsatz von Gruppentherapie generell im GKV-System so zeitaufwändig, dass Therapiegruppen im ambulanten Setting kaum stattfinden.

IPT-Curriculum

Das in Baden-Württemberg 2015 erstmals durchgeführte IPT-Curriculum (**Infobox**) für Fachärzte ist durch einen moderaten Zeiteinsatz gekennzeichnet. Der erste Teil, in dem die theoretischen Grundlagen vermittelt und im Rollenspiel eingeübt werden, umfasst 24 Unterrichtseinheiten und kann an zwei bis drei Tagen durchgeführt werden. Zur Einübung des Therapeutenverhaltens und zur Supervision der Therapiestunden sowie der darin eingesetzten Techniken kann der supervisorische Prozess im Face-to-face-Einzelkontakt, internetgestützt oder in einer Gruppe stattfinden.

Allgemeinärzte/IPC

Erfahrungen aus anderen Ländern legen nahe, dass auch Allgemeinärzte und andere im psychosozialen Versorgungsbereich tätige Betreuer depressiver Patienten (z. B. Sozialarbeiter) von einer IPT-Ausbildung sehr profitieren. Die Anwendung von IPC (Interpersonal Counseling) ist ebenfalls gut evaluiert [4], in angelsächsischen Ländern wird IPC als höher strukturierte und verkürzte Version schon in der Primärversorgung depressiver Patienten eingesetzt.

Fazit für die Praxis

Die IPT ist ein Therapieverfahren erster Wahl zur Psychotherapie unipolarer Depressionen und wird in vielen nationalen Leitlinien empfohlen. Dennoch wird sie in Deutschland im ambulanten Setting selten eingesetzt. Das ist nur durch Lobbyismus der Vertreter anderer Therapierichtungen und strukturelle Grundprobleme zu erklären.

Für eine flexiblere und trotzdem qualifizierte Versorgung depressiv Erkrankter wäre es sinnvoll, dass auch Berufsgruppen mit Expertise im neuropsychiatrischen Fachbereich (Psychiater, Nervenärzte) die Ermächtigung für die Anwendung einer effektiven Methode ohne eine vollständige Psychotherapieausbildung in einem Richtlinienverfahren erhalten könnten.

Die Anerkennung einer sehr gut evaluierten Methode wie IPT, die in allen nationalen Richtlinien einen hohen Empfehlungsgrad erhält, könnte die bekannten Versorgungsdefizite und die Effizienz in der ambulanten Versorgung depressiver Patienten erheblich verbessern.

Die Bedingung für ambulante Psychotherapie, eine Ausbildung in einem Richtlinienverfahren zur Behandlung aller psychischer Störungen ist ein Anachronismus. Ähnlich wie bei Führerscheinen, bei denen auch nicht mit einem Führerschein die Lizenz zum Fahren aller Kraftfahrzeuge erworben wird, sollten Methoden und störungsspezifische Verfahren leichter durch eine größere Gruppe von Experten angewendet werden. So erhalten nach Expertenbefragung (IQWiG 2011) nur etwa 10 % der depressiven Patienten in der Akutphase eine Psychotherapie. Zunehmend mehr Patienten, vor allem in ländlichen Regionen oder mit schweren Störungen (PTBS oder Borderline-Störungen) finden keinen Therapieplatz innerhalb des GKV-Systems. Eine Novelle bei der Bewertung und Aufnahme von Psychotherapieverfahren durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) in die Regelversorgung ist überfällig. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Eckhard Dannegger

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Basler Str. 81, 79540 Lörrach
E-Mail: praxis@dannegger-loerrach

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Literatur

1. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatr* 2011;168:581–92.
2. Kocsis JH, Leon AC, Markowitz JC, et al. Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *J Clin Psychiatry* 2009;70:354–361.
3. Schramm E, Klecha D. Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe. Stuttgart, Schattauer, 2010.
4. Weissman MM, Hankerson SH, Scorza P, et al. Interpersonal Counseling (IPC) for Depression in Primary Care. *Am J Psychother.* 2014;68(4): 359–383.

Neurologie in der Gravidität

Zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft

Schwangerschaften sind mit einem erhöhten Risiko für zerebrovaskuläre Erkrankungen assoziiert, die zu einem Anstieg der maternalen Morbidität und Mortalität führen können. Die Ursachen der neurovaskulären Komplikationen sind vielfältig und heterogen, aber im Zusammenhang mit den im Rahmen einer Schwangerschaft auftretenden physiologischen und hormonell-getriggerten signifikanten Veränderungen der Hämodynamik, der Hämostaseologie und des Metabolismus zu sehen.

SASKIA HANNAH MEVES, ESSEN, KERSTIN HELLWIG, BOCHUM



Die meisten Graviditäts-assoziierten zerebrovaskulären Komplikationen ereignet sich kurz vor der Entbindung oder in der frühen postpartalen Phase.

Die Rate von graviditätsassoziierten Schlaganfällen einschließlich ischämischer und hämorrhagischer Schlaganfall, Subarachnoidalblutung (SAB), zerebraler Sinus- und Venenthrombose (SVT) liegt geschätzt bei 25 bis 34 pro 100.000 Entbindungen [1, 2]. Dabei besteht eine deutliche Altersabhängigkeit mit Anstieg auf 58 pro 100.000 Entbindungen in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen und bis auf 90 pro 100.000 Entbindungen bei den über 40-Jährigen [2]. Der wesentliche Anteil von graviditätsassoziierten zerebrovaskulären Komplikationen ereignet sich kurz vor der Entbindung oder in der frühen postpartalen Phase [3, 4, 5, 6]. Eine Analyse von 9.135.755 graviditätsassoziierten Krankenhausbehandlungen zeigte das 11 % der Schlaganfälle während der Schwangerschaft, 41 % direkt peripartal und 48 % dann im weiteren Verlauf postpartal auftraten [5]. Das Schlaganfallrisiko ist in den ersten sechs Wochen postpartum sogar auf das Achtfache gesteigert [6, 7]. Obwohl ein Schlaganfall ein seltenes Ereignis im Rahmen einer Schwangerschaft ist, ist er mit einer erhöhten maternalen Mortalität verbunden. So ist ein von sieben maternalen Todesfällen (13,9 % [95 %-KI, Konfidenzintervall 12,6–15,3]) auf einen Schlaganfall zurückzuführen [8].

Pathophysiologie

In einer Schwangerschaft kommt es zu physiologisch signifikanten Veränderungen der Hämodynamik, der Hämostase sowie der Bindegewebs- und Gefäßstrukturen, um den Körper der Mutter an die Anforderungen der Schwangerschaft und der Entbindung anzupassen. Diese Veränderungen nehmen zum Ende der Schwangerschaft zu. Das deutlich erhöhte Schlaganfallrisiko in den Tagen nach der Entbindung wird in ursächlichem Zusammenhang mit der starken Abnahme des Blutvolumens und den hormonell getriggerten Veränderungen der Koagulabilität, Fibrinolyse und Gefäßwandveränderung gesehen [6]. Einen Überblick gibt die **Abb. 1**.

Hämodynamik

Der Gesamtwasserhaushalt ist um zirka 50 % gesteigert. Die kardiale Auswurfleistung, das Schlagvolumen und die Herzfrequenz steigen, um sich der Hypervolämie sowie dem vermehrten Bedarf für den Fetus und die Plazenta anzupassen. Zudem nimmt in den ersten Monaten der Schwangerschaft zunächst der periphere Gefäßwiderstand und hierdurch sekundär bedingt der Blutdruck ab. Unter der Entbindung steigen diese Parameter wieder an, um dann postpartal dramatisch abzufallen (**Tab. 1**) [9, 10]. Nach zirka sechs bis zwölf Wochen kommt es zu einer Normalisierung der Kreislaufparameter. Die Zunahme der venösen Compliance führt zu einer vermehrten

venösen Stase [9]. Zudem kommt es zu einer Linksverschiebung der zerebralen Autoregulation mit der Folge, dass bereits bei niedrigerem zerebralem Perfusionsdruck der zerebrale Blutfluss steigt [11]. Die zerebrale Autoregulation ist unter einer Ekklampsie aufgehoben, sodass der zerebrale Blutfluss mit höheren zerebralen Perfusionsdrücken linear ansteigt [11]. Als weiterer Effekt tritt ein Remodeling der parenchymalen Arteriolenwände des Gehirns mit Zunahme des Gefäßdiameters und Abnahme der Gefäßwanddicke auf, die für eine Ödembildung bei erhöhtem zerebralen Perfusionsdruck prädisponieren („leaky vessels“) [11, 12].

Hämostase

Eine normale Schwangerschaft ist von Veränderungen im koagulatorischen und fibrinolytischen System gekennzeichnet. Gerade zum Ende hin steigt die Konzentration der Gerinnungsfaktoren I, II, VII, VIII, IX, XII, XIII und des Willebrand-Faktors, die Protein-S-Aktivität sinkt [13, 14]. Hierdurch steigt auch die Bildung von Fibrinogen. Des Weiteren ist auch die fibrinolytische Aktivität, zum Beispiel in Form der tissue-Plasminogen-Aktivator (t-PA)-Aktivität, reduziert [13, 14]. Ziel der veränderten Hämostase ist es, den Blutverlust unter der Entbindung und der Plazentaablösung zu minimieren, das birgt aber auch die Gefahr eines erhöhten peripartalen Thrombembolierisikos. Die Blutkoagulabilität und die Fibrinolyse normalisieren sich bis zu drei Wochen nach der Entbindung [13].

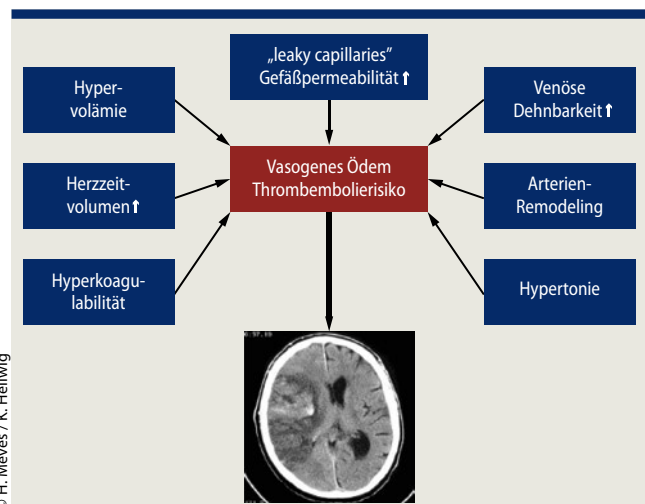


Abb. 1: Pathomechanismen für die Entstehung von Schlaganfällen im Rahmen einer Schwangerschaft.

Tab. 1: Veränderungen der Hämodynamik im Rahmen einer Schwangerschaft

Parameter	Veränderung während Schwangerschaft	Veränderung unter Entbindung	Veränderung postpartum
Blutvolumen	↑ 40 – 50 %	↑	↓ (Autodiurese)
Herzfrequenz	↑ 10 – 15 Schläge/min	↑	↓
Herzeitvolumen	↑ 30 – 50 %	↑ 50 %	↓
Blutdruck	↓ 10 mmHg	↑	↓
Schlagvolumen	↑ 1. + 2. Trimester; ↓ 3. Trimester	↑ (300 – 500 mL/Schlag)	↓
Peripherer Widerstand	↓ Durch periphere Vasodilatation	↑	↓

Tab. 2: Ursachen für ischämische und hämorrhagische Schlaganfälle in der Schwangerschaft

— Kardiale Embolien
— Gefäßdissektion
— Koagulopathie
— Präeklampsie/Eklampsie
— Zerebrale venöse Thrombose
— Reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom (RCVS)
— Vaskuläre Malformationen (arteriovenöse Malformation, Aneurysma, Kavernom)
— Andere (Fruchtwasseremboliesyndrom, Choriokarzinom, Sheehan's Syndrome)

Risikofaktoren

Neben den physiologischen Mechanismen gibt es noch weitere Faktoren, die das Schlaganfallrisiko von Schwangeren beeinflussen. So ist bei einem Alter der Schwangeren > 35 Jahren das Risiko für einen schwangerschaftsassozierten Schlaganfall um das Zweifache erhöht [5, 15]. Weitere signifikante Risikoerhöhungen bestehen bei der Präeklampsie und Eklampsie [5, 15], die über die Blutdruckerhöhung mit verschiedenen Schlaganfalltypen assoziiert sind. Neben den zerebralen Ischämien oder Hirnblutungen können im Rahmen einer Präeklampsie und Eklampsie andere Vaskulopathien wie das posteriore reversible Enzephalopathiesyndrom (PRES) und das reversible zerebrale Vasokonstriktionssyndrom (RCVS) auftreten [5, 15]. Weitere Risikofaktoren sind eine vorbestehende arterielle Hypertonie, Migräne, Herzerkrankung, Thrombophilie, Diabetes mellitus, systemischer Lupus erythematodes, Sichelzellenanämie, Postpartuminfektionen, Transfusionen etc. [5, 15].

Spezifische zerebrovaskuläre Syndrome und ihre Behandlung

Verschiedene Erkrankungen können ursächlich für einen graviditätsassozierten Schlaganfall sein (Tab. 2). Dabei können die verschiedenen Ursachen kombiniert vorhanden sein. Nachfolgend wird nur auf einige wichtige Erkrankungsbilder und Syndrome eingegangen, die sich als akute zerebrovaskuläre Ereignisse in der Schwangerschaft oder postpartal manifestieren können.

Prä-Eklampsie/Eklampsie

Die Präeklampsie/Eklampsie ist eine Multisystemerkrankung, die vor allem im letzten Drittel und in den ersten sechs bis acht Wochen postpartal auftritt [16]. Sie trägt erheblich zur Rate von Frühgeburten, intrauteriner Wachstumsretardierung sowie maternalen und fetalen Morbidität und Mortalität bei [16]. Die Präeklampsie/Eklampsie ist nicht nur mit einem erhöhten Risiko für einen graviditätsassozierten Schlaganfall verbunden, sondern auch mit kardiovaskulären Komplikationen in späteren Lebensabschnitten [6, 16, 17]. Eine Präeklampsie wird diagnostiziert, wenn ab der 20. Schwangerschaftswoche eine Blutdruckerhöhung von > 140/90 mmHg und Proteinurie > 0,3 g/24 Stunden Sammelurin auftreten. Klinische Symptome einer schweren Präeklampsie sind okzipitale/frontale Kopfschmerzen und Sehstörungen. Treten bei der Präeklampsie epileptische Anfälle auf, ist das als Eklampsie definiert und es liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor [16]. Ursächlich für den letalen Ausgang einer Eklampsie sind Hirnödeme, ischämische Hirninfarkte oder Hirnblutungen. Eine weitere lebensbedrohliche Sonderform der Präeklampsie stellt in zirka 10 % der Fälle das HELLP (Hemolysis, Elevated Liver function tests, and Low Platelets)-Syndrom dar, das zusätzlich mit vermehrter Fibrinablagerung und Thrombozytenaggregation einhergehen kann [18]. Ursachen für einen letalen Ausgang sind Schlaganfälle und Multiorganversagen [18]. Das HELLP-Syndrom tritt überwiegend bei Multipara auf und wird kurz vor und seltener innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Entbindung symptomatisch [1]. Klinisch können Kopfschmerzen und Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, rechtsseitige Oberbauchbeschwerden und Müdigkeit oder Abgeschlagenheit bestehen [19]. Hypertonie und Proteinurie als klinische Zeichen können fehlen [19].

Im Rahmen einer Präeklampsie/Eklampsie können das RCVS oder das PRES auftreten. Wesentliche Pathomechanismen, die zur Entwicklung beitragen, sind ein abnormer Anstieg des Gefäßtonus und eine Dysfunktion der Endothelzellen. Erstes verursacht die Erhöhung des Bluthochdrucks und stellt die Basis für entstehende Vasospasmen dar. Letzteres führt zu einer Instabilität des Gefäßtonus und einer erhöhten Permeabilität der Gefäßwände, die für die Entwicklung von parenchymalem Ödem und Proteinurie von Bedeutung sind [20]. Auf diese beiden Syndrome wird in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen. Die therapeutischen Maßnahmen einer Präeklampsie sind gerichtet auf die intensivierte Behandlung des Bluthochdrucks [16]. Möglicherweise muss auch eine vorzeitige Entbindung, zum Beispiel wie beim Vorliegen eines HELLP-Syndroms, erfolgen [16]. Magnesium-Sulfat wird zur Behandlung von epileptischen Anfällen bei Eklampsie empfohlen [16].

Posteriores reversibles Enzephalopathiesyndrom

Das PRES ist klinisch von sich subakut innerhalb von Stunden entwickelnden Sehstörungen, visuellen Halluzinationen, Desorientiertheit, Veränderungen der Vigilanz sowie dumpf-drückenden Kopfschmerzen gekennzeichnet. Zu Beginn der Symptomatik tritt zumeist ein epileptischer Anfall auf [21, 22]. Das Syndrom ist mit einer akuten arteriellen Hypertension, Präeklampsie/Eklampsie, Nierenerkrankung, Sepsis und Einnahme von Immunsuppressiva wie Ciclosporin assoziiert [21, 22]. Im Rahmen einer Schwangerschaft tritt es vor allen Dingen postpartal auf. Als Mechanismus wird ein „brain-capillary leak syndrome“ (zerebrale undichte Kapillaren) bei bestehender Hypertension, Flüssigkeitsretention oder Endothelschaden angesehen [21]. Auch wenn synonymhaft von einer hypertensiven Enzephalopathie gesprochen wird, kann ein PRES im Rahmen einer Schwangerschaft auch ohne eine akute Hypertension auftreten. Als Zeichen des vasogenen Hirnödems finden sich kernspintomografisch multifokale, zumeist symmetrische parieto-okzipitale Veränderungen in der T2- und FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery)-Wichtung (Spin-Echo mit vorgeschaltetem 180°-Puls, lange Inversionszeit zur Unterdrückung des Flüssigkeitssignals). Die Diffusionswichtung bleibt zumeist ohne pathologisches Signalverhalten, während hingegen in der ADC (apparenter Diffusionskoeffizient) eine Signalsteigerung besteht. Die ödematösen Veränderungen sind nicht nur auf den parietookzipitalen Bereich beschränkt, sondern können auch im vorderen Stromkreislauf nachgewiesen werden, so dass der Begriff der posterioren Enzephalopathie irreführend sein kann [21, 22, 23, 24]. Vasokonstriktion der zerebralen Gefäße lassen sich auch beim PRES nachweisen, sodass die Übergänge zum RCVS teils fließend sind und beide Syndrome zeitgleich vorhanden sein können [25]. Bei zirka 15 % der PRES-Fälle findet sich eine intrazerebrale Hämorrhagie [23].

Oberstes therapeutisches Ziel ist die Blutdruckregulierung und Anfallskontrolle. Grundsätzlich ist die vollständige Reversibilität des Syndroms innerhalb einiger Tage bis Wochen möglich. Letztlich ist die weitere Prognose jedoch von der intensivmedizinischen Kontrolle und vom Auftreten von Ischämien und Blutungen abhängig [22, 23].

Reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom

Das klinische Bild des RCVS (synonym: postpartale Angiopathie) manifestiert sich zumeist postpartal mit plötzlichem Donnerschlagkopfschmerz, Schreien, Weinen, Desorientiertheit, und häufig auch Übelkeit, Erbrechen, Photo- und Phonophobie [26]. Der Donnerschlagkopfschmerz kann wenige Minuten bis drei Stunden anhalten und tritt in mehreren Episoden pro Tag auf [26]. Fokale Defizite treten nur bei 10 % der Patientinnen auf und epileptische Anfälle sind im Vergleich zum PRES selten [26]. Zwei Drittel der schwangerschaftsassozierten RCVS treten eine Woche nach der Entbindung auf [26]. Bei einem Drittel kann eine Exposition mit adrenergen und serotonergen Substanzen wie zum Beispiel Vasokonstriktoren für epidurale Anästhesien oder postpartale Blutungen, Inhibitoren der Laktation oder eine antidepressive Medikation nachgewiesen werden [26]. Auch wenn häufig zusätzlich bei einer zugrunde liegenden Präeklampsie/Eklampsie ein PRES besteht, kann ein

RCVS im Rahmen einer Schwangerschaft auch ohne Präeklampsie/Eklampsie auftreten. Als Ursache für ein RCVS gilt eine gestörte zerebrale Autoregulation der Gefäße mit einer Überaktivität auf sympathische Reize [26, 27].

In der MR (Magnetresonanztomografie) zeigen sich perl schnurartige Stenosen oder multilokuläre Gefäßspasmen, kortikale Subarachnoidalblutungen, intrazerebrale Blutungen, Grenzzoneninfarkte und ein Hirnödem wie beim PRES. Zu beachten ist, dass es sich bei den kernspintomografischen Veränderungen um einen dynamischen Prozess handelt, sodass das initiale MRT (Magnetresonanztomografie) und Angiografie häufig normal sein können und somit eine Verlaufsbildgebung bei hochgradigem Verdacht auf ein RCVS erforderlich wird [26, 28]. Die transkraniale Doppler-/Duplexsonografie kann genutzt werden, um die weitere Entwicklung der Gefäßspasmen zu beurteilen. Die Gefäßwandveränderungen sind zumeist innerhalb von zwölf Wochen vollständig reversibel [26].

Es gibt verschiedene medikamentöse Therapieansätze mit Nimodipin, Verapamil oder Magnesiumsulfat, um die Vasospasmen zu behandeln [26]. Die weitere Prognose ist abhängig von der sekundären Entwicklung von Hirninfarkten und Hirnblutungen. Grundsätzlich wird eine Rückbildung der Symptome und Veränderungen innerhalb von Tagen bis Wochen erwartet, aber schwangerschaftsassoziert wird ein schlechteres Outcome und eine erhöhte Mortalität angenommen [26, 27].

Zerebrale Sinus- und Venenthrombose

Im Gegensatz zu den beiden oben aufgeführten Syndromen zeigt die SVT (zerebrale Sinus- und Venenthrombose) zwei Gipfel der Inzidenz im Zeitverlauf einer Schwangerschaft: im ersten Trimenon und dann am Ende des dritten Trimenons einschließlich der ersten fünf Wochen postpartum [29, 30]. Als Ursache wird für den ersten Gipfel die Manifestation einer bis dato nicht bekannten Thrombophilie und der zweite Gipfel peripartal dann aufgrund der oben aufgeführten prokoagulatorischen Effekte und Dehydration postpartal vermutet [23, 25]. Als weitere Risikofaktoren werden Kaiserschnitt, Hypertonie, Infektion und Hyperemesis gravidarum genannt [29, 31]. Klinisch stehen initial zumeist diffuse Kopfschmerzen mit einem Symptomprogress über Tage im Vordergrund. Bei 10 % der Fälle ereignen sich auch Donnerschlagkopfschmerzen [23, 32]. Im weiteren Verlauf können Krampfanfälle und fokale Symptome je nach Lokalisation der SVT auftreten.

In der bildgebenden Diagnostik stellt sich die initiale CCT (kraniale Computertomografie) häufig unauffällig dar, wobei eine CT-Venografie bereits weiteren Aufschluss über die Erkrankung geben kann. Kernspintomografisch lassen sich nicht arterielle Territorialinfarkte, Blutungen sowie in der MR-Venografie der intraluminale Thrombus darstellen [32]. Zur Behandlung einer SVT wird während einer Schwangerschaft die Antikoagulation mit niedermolekularem Heparin präferiert [33]. Da das Risiko einer erneuten SVT als niedrig angesehen wird, stellt eine SVT während einer Schwangerschaft keine Kontraindikation für weitere Schwangerschaften dar. Prophylaktisch kann eventuell eine Therapie mit niedermolekularem Heparin während einer späteren Schwangerschaft empfohlen werden [32, 34].

Dissektionen

Postpartale zervikale Dissektionen stellen ein sehr seltenes Ereignis dar und bisher sind in der Literatur nur 32 Fälle beschrieben [35, 36]. Hinsichtlich der Ursachen besteht derzeit noch Unklarheit. Ein Valsalva-Manöver unter der Geburt, Blutdruckspitzen und hormonell bedingte Gefäßwandveränderungen werden angenommen [35, 36]. Risikofaktor kann ein höheres Lebensalter der Mutter sein [35, 36]. Die postpartale Dissektion manifestiert sich öfter auch beidseitig und ist mit RCVS, PRES und SAB assoziiert [36]. Da postpartal Kopf- und Nackenschmerzen häufig sind, kann die Diagnosestellung einer Gefäßdissektion, bei der initial die Schmerzsymptomatik führend ist, erschwert sein [35]. Zusätzliche Symptome wie ein ipsilaterales Horner-Syndrom, Hirnnervenausfälle, Schmerzen retroorbital oder den zervikalen Nerven folgend erfordern daher prompt eine geeignete MR-Diagnostik [35]. Aufgrund der geringen Anzahl der beschriebenen Fälle sind weder sichere Aussagen zur Therapie wie Thrombozytenfunktionshemmer, Antikoagulation oder endovaskuläre Therapie noch zum Rezidivrisiko möglich [35].

Ischämische Hirninfarkte

Ischämische Hirninfarkte treten ebenfalls überwiegend im letzten Trimenon und postpartal auf [1, 3]. Neben Hyperkoagulabilität und kardiogenen Embolien (z. B. bei peripartaler Kardiomyopathie) als Ursachen sind sie häufig auch mit der Präeklampsie/Eklampsie oder dem RCVS assoziiert [23, 37]. Neben therapeutischen Allgemeinmaßnahmen auf einer Stroke Unit drängt sich bei Schwangeren die Frage nach der spezifischen Therapie auf, da eine Schwangerschaft eine relative Kontraindikation für eine Thrombolyse darstellt. Die vorhandene Literatur ist auf wenige Fallberichte über Thrombolyse in der Schwangerschaft beschränkt. Del Zotto et al. berichten in einer Literaturübersicht von 13 Thrombolyse (sechs intravenöse Thrombolyse, sieben intraarterielle Thrombolyse) bei Schwangeren. Als Komplikationen nennen sie einen Todesfall (sechste Schwangerschaftswoche, Dissektion nach Angioplastie), drei zerebrale Hämorrhagien von denen nur eine symptomatisch war, ein intrauterines Hämatom, zwei elektive Aborte und eine Fehlgeburt [37]. Danach wurden weitere Einzelfallberichte über erfolgreiche Thrombolyse bei ischämischen Hirninfarkten im Rahmen einer Schwangerschaft publiziert [38, 39, 40, 41]. Dennoch wird die Gabe von rt-PA (rekombinanter Plasminogenaktivator) in der Schwangerschaft kontrovers diskutiert [42, 43, 44]. rt-PA ist ein großes Molekül und passiert nicht die Plazenta [40]. Eine Teratogenität hat sich im Tiermodell bisher nicht gezeigt [42]. Die Thrombolyse wird auch bei anderen thromboembolischen Erkrankungsbildern wie zum Beispiel Lungenembolie angewandt, ohne dass sichere vermehrte Komplikationsraten gegenüber Nichtschwangeren dokumentiert wurden [45, 46]. Maternale hämorrhagische Komplikationen wurden bei 8 % der systemischen Thrombolyse beschrieben und in 5,8 % der Fälle kam es zum Abort [45]. Alternativ gibt es die Option der endovaskulären Thrombektomie, wobei gegen ein endovaskuläres Verfahren die Strahlenbelastung vor allem bis zur 18. Schwangerschaftswoche und eine vermehrte Gefäßvulnerabilität sprechen können [42, 43, 44]. Da es sich

bei graviditätsassoziierten zerebrovaskulären Ereignissen neben thromboembolischen Ereignissen um „Stroke mimics“ oder Ischämien bei Präeklampsie/Eklampsie, RCVS oder Fruchtwasseremboliesyndrom handeln kann, deren Ansprechen auf eine thrombolytische Therapie als eher gering einzustufen ist, ist die ätiologische Einordnung vor Thrombolysebeginn zur Minimierung der Risiken wichtig [42]. Letztlich handelt es sich um eine Einzelfallentscheidung und die Therapie kann nur als individueller Heilversuch unter Beachtung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses für Mutter und Kind, der Ätiologie, der Schwere des Erkrankungsbildes und ausführlicher Aufklärung der Patientin und/oder ihrer Angehörigen erfolgen. Wie auch die vorgenannten zerebrovaskulären Komplikationen ist zur optimalen Behandlung eines ischämischen Hirninfarktes ein multidisziplinäres Team aus Schlaganfallexperten, Intensivmedizinern, Gynäkologen und Neonatologen erforderlich.

Hinsichtlich der Einnahme von ASS 100 mg während einer Schwangerschaft gibt es verschiedene Leitlinien-Empfehlungen [46, 47]. Generell gilt, dass niedrig dosiertes ASS (50 bis 150 mg) im zweiten und dritten Trimenon gegeben werden kann. Bei Gabe im ersten Trimenon wird von einigen Autoren das Risiko einer Gastroschisis, Nierenfehlbildungen oder Spontanabortion diskutiert [48, 49]. Da ASS plazentagängig ist, könnte ASS die im ersten Trimenon stattfindende Organogenese stören [48]. Die hierzu durchgeführten Studien waren zumeist klein und werden methodisch bemängelt, sodass ASS theoretisch, wenn indiziert auch im ersten Trimenon gegeben werden kann [47, 48, 49]. Andererseits gibt es auch Studien, die den Nutzen einer niedrigdosierten ASS-Therapie in der Frühschwangerschaft beleuchten. Positiven Einfluss kann ASS in den ersten Wochen einer Schwangerschaft auf die Senkung des Präeklampsierisikos, der Rate von intrauterinen Wachstumsstörungen oder fetalen Tod nehmen [50]. Daher ist eine individuelle Abwägung des individuellen Risikos und des Nutzens bei Schwangeren erforderlich [47].

Intrazerebrale Blutungen

Intrazerebrale Blutungen sind genau wie ischämische Hirninfarkte seltene Ereignisse und treten überwiegend zum Ende der Schwangerschaft und peripartal auf [6, 23]. Im Gegensatz zu Nichtschwangeren ist die Prävalenz von intrazerebralen Blutungen bei Schwangeren der der ischämischen Hirninfarkte gleichzusetzen [6, 23]. Ebenfalls können sie mit der Präeklampsie/Eklampsie, dem PRES oder dem RCVS, aber auch mit Hypertonie und Diabetes mellitus assoziiert sein [23, 51, 52]. Zerebrale Aneurysmen und arteriovenöse Malformationen stellen weitere seltene Ursachen dar [23, 51, 52]. Für subarachnoidale Blutungen besteht keine sichere Häufung in der Schwangerschaft [53]. Neben intensivmedizinischem Monitoring richtet sich die weitere Therapie nach der Grunderkrankung. Die jeweilige Behandlung berücksichtigt die Ursachen beziehungsweise die zugrunde liegende Erkrankung in einem intensivmedizinischen Setting.

Bildgebung in der Schwangerschaft

Akute neurovaskuläre Erkrankungsbilder in der Schwangerschaft erfordern eine frühzeitige zerebrale Bildgebung. Eine

hierdurch erzielte frühe Diagnose ermöglicht eine prompte Therapieeinleitung und daraus folgend eine bessere Heilungschance. Unsicherheiten im klinischen Alltag bestehen hinsichtlich des möglichen Risikos oder von Folgeschäden für den Fetus (z. B. Teratogenität, Malformationen, Karzinogenese, mentale Retardierung) durch die radiologische Diagnostik. Bei cCT-Diagnostik bestehen die Bedenken hinsichtlich der Strahlenexposition und bei der MRT hinsichtlich der denkbaren Wirkung von hochfrequenten elektromagnetischen Feldern mit Erwärmung und des akustischen Geräusches [54, 55, 56]. Da nur wenig klinische Daten vorliegen, muss zur Wahl der geeigneten Methode eine Nutzen-Risiko-Beurteilung erfolgen. Um eine geeignete Methode und geeignete Sequenzen für die klinische Fragestellung auszuwählen und unnötige oder Doppeluntersuchungen zu vermeiden, ist ein interdisziplinärer Austausch der beteiligten Fachdisziplinen wie Neurologie, Radiologie, Gynäkologie und/oder Neonatologie empfehlenswert [23, 54, 55].

CT oder MRT

Auch wenn das Bestrahlungsrisiko durch eine cCT für den Fetus (da es sich außerhalb des Bildfeldes befindet) als gering eingeschätzt wird, ist die diagnostische Aussagekraft für die aufgeführten neurovaskulären Erkrankungen häufig nicht ausreichend [23, 54, 55, 56, 57]. Daher wird im Diagnostikalgorithmus bei Schwangeren die MRT-Bildgebung (**Abb. 2**) bevorzugt [23]. Bisher werden MRT-Untersuchungen mit $\leq 1,5$ Tesla in der Schwangerschaft als sicher angesehen [54, 55, 56, 57, 58]. Nach einigen Autoren kann aber der Einfluss der elektromagnetischen Felder auf die im ersten Trimenon stattfindende Organogenese nicht abschließend beurteilt werden, sodass auf eine MRT-Untersuchung bei elektiver Fragestellung in den ersten Monaten einer Schwangerschaft verzichtet werden sollte [54, 56].

Nur nach gründlicher Risiko-Nutzen-Analyse in dringlichen Fällen und sorgfältiger Aufklärung mit Einverständniserklärung könne eine MRT-Untersuchung in der Frühschwangerschaft erfolgen [54, 56, 59].

Kontrastmittel

Kontrastmittel sollten in der Schwangerschaft gemieden werden [54, 55, 56, 59]. Für intravenöses jodiertes Kontrastmittel konnte bisher keine Teratogenität nachgewiesen werden, aber durch seine Plazentagängigkeit kann es die Schilddrüsenfunktion des Neugeborenen beeinträchtigen [54, 55, 56, 59]. Nach parenteraler Applikation eines jodierten Kontrastmittels sollte das Neugeborene auf eine Hypothyreose innerhalb der ersten Lebenswoche kontrolliert werden.

Die Gabe von intravenösen MRT-Kontrastmitteln, die aus paramagnetischen Metallkomplexen bestehen, wird während der gesamten Schwangerschaft nicht empfohlen, da sie plazentagängig sind und in Tierversuchen teratogene Wirkungen gezeigt haben [54, 55, 56, 59].

Beide Substanzgruppen gelten in der Stillzeit als sicher, da sie beide nur zu einem geringen Anteil in die Muttermilch übertreten und dann zu einem noch geringeren Anteil vom Darm des Säuglings resorbiert werden [54, 55, 56, 59].



© Deutsche Schlaganfallhilfe / C. Pieschner / Zeitspiegel

Abb. 2 : Bei Schwangeren wird im Diagnostikalgorithmus die MRT-Bildgebung bevorzugt.

Fazit für die Praxis

Akute zerebrovaskuläre Erkrankungen im Rahmen einer Schwangerschaft treten zwar sehr selten auf, können dann jedoch verheerende Folgen haben. Sie sollten von einem interdisziplinären Behandlungsteam aus Neurologen, Gynäkologen, Radiologen und/oder Neonatologen im intensivmedizinischen/Stroke-Unit-Setting behandelt werden. Da es keine dezidierten Studien zu neurovaskulären Notfällen in der Schwangerschaft gibt, stellt die Behandlung von neurovaskulären Komplikationen im Rahmen einer Schwangerschaft häufig eine Einzelfallentscheidung unter Abwägung des Nutzen-Risikos-Verhältnisses dar. Eine sorgfältige Aufklärung der Patientin und/oder der Angehörigen sollte erfolgen. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORINNEN

PD Dr. med. Saskia Hannah Meves

Klinik für Neurologie, St. Josef-Krankenhaus Kupferdreh
Heidbergweg 22 – 24, 45257 Essen
E-Mail: saskia.m.meves@rub.de

PD Dr. med. Kerstin Hellwig

Klinik für Neurologie, St. Josef-Hospital Bochum,
Ruhr-Universität Bochum
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. S. Meves erklärt Referententätigkeit für Daiichi Sanyko und Beratertätigkeit für Boehringer Ingelheim.

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. Das gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

FIN: NT1604y2

gültig bis 28.04.2016

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/s15016-016-5396-8

Zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft

Zu welchem Zeitpunkt treten Schlaganfälle im Rahmen einer Schwangerschaft gehäuft auf?

- ☐ Post conceptionem
- ☐ Direkt nach der Nidation
- ☐ Erstes Trimenon
- ☐ Peripartal
- ☐ Gleichmäßig verteilt während der gesamten Schwangerschaft

Welcher hämodynamische Parameter sinkt in den ersten beiden Trimestern einer Schwangerschaft?

- ☐ Das Blutvolumen
- ☐ Das Herzzeitvolumen
- ☐ Der periphere Widerstand
- ☐ Das Schlagvolumen
- ☐ Die Herzfrequenz

Welche der folgenden Mechanismen begünstigen das erhöhte peripartale Schlaganfallrisiko?

- ☐ Abnahme des Blutvolumens und Veränderungen der Koagulabilität und Fibrinolyse
- ☐ Beschleunigung der arteriosklerotischen Prozesse
- ☐ Erhöhung der Lipidwerte
- ☐ Hypotonie
- ☐ Magnesiummangel

Welcher Faktor ist in der Schwangerschaft mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko assoziiert?

- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Höheres Lebensalter der Schwangeren
- ☐ Einnahme von Folsäure

- ☐ Kompressionsstrümpfe
- ☐ Schwimmen

Die Präeklampsie ist mit einem erhöhten Schlaganfallrisiko im Rahmen einer Schwangerschaft assoziiert. Wodurch ist die Präeklampsie klinisch definiert?

- ☐ Blutdruckerhöhung > 140/90 mmHg und Proteinurie > 0,3 g/24 h Sammelurin
- ☐ Blutdruckerhöhung > 170/100 mmHg und Proteinurie > 0,3 g/24 h Sammelurin
- ☐ Blutdruckerhöhung > 170/100 mmHg und Proteinurie > 1,3 g/24 h Sammelurin
- ☐ Blutdruckerhöhung > 140/90 mmHg und Proteinurie > 1,3 g/24 h Sammelurin
- ☐ Blutdruckerhöhung > 160/95 mmHg und Proteinurie > 0,8 g/24 h Sammelurin

Welche kernspintomografischen (MRT) Veränderungen bestehen typischerweise beim PRES (Posteriores reversibles Enzephalopathiesyndrom)?

- ☐ Vermehrte Kontrastmittelaufnahme der Meningen
- ☐ Multifokale, symmetrische parieto-okzipitale Veränderungen in der T2- und FLAIR-Wichtung
- ☐ Es zeigt sich typischerweise ein Normalbefund.
- ☐ Hyperintensitäten an der Balkenunterkante in der T2- und FLAIR-Wichtung
- ☐ Periventrikuläre Hyperintensitäten mit polkappenartiger Betonung in T2- und FLAIR-Wichtung

Vier Tage nach der Entbindung eines gesunden Kindes wird eine 36-jährige

Patientin aufgrund einer plötzlich aufgetretenen Verwirrtheit neurologisch vorgestellt. Welches klinische Begleitsymptom kann als diagnostischer Hinweis auf ein RCVS (reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom) gewertet werden?

- ☐ Nächtliche Schmerzen mit Parästhesien in einem Arm
- ☐ Leicht, dumpfdrückender, holocephaler Kopfschmerz
- ☐ Hohes Fieber mit petechialen Hauteinblutungen
- ☐ Besserung der Kopfschmerzsymptomatik unter körperlicher Aktivität
- ☐ Wiederholte Episoden eines ungewöhnlich heftigen Kopfschmerzes

Aufgrund einer akut aufgetretenen Hemisymptomatik rechts mit Verwirrtheit wird eine Schwangere im dritten Trimenon in einer neurologischen Notfallambulanz vorgestellt. Welche diagnostische Überlegung ist in dieser Situation angemessen?

- ☐ Auf die Erhebung von Kreislaufparametern wie Blutdruck, Herzfrequenz, Temperatur kann verzichtet werden, um rascher eine geeignete Therapie einzuleiten.
- ☐ Eine kraniale Computertomografie sollte als Bildgebung der Wahl erfolgen, da es sich schnell im Notfall umsetzen lässt.
- ☐ Eine native Magnetresonanztomografie ist zu bevorzugen, da gegenüber der kranialen Computertomografie differenzialdiagnostische Erkrankungen besser abgeklärt werden können.

- ☐ Um die Aussagekraft der Untersuchung zu erhöhen, sollte auf jeden Fall MRT-Kontrastmittel appliziert werden.
- ☐ Es handelt sich um eine gynäkologische Erkrankung, weshalb die Patientin in eine Abteilung für Gynäkologie verlegt werden muss.

Aufgrund einer seit einer Stunde bestehenden hochgradigen Hemiparese rechts und einer globalen Aphasie wird eine 31-jährige Schwangere im dritten Trimenon in einer neurologischen Notfallambulanz vorgestellt. Welche Aussage zur Thrombolyse trifft zu?

- ☐ Aufgrund des vergleichsweise jungen Alters der Schwangeren kann eine Thrombolysetherapie bedenkenlos durchgeführt werden.
- ☐ Eine große Anzahl von Studien untersuchte die Thrombolyseergebnisse bei schwangeren Patientinnen.
- ☐ Die Durchführung einer Thrombolyse in der Schwangerschaft stellt eine Einzel-

fallentscheidung und Off-Label-Indikation dar.

- ☐ Bei Schwangeren treten nur transitorische ischämische Attacken (TIA) auf, weshalb eine Thrombolyse nicht in Betracht kommt.
- ☐ Aufgrund der veränderten Hämodynamik muss die Thrombolyosedosis verändert werden.

Welche der folgenden medikamentösen Therapiemöglichkeiten bestehen in der Schwangerschaft?

- ☐ Eine Sinusvenenthrombose in einer Schwangerschaft sollte mit Marcumar behandelt werden.
- ☐ Von einer antihypertensiven Therapie des PRES (posteriores reversibles Enzephalopathiesyndrom) kann Abstand genommen werden, da sich nach der Entbindung der Blutdruck spontan normalisiert.
- ☐ Niedermolekulare Heparine sind keine Therapieoption bei Schwangeren.

- ☐ Von der Gabe von ASS sollte im Rahmen einer Schwangerschaft grundsätzlich Abstand genommen werden.
- ☐ Neben Nimodipin kann Magnesiumsulfat zur Behandlung von Vasospasmen beim RCVS (reversibles zerebrales Vaskonstriktionssyndrom) eingesetzt werden.

Bitte beachten Sie:

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



Top bewertet in der e.Akademie



Neurologie

- ▶ **Nerven- und Muskelultraschall in der Neurologie und Neurophysiologie**
aus: NeuroTransmitter 2/2016
von: A. Schramm
Zertifiziert bis: 15.2.2017
Medienformat: e.CME, e.Tutorial
- ▶ **Depression und Angst nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma**
aus: NeuroTransmitter 11/2015
von: W. Schupp
Zertifiziert bis: 12.11.2016
Medienformat: e.CME, e.Tutorial
- ▶ **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

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. Feske SK, Singhal AB. Cerebrovascular disorders complicating pregnancy. *Continuum* (Minneapolis). 2014;20:80-99.
2. James AH, Bushnell CD, Jamison MG, Myers ER. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol*. 2005;106:509-16.
3. Ros HS, Lichtenstein P, Bellocchio R, Petersson G, Cnattingius S. Increased risks of circulatory diseases in late pregnancy and puerperium. *Epidemiology*. 2001;12:456-60.
4. Feske SK, Klein AM, Ferrante KL. Clinical risk factors predict pregnancy-associated strokes. Posterpräsentation: International Stroke Conference, February, 2009 San Diego, CA.
5. James AH, Bushnell CD, Jamison MG, Myers ER. Incidence and risk factors for stroke in pregnancy and the puerperium. *Obstet Gynecol*. 2005;106:509-16.
6. Kittner SJ, Stern BJ, Feeser BR, Hebel R, Nagley DA, Buchholz DW, Earley CJ, Johnson CJ, Macko RF, Sloan MA, Wityk RJ, Wozniak MA. Pregnancy and the risk of stroke. *N Engl J Med*. 1996;335:768-74.
7. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MS. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med*. 2014;370:1307-15.
8. Foo L, Bewley S, Rudd A. Maternal death from stroke: a thirty year national retrospective review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;171:266-70.
9. Grear KE, Bushnell CD. Stroke and pregnancy: clinical presentation, evaluation, treatment, and epidemiology. *Clin Obstet Gynecol*. 2013;56:350-9.
10. Klein HH, Pich S. Physiologische Änderungen des Herz-Kreislauf-Systems in der Schwangerschaft. *Herz*. 2003;28:173-4.
11. Cipolla MJ. The adaptation of the cerebral circulation to pregnancy: mechanisms and consequences. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2013;33:465-78.
12. Faraci FM. Leaky vessels: how the brain deals with pregnancy under pressure. *J Appl Physiol*. 2011;110:305-6.
13. Bremme KA. Haemostatic changes in pregnancy. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2003;16:153-68.
14. Brenner B. Haemostatic changes in pregnancy. *Thromb Res*. 2004;114:409-14.
15. Hovsepian DA, Sriram N, Kamel H, Fink ME, Navi BB. Acute cerebrovascular disease occurring after hospital discharge for labor and delivery. *Stroke*. 2014;45:1947-50.
16. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2005;365:785-99.
17. Brown DW, Dueker N, Jamieson DJ, Cole JW, Wozniak MA, Stern BJ, Giles WH, Kittner SJ. Preeclampsia and the risk of ischemic stroke among young women: results from the Stroke Prevention in Young Women Study. *Stroke*. 2006;37:1055-9.
18. Treadwell SD, Thanvi B, Robinson TG. Stroke in pregnancy and the puerperium. *Postgrad Med J*. 2008;84:238-45.
19. McCrae KR. Thrombocytopenia in pregnancy. *Hematology*. 2010;2010:397-402.
20. Feske SK, Singhal AB. Cerebrovascular disorders complicating pregnancy. *Continuum* (Minneapolis). 2014;20:80-99.
21. Hinchey J, Chaves C, Appignani B, Breen J, Pao L, Wang A, Pessin MS, Lamy C, Mas JL, Caplan LR. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med*. 1996;334:494-500.
22. Fugate JE, Claassen DO, Cloft HJ, Kallmes DF, Kozak OS, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: associated clinical and radiologic findings. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:427-32.
23. Edlow JA, Caplan LR, O'Brien K, Tibbles CD. Diagnosis of acute neurological emergencies in pregnant and post-partum women. *Lancet Neurol*. 2013;12:175-85.
24. McKinney AM, Short J, Truwit CL, McKinney ZJ, Kozak OS, SantaCruz KS, Tekam M. Posterior reversible encephalopathy syndrome: incidence of atypical regions of involvement and imaging findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;189:904-12.
25. Singhal AB. Postpartum angiopathy with reversible posterior leukoencephalopathy. *Arch Neurol*. 2004;61:411-6.
26. Ducros A. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Lancet Neurol*. 2012;11:906-17.
27. Calabrese LH, Dodick DW, Schwedt TJ, Singhal AB. Narrative review: reversible cerebral vasoconstriction syndromes. *Ann Intern Med*. 2007;146:34-44.
28. Fugate JE, Ameriso SF, Ortiz G, Schottlaender LV, Wijndicks EF, Flemming KD, Rabinstein AA. Variable presentations of postpartum angiopathy. *Stroke*. 2012;43:670-6.
29. Cantu-Brito C, Arauz A, Aburto Y, Barinagarrementeria F, Ruiz-Sandoval JL, Baizabal-Carvallo JF. Cerebrovascular complications during pregnancy and postpartum: clinical and prognosis observations in 240 Hispanic women. *Eur J Neurol*. 2011;18:819-25.
30. Jaigobin C, Silver FL. Stroke and pregnancy. *Stroke*. 2000;31:2948-51.
31. Lanska DJ, Kryscio RJ. Risk factors for peripartum and postpartum stroke and intracranial venous thrombosis. *Stroke*. 2000;31:1274-82.
32. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, deVeber G, Ferro JM, Tsai FY; American Heart Association Stroke Council and the Council on Epidemiology and Prevention. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42:1158-92.
33. Yarrington CD, Valente AM, Economy KE. Cardiovascular Management in Pregnancy: Antithrombotic Agents and Antiplatelet Agents. *Circulation*. 2015;132:1354-64.
34. Mehraein S, Ortwein H, Busch M, Weih M, Einhäupl K, Masuhr F. Risk of recurrence of cerebral venous and sinus thrombosis during subsequent pregnancy and puerperium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74:814-6.
35. Kelly JC, Safain MG, Roguski M, Edlow AG, Malek AM. Postpartum internal carotid and vertebral arterial dissections. *Obstet Gynecol*. 2014;123:848-56.
36. Arnold M, Camus-Jacqmin M, Stapf C, Ducros A, Viswanathan A, Berthet K, Bousser MG. Postpartum cervicocephalic artery dissection. *Stroke*. 2008;39:2377-9.
37. Del Zotto E, Giossi A, Volonghi I, Costa P, Padovani A, Pezzini A. Ischemic Stroke during Pregnancy and Puerperium. *Stroke Res Treat*. 2011;606780.
38. Li Y, Margraf J, Kluck B, Jenny D, Castaldo J. Thrombolytic therapy for ischemic stroke secondary to paradoxical embolism in pregnancy: a case report and literature review. *Neurologist*. 2012;18:44-8.
39. Hori H, Yamamoto F, Ito Y, Hashimoto Y, Hirano T, Uchino M. [Intravenous recombinant tissue plasminogen activator therapy in a 14-week pregnant woman with embolic stroke due to protein S deficiency]. *Rinsho Shinkeigaku*. 2013;53:212-6.
40. Ritter ML, Schüler A, Gangopadhyay R, Mordecai L, Arowele O, Losseff N, O'Brien P, Dewan B. Successful thrombolysis of stroke with intravenous alteplase in the third trimester of pregnancy. *J Neurol*. 2014;261:632-4.
41. Ritchie J, Lokman M, Panikkar J. Thrombolysis for stroke in pregnancy at 39 weeks gestation with a subsequent normal delivery. *BMJ Case Rep*. 2015;2015.
42. Selim MH, Molina CA. The use of tissue plasminogen-activator in pregnancy: a taboo treatment or a time to think out of the box. *Stroke*. 2013;44:868-9.
43. Demchuk AM. Yes, intravenous thrombolysis should be administered in pregnancy when other clinical and imaging factors are favorable. *Stroke*. 2013;44:864-5.
44. Broderick JP. Should intravenous thrombolysis be considered the first option in pregnant women? *Stroke*. 2013;44:866-7.
45. Turrentine MA, Braems G, Ramirez MM. Use of thrombolytics for the treatment of thromboembolic disease during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 1995;50:534-41.
46. Leonhardt G, Gaul C, Nietsch HH, Buerke M, Schleussner E. Thrombolytic therapy in pregnancy. *J Thromb Thrombolysis*. 2006;21:271-6.
47. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, Fang MC, Fisher M, Furie KL, Heck DV, Johnston SC, Kasner SE, Kittner SJ, Mitchell PH, Rich MW, Richardson D, Schwamm LH, Wilson JA; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45:2160-236.
48. Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabalos AM, Vandvik PO; American College of Chest Physicians. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141:e691S-736S.
49. <https://www.embryotox.de/ass.html>

50. Roberge S, Nicolaides KH, Demers S, Villa P, Bujold E. Prevention of perinatal death and adverse perinatal outcome using low-dose aspirin: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41:491-9.
51. Leffert LR, Clancy CR, Bateman BT, Cox M, Schulte PJ, Smith EE, Fonarow GC, Schwamm LH, Kuklina EV, George MG. Patient Characteristics and Outcomes After Hemorrhagic Stroke in Pregnancy. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2015;8(6 Suppl 3):S170-8.
52. Bateman BT, Schumacher HC, Bushnell CD, Pile-Spellman J, Simpson LL, Sacco RL, Berman MF. Intracerebral hemorrhage in pregnancy: frequency, risk factors, and outcome. *Neurology.* 2006;67:424-9.
53. Kim YW, Neal D, Hoh BL. Cerebral aneurysms in pregnancy and delivery: pregnancy and delivery do not increase the risk of aneurysm rupture. *Neurosurgery.* 2013 Feb;72:143-9.
54. Mortimer AM, Bradley MD, Likeman M, Stoodley NG, Renowden SA. Cranial neuroimaging in pregnancy and the post-partum period. *Clin Radiol.* 2013;68:500-8.
55. Patel SJ, Reede DL, Katz DS, Subramaniam R, Amorosa JK. Imaging the pregnant patient for nonobstetric conditions: algorithms and radiation dose considerations. *RadioGraphics.* 2007;27:1705-22.
56. Wang PI, Chong ST, Kielar AZ, Kelly AM, Knoepp UD, Mazza MB, Goodsitt MM. Imaging of pregnant and lactating patients: part 1, evidence-based review and recommendations. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;198:778-8.
57. Buis N, Covens P, Nieboer K, Van Schuerbeek P, Devacht P, Eloit L, de Mey J. Dealing with pregnancy in radiology: a thin line between science, social and regulatory aspects. *JBR-BTR.* 2009;92:271-9.
58. Shellock FG, Crues JV. MR procedures: biologic effects, safety, and patient care. *Radiology.* 2004;232:635-52.
59. Kanal E, Barkovich AJ, Bell C, Borgstede JP, Bradley WG Jr, Froelich JW, Gilk T, Gimbel JR, Gosbee J, Kuhn-Kaminski E, Lester JW Jr, Nyenhuis J, Parag Y, Schaefer DJ, Sebek-Scoumis EA, Weinreb J, Zaremba LA, Wilcox P, Lucey L, Sass N; ACR Blue Ribbon Panel on MR Safety. ACR guidance document for safe MR practices: 2007. *AJR* 2007;188:1447-74.

Brivaracetam zur Zusatztherapie bei Epilepsie

Neue Therapieoption für Patienten mit unkontrollierten Anfällen

Am 14. Januar 2016 erhielt Brivaracetam – eine Weiterentwicklung aus der bewährten Wirkstoffklasse der SV2A-Liganden – die EU-Zulassung zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren mit Epilepsie. Bei geringer Inzidenz an Nebenwirkungen bewirkte es in Studien bei vielen der teils intensiv vorbehandelten Patienten eine deutliche Reduktion der Anfallshäufigkeit. Das gut mit anderen Pharmaka kombinierbare Antiepileptikum kann von vom ersten Tag an in therapeutischer Dosis gegeben werden, was die für viele Patienten schwierige Wartezeit bis zum Erreichen der optimalen Zieldosis verkürzt.

Unter der Behandlung mit dem ersten Antiepileptikum werden rund 50 % der neu diagnostizierten Patienten mit Epilepsie anfallsfrei (Abb. 1) [1]. Das nächste Antiepileptikum (als Monotherapie oder in Kombination mit dem ersten Präparat) sowie gegebenenfalls noch weitere Regime steigern den Anteil um knapp 20 %. Bei fast einem Drittel der Patienten lässt sich aber auch mit bis zu neun unterschiedlichen Regimen keine Anfallsfreiheit erzielen, berichtete Prof. Dr. med. Christian Bien, Bielefeld. Vergleiche man moderne Antiepileptika hinsichtlich Wirksamkeit und Nebenwirkungsraten miteinander, sei keine Substanz den anderen

eindeutig überlegen [2]. Was Eindosierungszeit, Kombinierbarkeit, zerebelläre und kognitiv-psychiatrische Verträglichkeit betreffe, hätten alle Substanzen ihre Vor- und Nachteile. „Und wir erhoffen uns, dass diese vier Parameter bei Brivaracetam besser sind als bei allem, was wir bislang kennen“, so der Neurologe.

Flexible Darreichungsformen und Dosierungen

Brivaracetam (Briviact®) steht in drei Formulierungen zur Verfügung [3]: als Filmtablette, als Lösung zum Einnehmen und als intravenöse Lösung. Die Filmtablette wird in den Dosisstärken 25, 50, 75 und 100 mg angeboten sowie 10 mg für die Abdosierung. Die Lösung zum Einnehmen steht in der Dosisstärke 10 mg/ml zur Verfügung. Eine Durchstechflasche mit 5 ml Injektions-/Infusionslösung enthält 50 mg des Wirkstoffs. Die verschiedenen Darreichungsformen seien sehr zu begrüßen, so Bien. Die parenterale Form kann für Patienten eingesetzt werden, die sich einer Operation unterziehen müssen oder auf der Intensivstation befinden. Die Lösung zum Einnehmen ist für Patienten mit Schluckstörungen vorteilhaft. Eine 1:1 Umstellung von Filmtabletten auf die intravenöse Applikationsform oder Lösung zum Einnehmen ist möglich. „Für uns Epileptologen sind die verschiedenen Dosierungsmöglichkeiten wichtig. Denn eine individuelle Anpassung wird in manchen Fällen erforderlich sein. Auch die 10-mg-Filmtablette wird in der Praxis benötigt. Ihr Einsatz wird für den Therapieausstieg empfohlen und kann in diesem

Fall beim Handling der Patienten sehr helfen“, erklärte Bien.

Hochselektive Bindung an SV2A

Brivaracetam ist die Weiterentwicklung des bewährten Wirkprinzips der SV2A-Bindung. Ein Vertreter dieser Wirkstoffklasse ist Levetiracetam. Im Gegensatz dazu bindet Brivaracetam selektiv an das synaptische Vesikelprotein 2A (SV2A), jedoch erfolgt keine Bindung an Ca^{2+} -Kanäle und AMPA-Rezeptoren [4]. Als integrales Membranprotein aller synaptischen Vesikel erfüllt SV2A nach dem aktuellen Kenntnisstand verschiedene Funktionen bei der Regulation der Neurotransmitterfreisetzung [5].

Geringes Interaktionspotenzial

Die Pharmakokinetik von Brivaracetam bezeichnete Dr. med. Stephan Arnold, München, als „einfach und überschaubar.“ Nach oraler Einnahme wird es schnell zu fast 100 % resorbiert [3]. Spitzenplasmaspiegel werden im Median innerhalb von einer Stunde (ohne Nahrung) bis drei Stunden (nach einer fettreichen Mahlzeit) erreicht. Die Plasmaproteinbindung ist mit $\leq 20\%$ gering. Gleiches gilt für das Interaktionspotenzial mit Proteinen des Cytochrom-P (CYP)-450-Systems, da Brivaracetam zu ca. 60 % CYP-unabhängig über Hydrolyse und nur zu ca. 30 % über CYP2C19 abgebaut wird. Die übrigen 10 % werden unverändert ausgeschieden. Pharmakologisch aktive Metabolite entstehen nicht. Starke Enzyminduktoren können die Brivaracetam (BRV)-Plasmaspiegel absenken, eine Dosisanpassung war in den Zulassungsstudien nicht erforderlich. Unter Rifampicin sollte eine Dosisanpassung erwogen werden, wegen einer BRV-Spiegelreduktion von 45 %. Bei Patienten ohne funktionales CYP2C19 stiegen die BRV-Plasmaspiegel um 42 %, allerdings ohne klinische Relevanz.

Brivaracetam hatte keinen Effekt auf die Plasmaspiegel anderer Antiepileptika (Ausnahme Phenytoin: Erhöhung um 20 % unter BRV 400 mg/Tag, welche über der zugelasse-

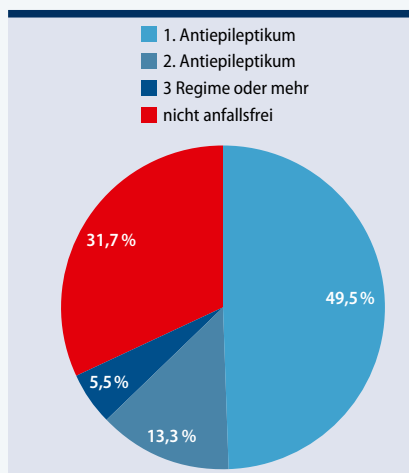


Abb. 1: Anteil der Patienten mit Epilepsie, bei denen sich mit dem ersten Antiepileptikum sowie (bei unzureichendem Ansprechen) mit nachfolgenden Regimen Anfallsfreiheit erzielen lässt (modifiziert nach [1])

nen Dosis von 200 mg/Tag liegt). Unter BRV 100 mg/Tag kam es zu keiner Interaktion mit oralen Kontrazeptiva (Ethinylestradiol 0,03 mg; Levonorgestrel 0,15 mg). Unter BRV 400 mg/Tag – das entspricht dem Zweifachen der zugelassenen Höchstdosis – kam es zu einer Absenkung von Östrogen (27 %) und Gestagen (23 %) ohne Beeinträchtigung der Ovulationshemmung [3].

Gepoolte Daten der Zulassungsstudien

Zulassungsrelevant waren drei multizentrische randomisierte, placebokontrollierte doppelblinde Phase-III-Studien mit 1.554 Patienten (ITT-Analyse) [6–8]. Nach einer prospektiven 8-wöchigen Baseline wurden die Patienten auf Placebo, BRV 50, 100 oder 200 mg/Tag ohne Aufdosierung eingestellt, gefolgt von einer 12-wöchigen Erhaltungsphase [6–8]. Durch die Weiterbehandlung im offenen Follow Up lassen sich inzwischen Behandlungsverläufe von acht Jahren überblicken [9].

In eine gepoolte Wirksamkeitsanalyse der drei Fixdosis-Studien gingen Daten der 1.160 Patienten ein, die Placebo bzw. 50, 100 oder 200 mg Brivaracetam täglich (verteilt auf zwei Einnahmedosen) erhalten hatten [10]. Patienten mit Levetiracetam in der Basistherapie wurden nicht berücksichtigt. Die Patienten hatten im Mittel seit 23 Jahren Epilepsie; die Anfallshäufigkeit war im Median 9 Anfälle in 28 Tagen [3]. 37,4 % waren mit fünf oder mehr Antiepileptika vorbehandelt. Häufigste begleitende Antiepileptika während der Studien waren Carbamazepin (41,0 %), Lamotrigin (25,5 %) und Valproat (22,9 %) [10].

Bessere Anfallskontrolle

Einer der primären Studienendpunkte war die Reduktion der Anfallshäufigkeit um mindestens 50 % während der Erhaltungsphase im Vergleich zur Baseline [10]. Dieses Ziel erreichten mit 100 mg täglich behandelte Patienten mit 39,5 % signifikant häufiger als jene der Placebogruppen mit 20,3 % ($p < 0,001$; **Abb. 2**). Unter 50 mg und 200 mg ergaben sich ≥ 50 %-Responderraten von 34,2 % bzw. 37,8 % ($p < 0,01$ bzw. $p < 0,001$ vs.

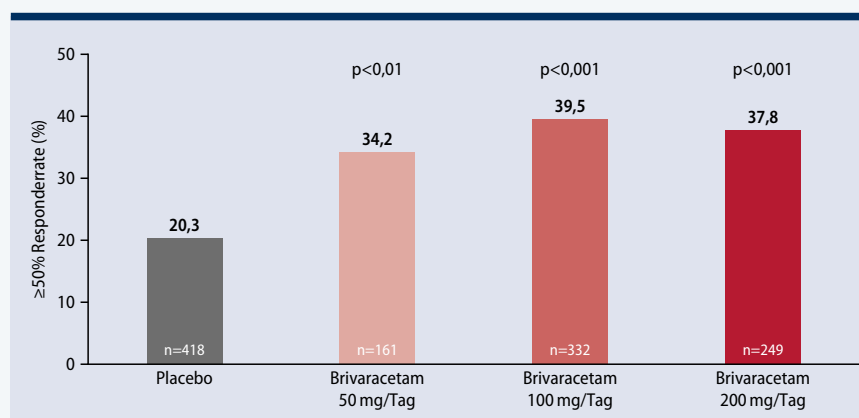


Abb. 2: Anteil der Patienten, bei denen sich unter Brivaracetam eine mindestens 50 %-ige Reduktion der Anfallshäufigkeit gegenüber Baseline erzielen ließ (mod. nach [10])

Placebo). 5,1 % der mit 100 mg Brivaracetam behandelten Patienten wurden anfallsfrei (Placebo: 0,5 %). „Auch bei Patienten mit langjähriger Medikationshistorie habe ich in der Praxis festgestellt, dass mit Brivaracetam in vielen Fällen eine verbesserte Anfallskontrolle und damit ein Zugewinn an Lebensqualität erzielt werden kann“, äußerte sich Arnold zu seinen eigenen Erfahrungen mit dem neuen Medikament. Hinsichtlich Wirksamkeit, Verträglichkeit und Interaktionspotenzial erwies sich Brivaracetam in den Zulassungsstudien als mit allen gängigen Antiepileptika kombinierbar. Lediglich bei gleichzeitiger Gabe von Levetiracetam zeigte sich kein zusätzlicher klinischer Nutzen [3]. Nach Levetiracetam-Versagen scheint ein solcher aber durchaus möglich [3, 8].

Günstiges Verträglichkeitsprofil

Brivaracetam wurde von den Patienten im Allgemeinen gut vertragen. Am häufigsten (≥ 10 %) unter den meist mild bis moderat ausgeprägten Nebenwirkungen waren Somnolenz (14,3 %) und Schwindel (11,0 %) [3]. Die Abbruchrate aufgrund von Nebenwirkungen war niedrig: 3,5 % bzw. 3,4 % bei Patienten, die 50 mg/Tag bzw. 100 mg/Tag Brivaracetam erhielten, im Vergleich zu 1,7 % unter Placebo.

Drei von 17 Patienten anfallsfrei

Prof. Dr. med. Hans-Beatus Straub, Bernau/Potsdam, und Kollegen aus der Epilepsiekli-

nik Tabor waren mit 17 Patienten an klinischen Studien mit Brivaracetam beteiligt. Es handelte sich um eine Gruppe schwer behandelbarer Patienten, da sie mit zwei bis zehn anderen Antiepileptika vorbehandelt waren und darunter nie anfallsfrei geworden sind. Bei sieben Patienten (41 %) ging die Anfallshäufigkeit um mindestens 50 % zurück, wobei drei Patienten vollkommen anfallsfrei wurden. Bei sechs Patienten blieb sie unverändert. Bei 13 Patienten (76 %) traten keinerlei Nebenwirkungen auf, bei den übrigen Schwindel, Müdigkeit oder Benommenheit als milde und temporäre unerwünschte Wirkungen. Therapieabbrüche wegen Nebenwirkungen gab es in dieser Patientengruppe nicht, berichtete Straub. Die Experten waren sich einig, dass die gute Verträglichkeit und die Einsatzmöglichkeit der therapeutischen Dosis ab Tag eins gerade für beruflich und familiär geforderte Patienten sehr vorteilhaft sind.

Literatur

1. Brodie MJ et al., Neurology 2012, 78: 1548–1554
2. Löscher W, Schmidt D, Epilepsia 2011, 52: 657–678
3. Fachinformation Briviact®, Stand (Januar 2016)
4. Gillard M et al., Eur J Pharmacol 2011, 664: 36–44
5. Lynch BA et al., Proc Natl Acad Sci U S A 2004, 101: 9861–9866
6. Ryvlin P et al., Epilepsia 2014, 55: 47–56
7. Biton V et al., Epilepsia 2014, 55: 57–66
8. Klein P et al., Epilepsia 2015, 56: 1890–1898
9. Shorvon S et al. The Treatment of Epilepsy. 4th Ed. © John Wiley & Sons, Ltd. 2016. p420
10. Quarato PP et al., 31. Internationaler Epilepsie-Kongress, Istanbul, Türkei, 5–9. September 2015, Poster p0851

Oppenheim-Förderpreis 2016

Für die diesjährige Ausschreibung des von Novartis ausgelobten Oppenheim-Förderpreises für Multiple Sklerose unter dem Motto „Multiple Sklerose – forschen und verstehen“ können noch bis zum 27. Mai 2016 Projektanträge eingereicht werden. Der Preis wird in den Kategorien „Präklinik“ und „Klinik“ verliehen und ist mit jeweils 50.000 € dotiert. Teilnahmeberechtigt sind alle wissenschaftlich tätigen akademischen Mitarbeiter oder Forschungsgruppen an Universitäten und vergleichbaren Institutionen in Deutschland, sofern die Antragsteller nicht älter als 40 Jahre alt sind und noch keinen Professorenruf erhalten haben. Die Preisträger werden in einem zweistufigen Prozess durch einen unabhängigen wissenschaftlichen Beirat und anschließend durch das Expertenkuratorium ermittelt. Ausführliche Informationen und die Unterlagen zur Einreichung sind im Internet verfügbar unter: www.wissenschaftundms.de.

Nach Informationen von Novartis

Neue Praxisleitfäden zu Sozialleistungen

Die neuraxWiki-Praxisleitfäden geben einen Überblick über Leistungsansprüche, die Patienten und ihre Angehörigen gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse, der Rentenversicherung und anderen Sozialleistungsträgern haben. Bisher sind vier Praxisleitfäden zu den Indikationen Demenz, Depression, Schmerz und Tinnitus/Schwindel erschienen. Neben Verhaltenempfehlungen für den Alltag finden der Arzt und seine Mitarbeiter darin auch wichtige Adressen und Anlaufstellen sowie eine Checkliste zu allen relevanten Leistungen der jeweiligen Indikation. Tipps und wichtige Hinweise verdeutlichen, welche Infos für Patienten besonders nützlich sind. Da diese Leistungen laufend Änderungen unterliegen, bietet neuraxWiki regelmäßig Aktualisierungen zu den bestehenden Leitfäden an. Praxen, die bereits Praxisleitfäden erhalten haben, können die Aktualisierungsflyer kostenfrei bestellen und Praxen mit Interesse an einem der bereits erschienenen Praxisleitfäden bestellen diese samt Aktualisierung über: info@neuraxFoundation.de. Alle Leitfäden und Aktualisierungsflyer finden Sie auch kostenlos zum Download auf www.neuraxWiki.de.

Nach Informationen von neuraxpharm

Motorik und Lebensqualität bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson

➔ Die L-Dopa-Pumpentherapie (Duodopa®) kann beim frühen fortgeschrittenen Morbus Parkinson nach den Ausführungen von Professor Paul Lingor, Universitätsmedizin Göttingen, Spätkomplikationen der oralen Therapie wie Dyskinesien oder Off-Phasen deutlich bessern. In einer prospektiven, doppelblinden Studie mit 66 Patienten (Alter 64,1 Jahre), die trotz optimierter Pharmakotherapie an motorischen Fluktuationen litten, wurde beispielsweise innerhalb von zwölf Wochen unter der Levodopa-Infusion im Vergleich zu Levodopa-Tabletten die durchschnittliche Zeit im „Off“ gegenüber Studienbeginn signifikant stärker reduziert (–4,04 vs. –2,14 Stunden/Tag, $p=0,0015$) [Olanow CW et al. *Lancet Neurol* 2014; 13 (2): 141–9]. Zugleich nahm die durchschnittliche Zeit im „On“ ohne beeinträchtigende Dyskinesien signifikant stärker zu (+4,11 vs. +2,24 Stunden/Tag, $p=0,0059$). Zudem verbesserte sich unter der Infusion die Lebensqualität, gemessen anhand des 39-item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39), gegenüber Studienbeginn signifikant stärker als unter den Tabletten ($p < 0,05$).

In einer offenen Nachbeobachtung über 54 Wochen erhielten alle Patienten die Levodopa-Infusion. Hierbei zeigte sich eine

dauerhaft gute Wirksamkeit [Slevin JT et al. *J Parkinsons Dis* 2015; 5 (1): 165–74]. Teilnehmer, die ursprünglich die orale Therapie erhalten hatten, schienen laut Lingor etwas schlechter abzuschneiden. Die Unterschiede seien jedoch nicht signifikant, so dass dies künftig noch näher untersucht werden müsse, ergänzte er.

Nach Ansicht von Professor Wolfgang Jost, Parkinson-Klinik Ortenau, sollten die nicht oralen Folgetherapien, zu denen die L-Dopa-Pumpentherapie gehört, nicht zu lange hinausgezögert werden. Der Patient könne dann nicht mehr im vollen Ausmaß profitieren oder die Therapien womöglich aufgrund von Kontraindikationen nicht mehr erhalten, so seine Begründung. Er erwägt eine nicht orale Folgetherapie, wenn die Erkrankung mit einem zumutbaren oralen Therapieregime nicht ausreichend zu kontrollieren ist und Dyskinesien oder Off-Phasen auftreten. Jost empfahl, insbesondere junge Patienten bereits früh über die nicht oralen Therapien aufzuklären, um ihnen ausreichend Zeit zu geben, sich hierauf vorzubereiten.

Petra Eiden

Forum zur Therapie des fortgeschrittenen Morbus Parkinson, Kassel, 12. – 13.2.2016, Veranstalter: AbbVieDeutschland

MS – Vielfalt der Möglichkeiten nutzen

➔ Dank der Vielfalt möglicher MS-Medikamente ist man bei der MS-Therapie nicht mehr „auf Gedeih und Verderb“ auf eine Therapieoptionen festgelegt, stellte Professor Ralf Gold, Direktor der Neurologischen Klinik, St. Josef Hospital, Ruhr-Universität Bochum, fest. Modifikationen, Umstellungen und Therapieoptimierungen sind möglich, und individuelle Patienteninteressen können berücksichtigt werden. Für Patienten, die eine wirksame orale Therapieform bevorzugen, und auch insbesondere für MS-Patientinnen mit Kinderwunsch, kommt Dimethylfumarat (DMF, Tecfidera®) infrage.

Aktuelle 6-Jahres-Daten der ENDORSE-Studie zu DMF belegen eine reduzierte Krankheitsaktivität bei schubförmig remittieren-

der Multipler Sklerose (RRMS) über sechs Jahre – unabhängig davon, ob die Patienten neu diagnostiziert oder mit immunmodulatorischen Therapien vorbehandelt waren. Die Langzeitstudien belegen somit auch anhaltende Effekte hinsichtlich Schubrate und Behinderungsprogression. Bereits 2002 zeigte eine Studie die Korrelation zwischen Läsionslast und Krankheitsverlauf auf [Brex PA et al. *N Engl J Med* 2002; 346: 158–164]: Je geringer die T2-Läsionslast in den ersten fünf Jahren der Erkrankung ist, desto günstiger ist der Langzeitverlauf über 14 Jahre gemessen an der Behinderungsprogression (EDSS). Dies ist ein weiteres Argument für DMF, denn Daten der ENDORSE-Studie zeigen: Eine kontinuierliche DMF-Therapie hält die T2-Läsionslast über sechs

Jahre gering [Arnold DL et al. ECTRIMS 2015; Poster P566] und diese anhaltend niedrige Läsionslast unter DMF spiegelt sich im EDSS wider [Hutchinson M et al. ECTRIMS 2015; Poster P543]. Die Langzeitsicherheitsanalyse ist mit Ausnahme der sehr seltenen Fälle einer PML weiterhin günstig. Um eine Lymphopenie und damit das PML-Risiko umgehend zu erkennen, sollten die Lymphozytenzahlen gemäß der Fachinformation regelmäßig alle drei Monate kontrolliert werden.

Eine Verlängerung des Follow-ups der ENDORSE-Studie (bisher zwei Jahre DEFINE/CONFIRM, vier Jahre ENDORSE) auf acht Jahre ist geplant, kündigte Gold an. Das entspräche dann einer zehnjährigen Erfahrung mit DMF mit etwa 10 Millionen Patienten Jahren.

Dr. Carin Szostecki

Pressekonferenz Zwei Jahre Tecfidera® – Veränderung der Therapiestandards der RRMS, München, 23.2.2016; Veranstalter: Biogen

ADHS: Alternative zu Stimulanzien mit neuem Wirkansatz

Seit dem 15. Januar 2016 erweitert Guanfacin retard (Intuniv®) das Spektrum der ADHS-Therapeutika in Deutschland. Der α_2A -adrenerge Rezeptor-Agonist ist zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen, für die eine Therapie mit Stimulanzien nicht infrage kommt, unverträglich ist oder sich als unwirksam erwiesen hat. Guanfacin ist kein Stimulans und daher nicht BtM-pflichtig. Die Substanz wirkt postsynaptisch auf die α_2A -Rezeptoren im noradrenergen System und

verbessert dadurch die Signalübertragung im Gehirn (Abb. 1). Aufgrund des deutlich unterschiedlichen Wirkprinzips stelle Guanfacin eine echte Alternative zu den bisherigen Behandlungsmöglichkeiten dar, betonte Professor Michael Huss, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Rheinischen Fachklinik Mainz. Guanfacin retard führte in klinischen Studien innerhalb von drei Wochen zu einer signifikanten Verbesserung der ADHS-Kernsymptomatik. Da es zu einer anhaltenden 24-Stunden-Wirkung kommt, kann das Medikament einmal täglich entweder morgens oder abends eingenommen werden.

Das Sicherheitsprofil von retardiertem Guanfacin wurde bei über 2.400 Patienten dokumentiert. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Somnolenz, Kopfschmerzen, Müdigkeit sowie Oberbauchschmerzen und Sedierung. Herzfrequenz und Blutdruckparameter sollten regelmäßig kontrolliert werden, da es unter dem Wirkstoff zu einer Senkung des Blutdrucks kommen kann.

„Die Therapieerfahrung zeigt, dass wir mit Guanfacin retard bestimmte ADHS-Patienten besser behandeln können als mit den bisher verfügbaren Optionen“, so Dr. Karl Reitzle, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in München. Mit Blick auf die Lebensqualität und Adhärenz strebe er immer eine Monotherapie mit Einmalgabe an. Mit retardiertem Guanfacin sei dies nun bei mehr Patienten möglich.

Gudrun Girrback

Expertengespräch „ADHS-Therapie im Wandel – neue Möglichkeiten mit Intuniv®“, Bonn, 26.2.2016; Veranstalter: Shire Deutschland

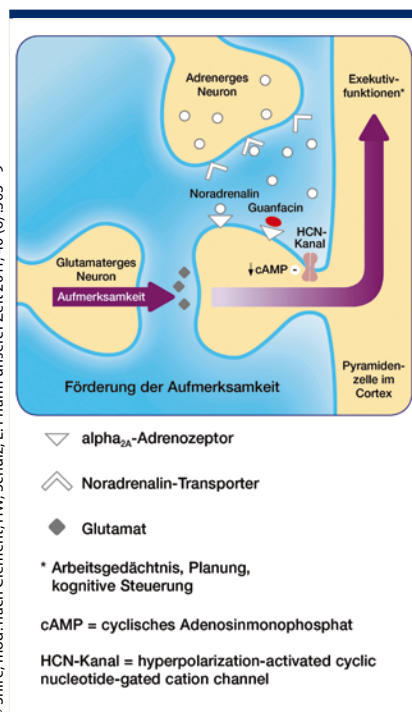


Abb. 1: Wirkmechanismus von Guanfacin.

Opiatsubstitution

Zur Behandlung opiat-/opioidabhängiger Patienten im Rahmen der Substitutionstherapie steht die L-Polamidon®-Tablette in den Wirkstärken 5 und 20 mg zur Verfügung. Sie ist eine Ergänzung zur L-Polamidon®-Lösung, beide Formulierungen enthalten den Wirkstoff Levomethadon. Take-Home-Patienten profitieren vom vereinfachten Handling der Tabletten.

Nach Informationen von Sanofi

Diabetische Neuropathie

Laut der PROTECT-Studie [Ziegler D et al. J Diabetes Complications 2015; 29: 998 – 1002] besteht bei über 50 % der Typ-2-Diabetiker ein Neuropathieverdacht. Zwei Drittel von ihnen wussten vorher nichts davon. Mit der Aufklärungsinitiative „Diabetes! Hören Sie auf Ihre Füße?“ informiert Wörwag zusammen mit der Deutschen Diabetes Stiftung über die diabetische Neuropathie, um deren Früherkennung bei Diabetikern zu fördern.

Nach Informationen von Wörwag Pharma

Mehr Lebensqualität für Parkinson-Patienten

Mit Safinamid (Xadago®) steht seit Mai 2015 eine hocheffektive und gut verträgliche Medikation mit einem gänzlich neuen pharmakologischen Wirkprinzip für die Add-on-Therapie von Patienten im mittleren bis späten Stadium der Parkinson-Erkrankung zur Verfügung. In den zulassungsrelevanten klinischen Studien verbesserte Safinamid als Begleittherapie zu L-Dopa die motorischen Symptome, verlängerte die tägliche Zeit im On und erhöhte die Lebensqualität auch in der Langzeitanwendung.

Nach Informationen von Zambon

Exklusiver AOK-Partner

Die Glenmark Arzneimittel GmbH erhält bei der Ausschreibung der AOK den exklusiven Zuschlag für die Wirkstoffe Riluzol (Glentek) und in Bietergemeinschaft für Pramipexol (Glepark) für die Vertragslaufzeit vom 1.4.2016 bis 31.3.2018.

Nach Informationen von Glenmark

Einmal monatliche Therapie bei Schizophrenie

Paliperidonpalmitat kann die soziale Funktionsfähigkeit verbessern

Ob Ausbildung, Berufswahl oder Familienplanung: Patienten mit Schizophrenie befinden sich bei Krankheitsbeginn oft in einer entscheidenden Lebensphase [1]. Ein wesentliches Ziel der Therapie besteht deshalb darin, das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Rückfälle zu verhindern. Einen hohen Stellenwert im Rahmen der Rezidivprophylaxe haben langwirksame atypische Antipsychotika wie Paliperidonpalmitat, das die psychosoziale Kompetenz der Patienten nachweislich verbessern und ihre Zufriedenheit mit der Therapie im Vergleich zu oralen Antipsychotika steigern kann [2,3].

Neben psychosozialen Therapien ist die Langzeittherapie mit Antipsychotika eine der Hauptstützen zur Rezidivprophylaxe bei Patienten mit Schizophrenie [1]. Dabei sind langwirksame Antipsychotika wie Paliperidonpalmitat (Xeplion®) besonders gut geeignet, um eine kontinuierliche Medikation sicherzustellen und so die Chance auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der psychosozialen Funktionsfähigkeit zu erhöhen [1]. In der 6-monatigen prospektiven, offenen Phase-IIIb-Studie PALMFlexS (Paliperidone Palmitate Flexible Dosing in Schizophrenia) wurde die Wirksamkeit der einmal monatlichen Therapie mit fle-

xiblen Dosen von Paliperidonpalmitat bei verschiedenen Patientengruppen untersucht [2]. Behandelt wurden unter anderem 593 Patienten mit Schizophrenie, die auf die Vortherapie mit oralen Antipsychotika nur unzureichend angesprochen hatten.

Psychosoziales Funktionsniveau auf allen Ebenen gebessert

Nach der Umstellung auf Paliperidonpalmitat verbesserte sich zum Endpunkt im Vergleich zu Baseline bei 64 % aller Patienten die Symptomatik im PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)-Gesamt-score um

mindestens 20 % (primärer Endpunkt) und bei 30,4 % um mindestens 50 %. Mit dem Mini-ICF-APP (Mini International Classification of Functionality, Disability and Health Rating for Activity and Participation Disorders in Psychological Illness)-Score wurde das körperliche und psychosoziale Funktionsniveau erfasst: Von Studienbeginn bis zur letzten Untersuchung verbesserten sich der Gesamtscore und alle 13 Einzeldomänen – darunter Planung und Strukturierung von Aufgaben, Kontaktfähigkeit zu Dritten – signifikant ($p < 0,0001$ für alle Bereiche, Abb. 1).

Hohe Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Paliperidonpalmitat-Therapie war einer der Endpunkte der 6-wöchigen nicht-interventionellen Studie HOSPipalm (HOSPital Use of Paliperidone Palmitate: A Prospective Non-Interventional Study) [3]. Studienteilnehmer waren 371 Patienten, die wegen einer psychotischen Exazerbation hospitalisiert werden mussten. War eine Behandlung mit Paliperidonpalmitat nach Ansicht des Studienarztes für die Patienten von Nutzen, wurde diese innerhalb von drei Wochen nach Hospitalisierung begonnen. Die Einstellung erfolgte nach Entaktualisierung schon sehr schnell nach Aufnahme in die Klinik, im Durchschnitt nach 9,4 Tagen [3]. 96,5 % der Patienten hatten in den vier Wochen vor der ersten Injektion mindestens ein orales atypisches Antipsychotikum eingenommen. Schon acht Tage nach Beginn der Paliperidonpalmitat-Therapie war die psychiatrische Symptomatik um durchschnittlich 6,5 Punkte (von 50,2 auf 43,7) auf der BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) signifikant zurückgegangen ($p < 0,0001$). Bei Beobachtungsende wurde mit 30,8 ein um fast 20 Punkte niedrigerer Wert als zu Beginn dokumentiert ($p < 0,0001$). Waren unter den oralen Antipsychotika 23,7 % der Patienten einigermaßen, sehr oder extrem zufrieden mit der Therapie, stieg der Anteil unter Paliperidonpalmitat auf zuletzt 80,9 %, bestimmt mittels Medication Satisfaction Questionnaire (MSQ).

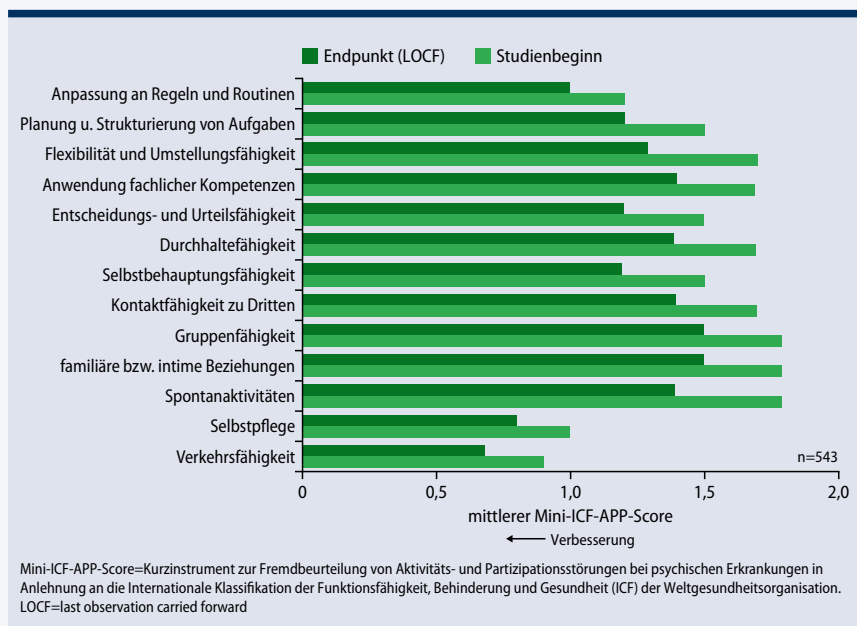


Abb. 1: Verbesserung der psychosozialen Funktionen nach Umstellung von oralen Antipsychotika auf Paliperidonpalmitat (modifiziert nach [2])

kompass: Ein therapiebegleitendes Programm für Menschen mit Schizophrenie

Therapieabläufe strukturiert planen, um bestmögliche Behandlungserfolge zu erreichen und die Zahl der Therapieabbrüche zu reduzieren: Das sind die Ziele des therapiebegleitenden Programms kompass und des Portals www.kompass-therapiebegleiter.de [5]. Das aus den fünf Modulen Psychoedukation, Therapiezielplanung, Arzt-Patienten-Kommunikation, Metakognitives Training und Entlassungsmangement bestehende Konzept richtet sich an medizinisch-therapeutisches Fachpersonal und ergänzt die medikamentöse Therapie. Auf der Basis wissenschaftlich anerkannter Inhalte tragen die einzeln oder im Gesamtkonzept nutzbaren Module dazu bei, psychologische Therapieverfahren besser in die Regelversorgung zu integrieren und sie zielgerichtet einzusetzen.

Unterstützung auf drei Ebenen

Das kompass-Programm wurde von Janssen in deutschlandweiter Kooperation mit Fachexperten sowie mit Betroffenen und deren Angehörigen entwickelt. Neben Basisinformationen können Ärzte, Psychologen und Pflegekräfte innerhalb der verschiedenen Bausteine zahlreiche therapieunterstützende Arbeitsmaterialien herunterladen. Das Programm soll die Tertiärprävention auf drei Ebenen unterstützen:

- Die online abrufbaren Arbeitsmaterialien geben Impulse zur Strukturierung der Therapieabläufe und helfen dabei, Patienten entspre-

chend ihrer jeweiligen Möglichkeiten in Therapieentscheidungen einzubeziehen.

- Von Experten geleitete Fortbildungsveranstaltungen vermitteln Wissen und unterstützen Fachpersonal bei der Umsetzung der Inhalte in die Praxis.
- Die Prozessoptimierung im Bereich der Therapiezielplanung und des Entlassungsmanagements zielt auf nachhaltige Verbesserungen der Versorgungsqualität ab.

Individualisierte Therapie

In dem Bestreben, die Therapie zu individualisieren, hilft das Modul „Therapiezielplanung“ den Patienten bei der Formulierung ihrer Behandlungsziele. Dabei richtet sich der Fokus verstärkt auf die Funktionsfähigkeit. Die Basis bildet die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF), zu der das Modul systematischen Zugang ermöglicht. Das Klassifikationssystem erfasst u. a. den funktionalen Gesundheitszustand sowie soziale Beeinträchtigungen und ermöglicht es so, Behandlungsziele festzulegen, die Therapie (neu) zu strukturieren und das Erreichen der Ziele zu überprüfen. Die verfügbaren Informationsmaterialien können sowohl während der stationären Akutbehandlung als auch begleitend zur ambulanten Langzeittherapie genutzt werden (Abb. 2).

Langfristig weniger Rückfälle

Hinweise auf eine langfristige Überlegenheit von Paliperidonpalmitat ergeben sich aus den 24-Monatergebnissen der prospektiven, offenen, Gutachter-verblindeten

Studie PROSIPAL (Prevention of Relapse with Oral Antipsychotics versus Injectable Paliperidone Palmitate) [4]. Die Patienten erhielten randomisiert Paliperidonpalmitat (n=376) oder eine Monotherapie mit einem

oralen Antipsychotikum* (n=388) [4]. Unter Paliperidonpalmitat waren nach 469 Tagen 85 % der Patienten ohne Rückfall, d. h. erst 15 % hatten einen Rückfall erlitten. Unter der p. o. Therapie hatten schon nach 249 Tagen 15 % einen Rückfall erlebt (p=0,019). Nach 24 Monaten erfüllten Patienten der Paliperidonpalmitat-Gruppe mit 14,8 % signifikant seltener die Kriterien eines Rückfalls als die p. o. behandelten Patienten mit 20,9 % (p=0,032).

* Auswahl des Studienarztes zwischen Aripiprazol, Olanzapin, Quetiapin, Paliperidon ER, Risperidon oder Haloperidol

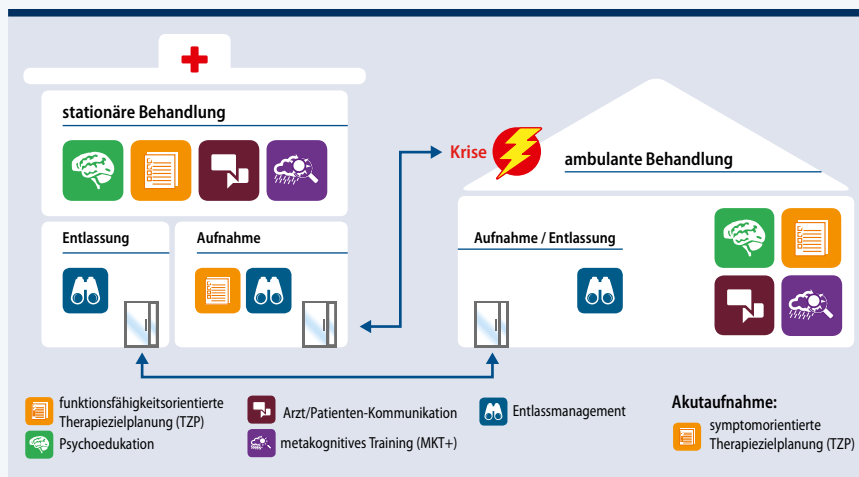


Abb. 2: Die fünf Module von kompass sowie die dazugehörigen Arbeitsmaterialien können im Behandlungsverlauf als Gesamtkonzept, aber auch einzeln eingesetzt werden (modifiziert nach Janssen-Cilag).

Literatur

- Volz HP, Heerlein K, Psychopharmakotherapie 2013, 20: 252–259
- Schreiner A et al., Clin Ther 2014, 36: 1372–1388
- Hargarter L et al., 23. Eur. Congress of Psychiatry (EPA) 2015, Wien, Österreich, e-Poster Walk Session 32: Schizophrenia Part 3
- Schreiner A et al., Schizophr Res 2015, 169: 393–399
- www.kompass-therapiebegleiter.de

Impressum Literaturarbeit „Einmal monatliche Therapie bei Schizophrenie: Paliperidonpalmitat verbessert soziale Funktionsfähigkeit“ • Medizin Report aktuell Nr. 420024 in: NeuroTransmitter 4/2016 • Berichterstattung: Dr. Matthias Herrmann, Berlin • Redaktion: Dr. Petra Stawinski • Leitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner (verantwortlich) • Springer Medizin, Springer-Verlag GmbH, Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg • © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Mit freundlicher Unterstützung der Janssen-Cilag GmbH, Neuss

Die Herausgeber der Zeitschrift übernehmen keine Verantwortung für diese Rubrik.

Journal

Die Ehe des Chirurgen

Giorgio Bassanis Erzählung „Der Spaziergang vor dem Abendessen“



© ysbrandcosijn/ Fotolia.com

Aus Elia Corcos, zu Beginn seiner standesunterschiedlichen Ehe von schwacher Konstitution und Gesundheit, wurde in zehn Jahren ein Mann mit stattlichem Aussehen und gefestigter Gesundheit, der als großer Kliniker in feiner Gesellschaft gefeiert wurde, während seine Frau bleiben sollte, was sie immer war ...

„Die Dichter sind dazu da, um zu gewährleisten, dass das Schreckliche und Ungeheuerliche nicht in Vergessenheit gerät.“ Das schloss eine hochpoetische Sprache keinesfalls aus. Der italienische Schriftsteller und Dichter Giorgio Bassani ist den Lesern des NeuroTransmitter bekannt (siehe Ausgabe 11/2010). Selbst aus einer alten Medizinerfamilie stammend, hat er immer wieder mit psychologischem Feingespür die Seele von Ärzten erforscht: sei es die des homosexuellen HNO-Arztes Doktor Fadigati in „Die Brille mit dem Goldrand“ (1987 verfilmt von Giuliano Montaldo mit Philippe Noiret) oder, wie im vorliegenden Fall, die des Chirurgen Elia Corcos, die sich ihm anhand der Geschichte seiner ungewöhnlichen Ehe entdeckt.

46 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Der Spaziergang vor dem Abendessen“

Es ist eine der Ferrareser Geschichten Giorgio Bassanis, in der zwei standesungleiche Menschen den Bund einer ungewöhnlichen Ehe schließen: der jüdische Arzt Elia Corcos und die Bauerstochter Gemma Brondi.

52 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Die dunklen Seiten des Lebens

Den Kontrollverlust suchtkranker Menschen bildlich eben nicht milieuhafte darstellen, das wollte Fotograf Matthieu Gafsou. Über ein Jahr lang war er in der Drogenszene unterwegs und gewann das Vertrauen ihrer Protagonisten – mit gutem Ergebnis.

Eigentlich dazu bestimmt, aus dem familiären Hintergrund heraus ebenfalls Arzt zu werden, hat sich Giorgio Bassani (1916–2000) rasch für die Literatur entschieden und es darin zu zweifachem Ruhm gebracht: zum einen als literarischer Chronist seiner Vaterstadt Ferrara in der östlichen Poebene Oberitaliens, zum anderen als jener literarische Lektor, der – ganz im Gegensatz zu seinen Kollegen namhafter Verlage – das Genie von Giuseppe Tomasi di Lampedusa's Jahrhundertroman „Der Gattopardo“ entdeckte. Bassani ermöglichte dessen Veröffentlichung und legte diese sogleich Luchino Visconti ans Herz, der daraus 1963 mit Burt Lancaster, Claudia Cardinale und Alain Delon einen wunderbaren Film gemacht hat. Namhaft wurde Bassani durch seinen Roman „Der Garten der Finzi Contini“, der wiederum 1970 von Vittorio de Sica verfilmt wurde. Das italienische Filmdrama fand jedoch wenig Gnade vor den Augen des Autors selbst.

Bassanis Erzählung „Der Spaziergang vor dem Abendessen“ ist die zweite Geschichte der fünf „Ferrareser Geschichten“, die 1956 im Verlag Einaudi in Turin veröffentlicht wurden. Vorausgeschickt ist ihr ein Motto aus den „Notebooks“ von Henry James: „Warum fällt mir nicht die Feder aus der Hand, wenn ich an den unendlichen Jammer und die Tragik der ganzen Vergangenheit rühre? Sie fällt, die arme, hilflose Feder, vor all dem Unsagbaren, das ihr auf allen Seiten begegnet, vor dem kalten Medusenhaupt des Lebens, allen gelebten Lebens. Basta,

basta!“ Bassani hat sein gesamtes literarisches Werk seiner Geburtsstadt Ferrara gewidmet, die zu ihm gehört wie Dublin zu Joyce, Combray zu Proust oder Prag zu Kafka. So wurde der Autor zugleich zum Historiker wie zum Sänger seiner Stadt, wobei ihn besonders das gehobene jüdische Bürgertum interessierte, dem er selbst angehörte.

Die Story

Was im „Spaziergang vor dem Abendessen“ erzählt wird, ist die seltsame Geschichte der Liebe und Ehe des hochbegabten Arztes Elia Corcos und seiner Frau, der Krankenschwester Gemma Brondi, die aus ganz einfachen Verhältnissen stammt. Nach einer kurzen Einführung in die Stadt Ferrara anhand einer alten Ansichtskarte lernen wir Gemma kennen: Da ist nichts, was über das bescheidenste Mittelmaß hinausginge, Gemma ist keine Schönheit, nach der sich die Männer umdrehen. Auf einer Fotografie, die sie gerade nach Hause trägt, scheint ihr Gesicht zu verschwinden, sie hat kastanienbraunes Haar, trägt einen Knoten, zeigt die knochige Stirn einer Bäuerin. „Ihre Augen strahlten nur selten und dann gleichsam wie verstohlen in jugendlichem Glanz. Zumeist hatten sie einen furchtsamen, melancholischen Ausdruck, wie man ihn ähnlich in den sanft und geduldig dreinblickenden Augen von Haustieren findet.“ Zu allem Unglück hat sie auch noch eine stark entwickelte Brust, die ihre Tarnung erschwert. Der Erzähler traut ihr weniger Gedanken, dafür mehr aber „unbe-

stimmte Empfindungen“ zu. Als der etwa dreißigjährige Arzt sie anspricht und neben ihr sein Fahrrad, ironischerweise der Marke „Triumph“, herschiebt, wird sie abwechselnd rot und blass, schlägt die Augen nieder, hält den Blick des Arztes nicht aus. Aber auch er ist keine sonderlich beeindruckende Figur: „Er hatte ein abgekehrtes Gesicht, von dessen Blässe die goldgefaste Brille und der Schnurrbart – so schwarz wie seine Augen – mit den um die Mundwinkel herabfallenden Enden lebhaft abstachen.“ Wenig später heißt es, Elia Corcos habe „das Gesicht eines Studenten noch, für den die Jahre des Studiums in Bologna die Erinnerung an eine schwere Zeit der Mühe, der Entbehrungen, vielleicht sogar der Demütigungen bedeuten“. Daran ändert auch der blaue Rock mit den schwalbenschwanzförmigen Rockschoßen nichts und auch nicht die goldene Taschenuhr.

Es ist ein seltsames Paar, das hier auf dem Weg zum Haus der Bauernfamilie Brondi am Stadtrand ist. Dort warten die Familie und vor allem Gemmas ältere Schwester Luisa, der nichts entgeht, die sich gerne versteckt, „leicht wie ein Geist“ mal hier, mal dort auftaucht, und die alles sofort durchschaut. Luisa lässt das Paar nicht aus den Augen, registriert jede Kleinigkeit, zieht ihre eigenen Schlüsse selbst aus nebensächlichen Gesten. Sie ist eine Meisterin des Spionierens und Zutragens, und sie weiß um dieses „gewisse Air“, das den Doktor umgibt. Offenbar deutet sich hier ein schwesterlicher Konkurrenzkampf an.

Die Verlobung

Als Elia Corcos an einem Sommerabend des Jahres 1888 um Gemmas Hand anhält, hat seine Erklärung „ganz den Charakter einer polizeilichen Anmeldung“: mit Name, Vorname, Vorname des Vaters, Beruf und Adresse. Und sein Blick zeigt, unterstrichen noch von lebenswürdigen Manieren und minuziöser Genauigkeit, andeutungsweise einen von „ironischer Galanterie gefärbten Respekt“. Die Ständeklausel scheint mit Händen zu greifen. Corcos trägt den „zu seinem Beruf gehörigen Gehrock“, um das „glatte, jugendliche Gesicht etwas strenger wirken zu lassen“, eine weißseidene Krawatte, einen breitkrempigen schwarzen Hut, alles ein wenig abgetragen, leicht verschossen. Seine Art, sich auszudrücken, „indem er hin und wieder Wendungen oder einzelne Wörter aus dem Dialekt anwandte, die er mit einer eigentümlichen Betonung aussprach, quasi mit Misstrauen und als rührte er sie nur mit der Feuerzange an“, und schließlich sein Gesicht, das aus einem feineren und zerbrechlicheren Material geformt schien – das alles wies ihn als einer anderen Gesellschaftsschicht angehörig aus. Wie bescheiden seine Herkunft, wie arm er selbst auch sein mochte – kein Zweifel, er war nicht ihresgleichen. Außerdem war er nicht katholisch, sondern „israelitisch, wie er selbst meinte präzisieren zu müssen.“

Der Erzähler lässt uns wissen, dass „die Sonne seines Ruhms, die mit der Zeit aus Elia Corcos eine Art Institution, ein „Wahrzeichen der Stadt gemacht hatte“ erst „sehr viel später am Himmel von Ferrara aufgehen“ würde. „Dann allerdings würde es heißen: ‚Ein großer Kliniker!‘ Aber bis dahin würden noch mindestens zehn Jahre verstreichen.“ Dieser besagte Sonnenaufgang fände erst dann statt, wenn er an das Krankenbett der blutjungen Herzogin Costabili gerufen werden würde. Gemma hingegen entgeht in ihrer Bescheidenheit und in ihrer im Alltag aufgehenden Häuslichkeit dem Schicksal, ein „Symbol und Beispiel zu werden“. Während der junge Doktor früh Zutritt zu den exklusivsten Zirkeln und sogar zum Hochadel hatte, war doch stadtbekannt, dass Gemma „eine zu unbedeutende Frau war, um dem Bild zu entsprechen,

das man sich von der Gattin eines überlegenen Geistes machen darf. Sie war sich des Opfers nicht bewusst, das ihr gebracht worden war. Und durfte man sich darüber wundern? Gewisse Gesichtspunkte, gewisse Adlerflüge des Geistes, die zumindest erkennen ließen, wer hier sprach, und die genügten, ihn zu bedauern, konnten keinen Eindruck machen auf eine Person, die vielleicht nicht einmal bis zur fünften Grundschulklasse gekommen war.“

Offenbar hatte Signora Gemma nicht begriffen, dass sie ihrer Aufgabe nicht gewachsen war. Doch an dieser Stelle erhebt der Erzähler sanften Einspruch, um Gemmas Abwertung ein wenig zu mildern. War es richtig, sie so leichtert abzutun? fragt er, und antwortet: „War sie nicht der einzige Mensch gewesen, der Elia Corcos wirklich gekannt hatte? Wer außer ihr hatte je die Barriere ironisch-freundlicher Verbeugungen durchbrochen, die er bei seinem Gang über den Corso Giovecca allabendlich vor dem Nachtesen mit gezogenem Hut fast an jeden zweiten austeilte? Eine Mauer des Respekts, vor der jegliche Regung der Neugier, jegliches Forschen haltmachen musste, weil sie ganz unmissverständlich bedeutete: Bei aller Freundschaft, meine Herren, gehen Sie mir bitte aus dem Weg!“

Und der Erzähler geht noch weiter bei seiner Bewertung der wörtlich als „rätselhaft“ charakterisierten Ehe, wenn er mit Blick auf den Arzt, sagt: „Bat schließlich nicht er selbst den alten Trunkenbold um die Hand seiner Tochter? Richtete er sich nicht mit eigener Hand zugrunde? Und das alles, in Gottes Namen, nur wegen einer mutmaßlichen Schwangerschaft? Schatten. Licht. Sich aus dem Staube machen, das Haus verlassen, ihrem Vater und ihren Brüdern Trotz bieten und sich nie wiedersehen lassen. Oder aber nachgeben, noch vor dem Kampf kapitulieren und sich abfinden mit dem mediokrenen Leben des Provinzarztes, jedoch mit dem Vorteil, noch von diesem Abend an, vom Augenblick, da Gemma ihn bis zum Haustor begleitete, unterstellen zu können, dass die Ursache von alledem eben sie war und die Ehe, zu der ihn ihre Familie gewissermaßen gezwungen hatte.“



© pavel068 / Fotolia.com

Historisches Zentrum der Stadt Ferrara in der östlichen Poebene, in der Region Emilia-Romagna, Hauptstadt der gleichnamigen Provinz und Erzbischofssitz.

Die Ehe

Man heiratete, wohnte bei seinem Vater, einem jüdischen Getreidehändler, bekam die Söhne Jacopo und Ruben, und viele Jahre vergingen, bis man zu einem eigenen Haus kam mit Marmortisch und blank geputztem Messingschild: Dr. Elia Corcos. Facharzt für Chirurgie.

Für die bäuerlichen Brondis war sie zwar die Frau eines berühmten Arztes geworden, doch zugleich immer Gemma geblieben: ein Mensch wie sie, während sie für Elias Verwandtschaft eine Goitin, eine Ungläubige blieb, und eine primitive Bäuerin obendrein. Nur Elias zunehmender Erfolg schien in ihren Augen die Ehe mit Gemma zu entschuldigen und sogar zu rechtfertigen. Elia hatte es trotz seiner Frau mit knapp vierzig Jahren zum Chefarzt des Städtischen Krankenhauses gebracht, darüber hinaus sogar zum Leibarzt der Herzogin Costabili und, nach dem frühen Tod ihres Gatten, vielleicht auch noch zu mehr als bloß zu ihrem Leibarzt: „Er begleitete sie jeden Sommer auf ihren Reisen zur Kur in die berühmtesten Badeorte Europas, und es war nun wirklich nicht Elias Schuld, wenn Gemma bei seiner Rückkehr die eleganten und oft großen Geschenke nicht gebührend zu würdigen wusste, die er ihr aus dem Ausland mitbrachte, etwa einen Muff aus Astrachan oder Hermelin, (...) ein echtes Pariser Modellkleid (...)“

Und Elia? Hatte ihn Gemma nicht hochgepöppelt und aus einem Dreißig-



jährigen von schwacher Konstitution und Gesundheit, stets bleich und kränklich, in zehn Jahren einen Mann mit blühendem Aussehen und gefestigter Gesundheit gemacht? Vielleicht war diese Gemma am Ende „wirklich die passende Frau für ihn: ergeben, geschickt in der Führung des Haushalts, arbeitsam wie wenige, vielmehr wie keine andere Frau, und eine unvergleichliche Köchin.“

Doch dann griff das Leben ein und mit ihm der Tod: Der kleine Ruben stirbt im Alter von nur sechs Jahren an Meningitis und wird auf dem jüdischen Friedhof neben seinem Großvater Salomon begraben. Und Gemma erkrankt nach sieben- unddreißig Jahren Ehe unheilbar an Krebs. Elia wird sie vor ihrem Tod, „sozusagen in Anerkennung ihrer unleugbaren Tugenden als Mutter und Gattin vor dem eilig herbeigerufenen Pfarrer von San Giuseppe noch nach katholischem Ritus“ heiraten.

Luisa

Nun tritt wie ein Geist aus dem Hintergrund inmitten der zahlreich erschienenen Brondi-Familie eine schwächliche „Frau im schwarzen Schal und knochigen Altjungferhänden“ erneut auf den Plan. Es ist Luisa, Gemmas Schwester. Sie wird als Haushälterin zu Elia ziehen und in sein Buen Retiro eindringen, seine Insel des Friedens betreten, die seinen Studien so förderlich war und seinem Bedürfnis nach Sammlung und Ruhe. Das Haus allerdings wird ihr fremd bleiben wie die Menschen, die in ihm lebten und die es besuchten und die keine gemeinsame Sprache gefunden hatten. Al-

lein die Einrichtung drückt die Gegensätze aus: „Überall sah man umfangreiche medizinische Werke, auch Bücher der schönen Literatur, zumeist in italienischer oder französischer Sprache, historische und geographische Atlanten, Wörterbücher, Mikroskope, Barometer, Stethoskope aus Holz oder aus Metall, merkwürdige, komplizierte Studierlampen und Regale; aber man sah auch einen großen bauerlichen Backtrog, Schränke, runde, ovale und rechteckige Tische, einen gewaltigen Feuerbock, wie es ihn nur auf dem Lande gibt, große Kupfer- und Zinkeimer, die im Bad und in der Küche an Haken von der Decke hingen, schwarz lackierte eiserne Bettstellen und Kamme mit riesigem, rußüberzogenem Rauchfang (...).“ Vom Hausherrn selbst muss sich Luisa stets zuerst ein Bildnis machen, wie er am Arbeitstisch sitzt, „taub für jede Stimme, die ihn von seinen Gedanken abzulenken suchte, wie eingeschlossen in seine undurchdringliche Einsamkeit.“ Erst dann, wenn sie den Doktor leibhaftig sieht und vor sich hat, wie er über den Büchern brütet, bemerkt sie, wie er den Blick hebt und ihn in die Weite schickt, „über den Garten hinaus, über die Mauer hinweg“, und er ließ ihn „endlich stauend auf den großen, goldenen Wolken ruhen, die den ungeheuren Himmel über dieser so vertrauten Landschaft bedeckten“. Dann hört sie Elia mit spöttischem Lächeln zu Gemma gewandt sagen: „Komm Liebchen, tritt näher, bist weder Sklavin noch Magd (...).“

Das Haus und die Welt von Elias werden Luisa für immer fremd bleiben; ihre bauerlichen Verwandten betreten es nicht, sondern hacken im Schuppen das Holz, und sie bringt ihnen Pasta, Brot und Salami quer über den Hof. Einzig Elias Vater, der alte Salomon, dreifacher Witwer und Vater von zwölf Kindern, der einst noch Garibaldi begegnet war, wurde ihr vertraut, denn seine Kleider rochen nach den „Früchten der Erde“, nach Heu und Korn. Von ihnen ging wie „überhaupt von dem ganzen Menschen dieser leise, zarte, dünne und doch so anheimelnde religiöse Hauch aus“, während der professionelle Gehrock des Doktors „nie nach etwas anderem roch als nach Sublimat und Karbolsäure.“ Um den alten Getreidehändler herum

erfindet sich Luisa „ein glückliches und wunderbares Zeitalter, in dem Gott, erhaben über jegliche Trennung der Menschen und Rassen, Stände und Religionen, in gleicher Weise zu allen Menschen sprach.“

Der Erzähler blendet noch einmal zurück zu Elia, der schon in der Nacht nach der Verlobung mit Gemma beschlossen hatte, sich mehr der Wissenschaft als Gemma zu widmen und dabei mit einem leichten Grinsen vor sich hingeblickt hatte: „Gewiss, ein merkwürdiger Blick, arme Gemma. Als ob er vom Morgenrauen dieses Tages an alle Menschen und Dinge immer nur so gesehen hätte: von oben und gleichsam außerhalb der Zeit stehend.“ Auch Luisa hat diesen Blick empfangen, dem sie auszuweichen versuchte, sobald Elia von seinen Büchern aufsaß. Aber dieser Blick machte sie auch auf etwas anderes aufmerksam: darauf, wie sie zu Elia stand. „Liebe allerdings war etwas anderes; soviel wusste auch Luisa. Etwas Grausames und Entsetzliches, dem man von weitem zusah – oder wovon man mit geschlossenen Augen träumte. Und gewiss war das Gefühl, das sie von Jugend auf für Elia empfunden hatte, nicht Liebe und nicht einmal die Sehnsucht nach Liebe oder der Neid auf sie, aber es war doch eine nie nachlassende, schicksalhafte und unentbehrliche Gegenwart.“ Luisa wird dieses Gefühl nicht mehr loslassen und es wird ihr bleiben auch noch nach dem Verschwinden von Elia, als man ihn, „neunzigjährig wie sein Vater, in der Schar der hundertdreiundachtzig jüdischen Mitbürger sah, die nach Fössoli gebracht und von dort nach Deutschland deportiert wurden, so einsam und schweigsam wie gewöhnlich unter seinen weinenden Leidensgenossen. Da blieb es nicht aus, dass man auch bei seinem Anblick an die Bibel und die Erzväter dachte.“ Das so zu einem „Spaziergang vor dem Abendessen“ zu erzählen kann nur große Literatur! □

Literatur beim Verfasser

AUTOR

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

Aktuelles Kompendium – lückenlos und logisch

Im Untertitel dieses Buches steht, dass es auch für Juristen geeignet und ein praktisches Handbuch sein soll. Beides ist der Fall und sehr gut gelungen. Dass im Wesentlichen die einzelnen psychiatrischen Krankheiten und Störungen noch einmal aufgelistet werden, und zwar im Sinne des gültigen Schlüssels, ist eine praktische Zugabe für die Juristen.

Die sechste Auflage wurde nötig, weil neue Forschungsergebnisse in der Forensik und neue Gesetze berücksichtigt werden müssen, ebenso das neue Diagnosemanual DSM 5. Alle Kapitel sind demzufolge auf dem aktuellen Stand, sie wurden von zum Teil neuen und renommierten

Autoren überarbeitet oder neu verfasst. Wie von den früheren Auflagen her bekannt, ist alles enthalten, was zu den relevanten Themen gehört: von den Prinzipien der psychiatrischen Begutachtung bis zur forensischen Psychiatrie in Österreich und in der Schweiz. Neu sind psychometrische Untersuchungsverfahren, die Betrachtung der Sicherungsverwahrung gemäß § 66 StGB, Sexualdelinquenz sowie sexuelle Funktionsstörungen und schließlich auch die psychiatrische Begutachtung von Ärzten und Apothekern im Zusammenhang mit approbationsrechtlichen Fragen. Herausgehoben werden müssen auch der logische, vernünftige



Venzlaff, U.,
Foerster, K., Dreßing, H.,
Habermeyer, E.

**Psychiatrische
Begutachtung –
ein praktisches
Handbuch für Ärzte
und Juristen**

Elsevier, München, 2015, 6. Aufl., geb.,
ISBN 978-3-437-22902-2, 199,99 €

und didaktisch geschickte Aufbau dieses Buches sowie die allgemeine Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit von psychiatrischen Schulen und Lehrmeinungen. Letzteres fällt besonders angenehm auf.

Prof. Dr. med. F. Reimer, Weinsberg

Sich selbst verletzen – eine Modeströmung

Selbstverletzendes Verhalten – eine modische Attitüde, der schwer beizukommen ist. Problematisch wird solches Verhalten, wenn es über ein einmaliges Probieren hinausgeht, sich über Wochen oder gar Monate hinzieht und damit auch ärztlicher psychotherapeutischer Intervention bedarf. Es wird mit Recht behauptet, dass die Ursachen gestörte Emotionen betreffen. Insbesondere ist eine hysterische Komponente nicht zu übersehen, was bei einer „Modeströ-



In-Albon, T., Plener, P. L.,
Brunner, R., Kaess, M.

**Selbstverletzendes
Verhalten**

Reihe Ratgeber Kinder-
und Jugendpsychiatrie,
Band 19, Hogrefe-Verlag,
Göttingen, 2015, 107 S.,
kart., ISBN 978-3-8017-2571-6, 24,95 €

mung“ grundsätzlich zu beobachten ist. Im Leitfaden ist alles enthalten, was zu diesem nicht suizidalen Verhalten bei Jugendlichen bekannt ist. Den Inhalten beider Bücher ist nichts hinzuzufügen. Sie



In-Albon, T., Plener, P. L., Brun-
ner, R., Kaess, M.

**Ratgeber Selbstverletzen-
des Verhalten – Infor-
mationen für Betroffene,
Eltern, Lehrer und Erzieher**

Reihe Ratgeber Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Band 19,

Hogrefe-Verlag, Göttingen, 2015, 51 S., kart.,
ISBN 978-3-8017-2572-3, 8,95 €

erfassen das Gesamtbild und wie mit der Krankheit beziehungsweise Störung umzugehen ist. An Beispielen werden auch die therapeutischen Schritte illustriert.

Prof. Dr. med. F. Reimer, Weinsberg

Neuromuskuläre Erkrankungen im Zenit

Den Grundstein für dieses Buch legte Felix Jerusalem in den 1970er-Jahren, mit dem Ziel, große klinische und genetische Studien auf dem Gebiet neuromuskulärer Erkrankungen didaktisch aufbereitet vorzulegen.

Zu Recht wird von Anfang an betont, dass die Forschung und Klinik in der Neurologie in jüngster Zeit zu bedeutenden neuen Kenntnissen und Resultaten geführt hat, die in deutschsprachigen Lehrbüchern zu wenig in Erscheinung traten. Die inzwischen vollständig über-

arbeitete, vierte Neuauflage von Stephan Zierz, unter der Mitarbeit renommierter Neurologen, brilliert durch hohe Qualität: Alle Kapitel sind klar gegliedert, beschreiben verständlich klinische histopathologische und genetische Erkenntnisse, Diagnostik, Therapiemöglichkeiten und Prognose mit tabellarischen Begleitungen und verschiedenen Illustrationen. Das umfangreiche Wissen ist auf neuestem Stand, sodass nicht nur Lernende und Ärzte in der Fachausbildung sowie Neurologen, Rheumatologen



Zierz, S

Muskerkrankungen

Thieme-Verlagsgruppe,
Stuttgart, 2014, 4. Aufl.,
392 S., 402 Abb.,
ISBN 978-3-13-567804-7,
79,99 €

und Internisten darin studieren können und müssen, sondern auch zwischenzeitlich etablierte Neurologen, die ihre Kenntnisse vervollständigen wollen.

Kurz gefasst, „das Buch“ – ein besseres gibt es nicht.

Prof. Dr. med. F. Reimer, Weinsberg

Die dunklen Seiten des Lebens

Suchtkranke und ihre Szene gehören zu den modernen Aussätzigen der Gesellschaft. Sie bewegen sich im Dunkeln. In Berichterstattungen oder künstlerischen Annäherungen an das Thema werden Betroffene oft milieuhaft dargestellt, um die Andersartigkeit noch zu unterstreichen. Der Kontrollverlust der Abhängigen wird anhand ausgemergelter, hässlicher Körper sowie unschöner Orten gezeigt und dem voyeuristischen Blick der Betrachter ausgesetzt. Ganz anders ist der Zugang des Fotografen Matthieu Gafsou. Über ein Jahr setzte er sich mit der Drogenszene in Lausanne auseinander und gewann das Vertrauen ihrer Protagonisten. Das Ergebnis sind kraftvolle Bildkompositionen.



„Blood & Water“, Matthieu Gafsou, 2013; Pigmentdruck,
80 x 100 cm

© Matthieu Gafsou



© Matthieu Gafsou

„Armando“, Matthieu Gafsou, 2013; Pigmentdruck, 50 x 40 cm



© Janusz Walentynowicz

„Black Box“, Janusz Walentynowicz, 2013; formgeschmolzenes Glas, 36 x 49 x 36 cm

Am Anfang wollte keiner Teil meines Projektes sein. Aber mit der Zeit, als sie die ersten Aufnahmen sahen, die ich ihnen überließ, standen mir immer mehr Model und waren stolz darauf. Die, die dann weder im Buch noch in der Ausstellung präsent sein wollten, machten das meist aus Rücksicht auf ihre Familie, nicht weil sie selbst ein Problem mit der Veröffentlichung gehabt hätten.“ MG. Was die gestochen scharfen Porträts von Matthieu Gafsou kennzeichnet, ist vor allem die Würde und Ruhe, die Armando und die anderen Suchtkranken ausstrahlen. Mit klaren, leuchtenden und hellwachen Augen blicken sie gefasst in die Kamera. Sie scheinen zu wissen, was sie machen und hinter ihrer Wahl zu stehen. Das erstaunt, denn das Klischee sieht sie vor allem als Menschen, die die Kontrolle verloren haben. Die sprechenden Porträts sind in Gafsous Studio entstanden und fast ausnahmslos präzise, wie gezeichnet wirkende Köpfe vor schwarzem Hintergrund.

Spielerischer nähert sich Gafsou Orten und Utensilien des Drogenhandels, die er in poetisch-ästhetischen Bildern darstellt, auf denen etwa der Hauptumschlagsplatz der Drogenszene, ein Museum in Lausanne, wie ein verzauberter Märchenort wirkt. Lausanne ist die Heimat des 1981 in der Schweiz geborenen Fotografens, der neben Fotografie auch Geschichte und Filmtheorie studierte. In seinen Flash-Bildern, die ebenfalls Teil der „Only God can judge me“-Reihe sind, versucht er sich in malerischen Fotografien, die er vor der Aufnahme „durchkomponiert und sozusagen bereits erschaffen hat“, an die Welt und Wahrnehmungsveränderung anzunähern, die durch die Drogen erzeugt wird. Die Momentaufnahme einer Seifenblase, Lichtmuster, ein Foto, dass „Feen“ genannt ist und gelbliche Lichtmuster zeigt, die über ein Feld tanzen: Ausschnitte einer Realität, in der Zeit und Formen, Substanzen und Material sich anders verhalten. Diesen Bildern könnte man auch „Blood and Water“ zuordnen. Rote Flüssigkeit, die an Blutschlieren erinnert, vermischt sich mit durchsichtiger Flüssigkeit und suggeriert den Anblick einer Spritze, in die vor der Injektion Blut gezogen wird, das sich bereits mit dem Heroin mischt, bevor das Gift in den Körper eindringt. MG: „Dieses Bild ist eine Allegorie. Ich habe in einer durchsichtigen Schüssel kaltes und war-

mes, gefärbtes Wasser vermischt und dann fotografiert. Ich bin kein Voyeur, der tatsächlich anwesend sein will, wenn einer sich die Spritze setzt. Das Bild soll wie die Flash-Bilder allgemein eine geänderte Wahrnehmung transportieren (...).“

Viele der Arbeiten Gafsous sind momentan in München in einer spannenden Zusammenschau und Auseinandersetzung mit Werken aus Glaskunst in der Alexander Tutsek-Stiftung zu sehen. Unter dem Motto „Life is not a beach“ werden die Widersigkeiten des Lebens, Ängste und Unsicherheiten verhandelt: die dunklen Seiten des Lebens. Besonders berührend ist das Glaskunstwerk des polnischen Künstlers Janusz Walentynowicz: „Black Box“. Sofort kommen einem die „Tragödie von Smolensk“ in den Sinn, in der beim Absturz der polnischen Präsidentenmaschine im Westen Russlands, am 10. April 2010 Staatschef Lech Kaczyński und 95 weitere hochrangige Repräsentanten von Politik und Gesellschaft ums Leben kamen. Doch die Black Box gibt keine Antworten. Im Medium Glas, dass eigentlich für Transparenz und Fragilität steht, versinnbildlicht sie das Paradoxon des Schicksals, das wir uns auch mit unser vermeintlich allwissenden Technik nicht erschließen können. □

AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

<http://www.gafsou.ch/>

Matthieu Gafsou hat das Projekt in seinem preisgekrönten Fotobuch „Only God can judge me“, Kehrler Verlag, 2014, veröffentlicht.

„Life is not a beach“ in der Alexander Tutsek-Stiftung

Die Stiftung fördert Künstler und baut eine hochrangige Sammlung mit Glaskunstwerken und Fotografien auf.

<http://www.atstiftung.de/>

Nächste öffentliche Führung am 2. Juni 2016, 16.00 Uhr

Die Ausstellung „Life is not a beach“ geht noch bis zum 24. Juni 2016.

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression

Positives Votum für Johanniskraut-Therapie bekräftigt

Auch in der konsentierten Neufassung vom November 2015 bestätigt das Expertengremium der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression seine Empfehlung, Johanniskraut-Präparate für die Neueinstellung von Patienten mit leichter oder mittelschwerer Depression einzusetzen. An welche Kriterien die S3-Empfehlung geknüpft ist und welche Ziele die Leitlinie vorrangig verfolgt – dazu nimmt Prof. Dr. Hans-Peter Volz, Schloss Werneck, Stellung.

„Rückenschmerzen sind häufig, psychische Erkrankungen dauern lange!“ Auf diese Kurzformel lassen sich, wie auch schon in den Vorjahren, die Erkenntnisse der in 2015 erschienenen Gesundheitsreports bringen [1]. Noch nie haben psychische Leiden, mittlerweile auf Platz 2 des Gesamtkrankenzustandes vorgerückt, so viele Fehlzeiten verursacht wie im Jahr 2014. Allein bei den depressiven Episoden als quantitativ weitaus wichtigste Diagnose (F32 + F33) verzeichnete die DAK-Gesundheit für den Zeitraum 2000–2014 einen Anstieg der Ausfalltage um 201 % (Abb. 1) Und der Trend setzt sich fort: So geht die Weltgesundheitsorganisation davon aus, dass unipolare Depressionen im Hinblick auf Lebensbeeinträchtigung und vorzeitigen Tod bis zum Jahre 2030 die Spitzenposition unter allen Krankheiten einnehmen wird.

Um dieser besorgniserregenden Perspektive entgegensteuern zu können,

wurde die im November 2009 erstmals aufgelegte S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression in einem 26-monatigen Revisionsprozess umfassend überarbeitet und um zusätzliche Themenschwerpunkte erweitert [2]. Erklärtes Ziel dieser zweiten Auflage war und ist es, allen an der Versorgung depressiver Patienten beteiligten Berufsgruppen klare, systematische Handlungsempfehlungen zugänglich zu machen und mit deren Verbindlichkeit die ärztliche Therapieentscheidung zu unterstützen.

Unverändert blieb die Empfehlung, Johanniskraut-Präparate für die Neueinstellung von Patienten mit leichter oder mittelschwerer Depression einzusetzen: Auch in der konsentierten Neufassung der Leitlinie bekräftigt das aus 30 Fachgesellschaften (unter Federführung der DGPPN) bestehende Expertengremium einmal mehr sein positives Votum für das pflanzliche



Prof. Dr. Hans-Peter Volz

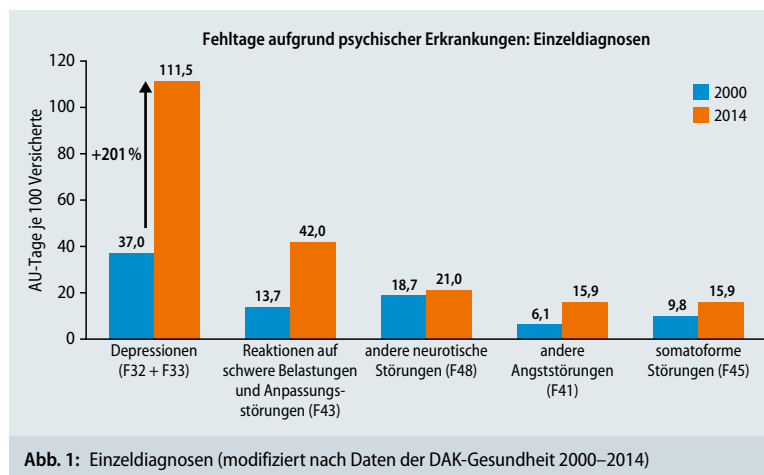
Ärztlicher Direktor
des Krankenhauses für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatische
Medizin Schloss Werneck

Antidepressivum. Dass Johanniskraut-Präparate damit in eine Reihe mit synthetischen Antidepressiva gestellt werden, verdanken sie ihrer klinisch belegten Wirksamkeit und guten Verträglichkeit, die als wichtigste Kriterien bei der Auswahl eines Arzneimittels gelten. Voraussetzung für die S3-Empfehlung ist allerdings, dass ausschließlich Extrakte „zur Therapie einer leichten und mittelgradigen depressiven Symptomatik eingesetzt werden, für die eine klinische Wirksamkeit durch eigene Studien belegt ist“.

Dieser Nachweis liegt für den 900 mg-Extrakt STW3-VI (Lai® 900) vor: Als klinisch geprüftes Arzneimittel mit evidenzbasierter Wirkung hat sich das pflanzliche Antidepressivum im Direktvergleich mit der Leitsubstanz Citalopram (20 mg/d) als therapeutisch äquivalent bei mittelschwerer Depression erwiesen – und war zudem deutlich besser verträglich [3]. In der Folge ließen sich diese Ergebnisse auch im Praxisalltag bestätigen [4].

Literatur:

1. Gesundheitsreports 2015 der DAK, BKK, TK, Barmer
2. <http://versorgungsleitlinien.de>
3. Gastpar M et al., Pharmacopsychiatry 2006; 39: 66–75
4. Kresimon J et al., Gesund ökon Qual manag 2012; 17: 198–206
5. <http://cochrane.de/de/ebm>
6. <http://cochrane.org/reviews/en/ab000448.html>



Evidenzbasierte Medizin (EBM)

wird definiert als „gewissenhafter, ausdrücklicher und vernünftiger Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten“ [5]. Als höchste Qualitätsstufe systematischer Entwicklungsmethodik zielen danach S3-Leitlinien darauf ab, ihre Empfehlungen auf Basis der bestverfügbaren Evidenz zu formulieren. Hierarchisch stellen dabei randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und Metaanalysen die ranghöchste Evidenzebene dar.

„Eine ausschließliche Fokussierung auf Evidenzbasierte Medizin greift einfach zu kurz.“

Prof. Dr. Hans-Peter Volz

„Johanniskraut ist – im Übrigen als einziges psychoaktives Phytopharmakon – deshalb in die Therapieempfehlungen der S3-Leitlinie aufgenommen worden, weil eine sehr gute Datenlage vorliegt“, verdeutlicht Prof. Dr. Hans-Peter Volz, Schloss Werneck. So ließ sich etwa in einer groß angelegten Cochrane-Metaanalyse, die 29 randomisierte Doppelblindstudien mit insgesamt 5.489 Patienten umfasste, der Wirksamkeitsnachweis bei Major Depression deutlicher als je zuvor bekräftigen: Im Vergleich mit dem synthetischen Standard zeigten sich die einbezogenen Johanniskraut-Präparate (meist 900 mg täglich) als therapeutisch äquivalent; in der Verträglichkeit konnten sie erwartungsgemäß klar punkten [6].

Größte Studie mit 388 Patienten war hier ein klinischer Direktvergleich (randomisiert, doppelblind, multizentrisch), in dem sich der 900 mg-Extrakt STW3-VI in der täglichen Einmaldosierung als genauso effektiv erwies wie der als Leitsubstanz in der ambulanten antidepressiven Therapie festgelegte SSRI Citalopram (20 mg/d) – bei deutlich besserer Verträglichkeit [3]. „Diese beispielgebende Studie mit Laif® 900 ist nicht nur wegen der großen Patientenzahl von sehr hoher

Aussagekraft und Wichtung“, so Volz. „Auch das eingesetzte Design muss als besonders hervorgehoben werden, weil es mit ihm möglich war, sowohl die Überlegenheit versus Placebo zu zeigen als auch die therapeutische Gleichwertigkeit mit 20 mg Citalopram pro Tag.“

Ärztlicher Sachverstand plus erfahrene Routine

Wenn auch klinische Studien unverzichtbarer Standard für den Nachweis von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit eines Arzneimittels bleiben, so ist doch EBM allein nicht ausreichend, weil sie keinen unmittelbaren Rückschluss auf die Versorgungsrealität erlaubt. Für die Umsetzung im klinischen Alltag – und hier vor allem für die bestmögliche patientenorientierte Behandlung – bedarf es zwingend des ärztlichen Sachverstandes und der erfahrenen Routine. „Eine ausschließliche Fokussierung auf Evidenzbasierte Medizin greift einfach zu kurz“, gibt Volz zu bedenken. Im Gegenteil: „Die individuelle Anwendungserfahrung des niedergelassenen Arztes, die nicht allein Wirksamkeitsaspekte einschließt sondern auch die Patientenpräferenz, muss unbedingt als wertvoller Wissensschatz berücksichtigt werden.“

„Die individuelle Anwendungserfahrung des niedergelassenen Arztes muss unbedingt als wertvoller Wissensschatz berücksichtigt werden.“

Prof. Dr. Hans-Peter Volz

Sein Fazit: „Die ärztliche Kunst besteht also darin, diese drei Säulen in der Versorgung – EBM, eigene Erfahrung und Patientenpräferenz – in Übereinstimmung zu bringen. Gelingt dies, ist der therapeutische Erfolg ein gutes Stück näher gerückt!“

Und was nutzt dem Alltagspatienten?

Weil klinische Studien angesichts ihrer meist hochselektierten Patienten unter

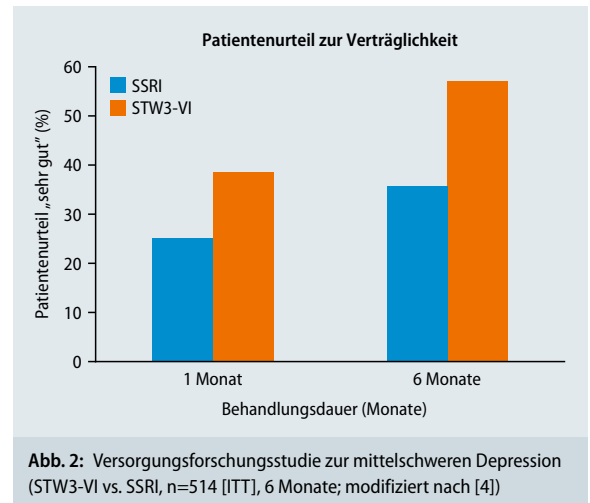


Abb. 2: Versorgungsforschungsstudie zur mittelschweren Depression (STW3-VI vs. SSRI, n=514 [ITT], 6 Monate; modifiziert nach [4])

„Idealbedingungen“ ablaufen, stellt die auf die tägliche Behandlungssituation abzielende Versorgungsforschung eine ergänzende Notwendigkeit dar. Dem Johanniskraut-Extrakt STW3-VI kommt auch hier eine Vorreiterrolle zu: Mit der in Deutschland ersten und bislang einzigen prospektiven Versorgungsforschungsstudie zur mittelschweren Depression, die 514 Patienten (ITT-Population) im Alter von 18 bis 88 Jahren umfasste, ließen sich die Ergebnisse des klinischen Direktvergleichs mit Citalopram in allen abgefragten Parametern eindrucksvoll bestätigen [4]. Ein wesentliches Ziel der in 77 Prüfzentren über sechs Monate durchgeführten Untersuchung bestand in der Dokumentation und Darstellung der Langzeitanwendung des pflanzlichen Antidepressivums versus SSRI. Im Gesamtergebnis ließ sich für den 900 mg-Extrakt auch im Praxisalltag eine äquipotente Effektivität bei signifikant besserer Verträglichkeit und Compliance im Vergleich zur Gruppe der SSRI belegen (Abb. 2).

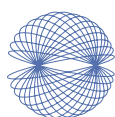
„In dieser groß angelegten Versorgungsforschungsstudie, die mit Laif® 900 durchgeführt wurde, ist es gelungen, genau jene Verknüpfung zwischen Evidenz und klinischem Alltag mit wissenschaftlichen Methoden zu beleuchten“, so das Resümee von Volz. „Es war also mehr als gerechtfertigt, Johanniskraut in die Therapieempfehlungen der S3-Leitlinie aufzunehmen.“

Impressum

Pharmawissen aktuell
417852 in:
Ärzte Zeitung April 2016
DNP Der Neurologe & Psychiater 4/2016
InFo Neurologie & Psychiatrie 3/2016
MMW-Fortschritte der Medizin 7/2016
NeuroTransmitter 4/2016
Literaturarbeit
Autor:
Marianne E. Tippmann
Redaktion:
Teresa Windelen
Springer Medizin
Springer-Verlag GmbH
Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
© Springer-Verlag
Berlin Heidelberg 2016
Mit freundlicher Unterstützung der
Bayer Vital GmbH,
Leverkusen
Die Herausgeber der
Zeitschrift übernehmen
keine Verantwortung für
diese Rubrik.

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2016		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
23.4.2015 in 64546 Mörfelden-Walldorf, Hessenring 9, NH Hotel Frankfurt	Praxisstart in Neurologie Seminar zum Praxiseinstieg oder Neugründung Erfolg als fachärztlicher Jungunternehmer <i>Themen:</i> Praxisstart oder Übernahme, Praxisökonomie verfolgen und steuern, Abrechnung und Regressvermeidung	Geschäftsstelle BVDN – BDN Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-20, Fax: 02151 45469-25 bvdn.bund@t-online.de
29.4.2016 in Köln Hotel Park Inn by Radisson Hotel Köln Innere Kanalstr. 15 7 CME-Punkte	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 Lebensereignisse in Genom, Gehirn und Geist“ Dr. Maggie Schauer: „Narrative Expositionstherapie komplexer und multipler Traumatisierungen“ Mitgliederversammlung BVDN: Aktuelle Entwicklungen, zum Beispiel zur strukturierten Versorgung	Cortex – Geschäftsstelle der Verbände Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, Fax: 0931 045469-25 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
11.6.2016 in München 16.7.2016 in Stuttgart CME-Punkte	Das Asperger-Syndrom und andere Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter/ ADHS im Erwachsenenalter <i>Referenten:</i> PD Dr. med. Maria Strauß, Prof. Dr. med. Ludger Tebartz van Elst (beide Referenten halten ihre Vorträge jeweils bei beiden Seminaren) Fortbildungspunkte werden beantragt. Voraussichtlich 8 Punkte. <i>Sponsor:</i> MEDICE GmbH & Co. KG	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN – BDN – BVDP Kerstin Braungardt Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-16, Fax: 0931 20555-11 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.de
Fortbildungsveranstaltungen 2016		
19. – 22.4.2016 in Leipzig Kongresshalle am Zoo Pfaffendorferstr. 29	9th International Symposium on Neuroprotection and Neurorepair	event lab. GmbH Dufourstr. 15, 04107 Leipzig Tel.: 0341 2405-9650 E-Mail: info@neurorepair-2016.de
20. – 24.4.2016 in Budapest/Ungarn	31st International Conference of Alzheimer's Disease International	ADI 2016 c/o TENSİ Ltd. Komjádi Béla u.1., 1023 Budapest, Hungary Tel.: +36 1 3451 557, E-Mail: adi2016@tensi.hu
21. – 22.4.2016 in Berlin VKU Forum Invalidenstr. 91	Fachtagung „Wegsperrern – und zwar für immer?“ Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit mit sexuell auffälligen Menschen Veranstalter: DGfPI, Charité, KJSGV, Kein Täter werden, Theaterpädagogische Werkstatt, Bundesarbeitsgemeinschaft Täterarbeit Häusliche Gewalt e.V.	Anmeldung per Fax: 0211 497680-20 per E-Mail: carulla@dgfpi.de
21. – 23.4.2016 in Tutzing bei München Evangelische Akademie Schlossstr. 2 + 4	5. Dreiländertagung der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft (SKG), der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) und der Österreichischen Kopfschmerzgesellschaft (ÖKSG)	m:con – mannheim:congress GmbH, Ana Toshkova Tel.: 0621 4106-301, Fax: 0621 4106-80301 E-Mail: ana.toshkova@mcon-mannheim.de
21. – 24.4.2016 in Bochum RuhrCongress Stadionring 20	42. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP) und die 13. Fortbildungsakademie der GNP	wikonect GmbH Hagenauer Str. 53, 65203 Wiesbaden Tel.: 0611 204809-0, Fax: 0611 204809-10 E-Mail: info@wikonect.de, www.wikonect.de

Fortbildungsveranstaltungen 2016		
29. – 30.4.2016 in Eisenach Steigenberger Hotel Thüringer Hof	Jahrestagung der Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (TGPNK) Motto: „Zukunft im Kopf“	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Tel.: 03641 3116-350/-335 E-Mail: sandra.gottschalg@conventus.de
3.5.2016 in Frankfurt/Main Bildungsstätte des Landessportbundes Hessen Otto-Fleck-Schneise 4 10.00 – 17.00 Uhr	Workshop: Amokläufe von Erwachsenen	Anmeldung per Post: Institut Psychologie & Bedrohungsmanagement Postfach 11 07 02, 64222 Darmstadt Anmeldung per Fax an: 06151 20434 Anmeldung und weitere Informationen per E-Mail an: info@i-p-bm.de
4. – 7.5.2016 in Hannover Congress Centrum (HCC) Theodor-Heuss-Platz 1 – 3	3rd International Congress on Treatment of Dystonia	INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG Office Hamburg Kaiser-Wilhelm-Str. 93, 20355 Hamburg Tel.: 040 32 50 92 57, Fax: 040 32 50 92 44 E-Mail: dystonia2016@interplan.de
6. – 7.5.2016 in Nürnberg Le Méridien Grand Hotel Bahnhofstrasse 1	18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e. V. Begutachtung an der Schnittstelle zwischen Neurologie und Neurochirurgie	Geschäftsstelle der DGNB e. V., Gabriele Agerer Hirschstr. 18, 89278 Nersingen-Strass Tel.: 07308 923-261, Fax -262 E-Mail: sekretariat@dgnb-ev.de
16. – 20.5.2016 in Langeoog	Psychodynamische Tage auf Langeoog „Das Unbewusste im 21. Jahrhundert“	Albertinen-Akademie Matthias Zeltwanger Tel.: 040 5581-1776, E-Mail: info@pdt-langeoog.de
17. – 20.5.2016 in Hamburg	Suchttherapietage Die Vielfalt diagnostischer Ansätze im Suchtbereich wächst durch immer neue Verfahren ständig an	Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung ZIS Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tel.: 040 7410-54203 www.suchttherapietage.de
21.5.2016 Klinikum Kassel, Haus E Konferenzebene 8 9.00 – 14.30 Uhr CME-Punkte	Carotisstenose – Moderne Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten	Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskularchirurgie Klinikum Kassel GmbH, Ibrahim Sharaf Mönchebergstr. 41/43, 34125 Kassel Tel.: 0561 980-6795, Fax: 0561 980-6795 E-Mail: schubert@klinikum-kassel.de
16. – 18.6.2016 in München Kardinal Wendel Haus	17. Münchner Neuroradiologie Symposium Leitung: Prof. Dr. med. H. Brückmann, Priv.-Doz. Dr. med. F. Dorn, Dr. med. K. Seelos, Abt. für Neuroradiologie, Universitätsklinikum der LMU München Hauptthemen: Anatomie und Pathologie; Wirbelsäule; Hirntumoren; Neurodegenerative Erkrankungen; Neuroradiologische Fallvorstellungen; Technik; Inzidentelle zerebrovasculäre Befunde – und nun?; Entzündliche Erkrankungen	COCS GmbH – Congress Organisation C. Schäfer Tel.: 089 890677-0, Fax: 089 890677-77 E-Mail: jennifer.haas@coocs.de www.nrad.de
18.6.2016 in Mönchengladbach Krankenhaus St. Franziskus	2. Refresher-Seminar „Neurosonologie – Spezielle neurologische Ultraschalldiagnostik“	Chefarzt Prof. Dr. med. Carl-Albrecht Haensch Tel.: 02161 892-3001 E-Mail: neurologie@mariahilf.de
29.6.2016 in München Klinikum Bogenhausen, Hörsaal, Engelschalkinger Str. 77 5 CME-Punkte	8. Symposium Bewegungsstörungen Vaskuläre Bewegungsstörungen: vaskuläres Parkinson-Syndrom und Hemiballismus (Eberhardt, München); Stürze bei Parkinson-Syndromen (Maetzler, Tübingen); Die Darm-Hirn-Connection bei der Parkinson-Krankheit (Klingelhoefer, Dresden); Neues zur Friedreich-Ataxie (Schulz, Aachen); Neues zur Parkinson-Genetik: Was lernen wir von erblichen PD-Formen für das Verständnis des idiopathischen PD? (Krüger, Luxemburg); Physio- und Ergotherapie bei Parkinson-Syndromen (Fietzek, München), Neues vom Movement Disorder Society-Kongress 2016 (Haslinger, München)	E-Mail: neurologie.kb@klinikum-muenchen.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.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: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer
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, Kalten-
 kirchen; 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 Neu Hof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
 E-Mail: bvbn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
 IBAN DE 043505000020029227,
 BIC DUISDE 33 XXX
BVDN Homepage: <http://www.bvbn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Delegierte in Kommissionen der DGN

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

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften

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

Übende Verfahren – Psychotherapie: Gerd Wermke

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

BVDP-Landessprecher

Bayern: Oliver 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 ☐ niedergelassen ☐ in der Klinik tätig ☐ Chefarzt ☐ Facharzt
☐ Weiterbildungsassistent ☐ Neurologe ☐ Nervenarzt ☐ Psychiater
☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ ☐ in MVZ tätig mit: _____

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

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	neurorensch@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. Fieglesthaler	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 5229388, 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-um@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

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

Dr. Thomas Hug

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

Dr. Birgit Imdahl

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

Dr. Helfried Jacobs

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

Dr. Friedhelm Jungmann

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

Dr. Sabine Köhler

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

Dr. Thomas Krichenbauer

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

Dr. Christine Lehmann

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

Holger Marschner

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

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dr. Ramon Meißner

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

Dr. Uwe Meier

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

Christoph Meyer

Hirtstädter 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

PD Dr. Matthias Nitschke

Sandstr. 18-22, 23552 Lübeck
Tel.: 0451 71441, Fax: -7060282
E-Mail: nitschke@neuro-im-zentrum-luebeck.de

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. Nikolaus Rauber

Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 9717233, Fax: 0681 9717235 E-Mail: zns.sb-rastpfuhl@t-online.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: -4021
E-Mail: rohrer@zns-igb.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach

Holzhofstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 222377, Fax: -222399
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, 04209Leipzig
Tel.: 0341 4220969, Fax: -4220972
E-Mail: dmbbschmidt@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.: 0341 442567, Fax: -442563
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
Schülzenstr. 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 Neuhoof
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 Neuhoof
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
E-Mail: kontakt@quanup.de
www.quanup.de

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

Bundesärztekammer (BÄK)

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel.: 030 4004 560
Fax: -4004 56-388
E-Mail: info@baek.de
www.bundesaerztekammer.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Postfach 12 02 64, 10592 Berlin
E-Mail: info@kbv.de
www.kbv.de

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Geschäftsführung:
Dr. Thomas Thiekötter
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
www.dgn.org

Fortbildungsakademie der DGN

Geschäftsführung:
Karin Schilling
Neurologische Universitätsklinik
Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
E-Mail: k.schilling@uke.uni-hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)

Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: info@bv-anr.de
www.bv-anr.de

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

1. Vorsitzender:
Prof. Dr. Eberhard König
Neurologische Klinik Bad Aibling
Kolbermoorstr. 72
83043 Bad Aibling
Tel.: 08061 903501, Fax: -9039501
E-Mail: ekoenig@schoen-kliniken.de
www.dgnr.de

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

Vorsitzender: Rolf Radzuweit
Godeshöhe, Waldstr. 2 – 10

53177 Bonn-Bad Godesberg
Tel.: 0228 381-226 (-227)
Fax: -381-640
E-Mail: r.radzuweit@bv-neurorehagodeshoehe.de
www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuro-psychologie (GNP) e.V.

Geschäftsstelle Fulda
Postfach 1105, 36001 Fulda
Tel.: 0700 46746700
Fax: 0661 9019692
E-Mail: fulda@gnp.de
www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

Vorsitzender: Dr. Mario Prosiegel
Fachklinik Heilbrunn
Wörnerweg 30
83670 Bad Heilbrunn
Tel.: 08046 184116
E-Mail: prosiegel@t-online.de
www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
Tel.: 030 284499 22
Fax: -284499 11
E-Mail: gs@dgnc.de
www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
Tel.: 030 284499 33
Fax: -284499 11
E-Mail: gs@bdnc.de
www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

Straße des 17. Juni 114
10623 Berlin
Tel.: 030 330997770
Fax: -916070-22
E-Mail: DGNR@Neuro-radiologie.de
www.neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096601/02
Fax: -8093816
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de

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

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

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

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

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

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@dgsuchtmmedizin.de
www.dgsuchtmmedizin.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 Szostecki (-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 26 €, Jahresabonnement 216,58 € (für Studenten/AIP: 129,95 €) jeweils zzgl. Versandkosten Inland 32 €, Ausland 51 €, inkl. MwSt.. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 52,88 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

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

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

© Springer Medizin Verlag GmbH

ISSN 1436-123X



IA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2014



© LVDESIGN / Fotolia.com

Vorschau

Ausgabe 5/2016

Monat

erscheint am 17. Mai 2016

Neues aus der Narkolepsie

Die Narkolepsie ist erst in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt, als ihre Inzidenz bei Kindern nach der Schweinegrippeimpfung 2009 auf das bis zu 12-fache anstieg, und dadurch jetzt häufiger und früher als bisher diagnostiziert wird. Neue immunologische Befunde belegen eine Autoimmunstörung bei der Entstehung.

Somatische Belastungsstörung

Die Therapie von Körperbeschwerden im Rahmen einer somatischen Belastungsstörung ist eng mit dem Umgang mit dem Patienten verknüpft. Für den Behandler variieren die therapeutischen Aufgaben im Chronifizierungsprozess.

Behandlungsvereinbarungen

Behandlungsvereinbarungen bieten Patienten die Möglichkeit, die Selbstbestimmung auch bei krankheitsbedingter Aufhebung der freien Willensbildung zu gewährleisten.