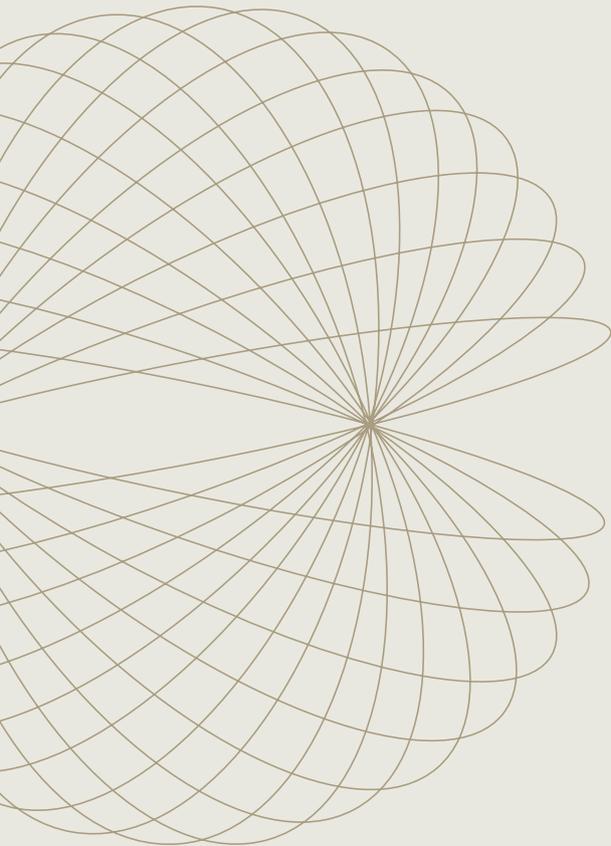
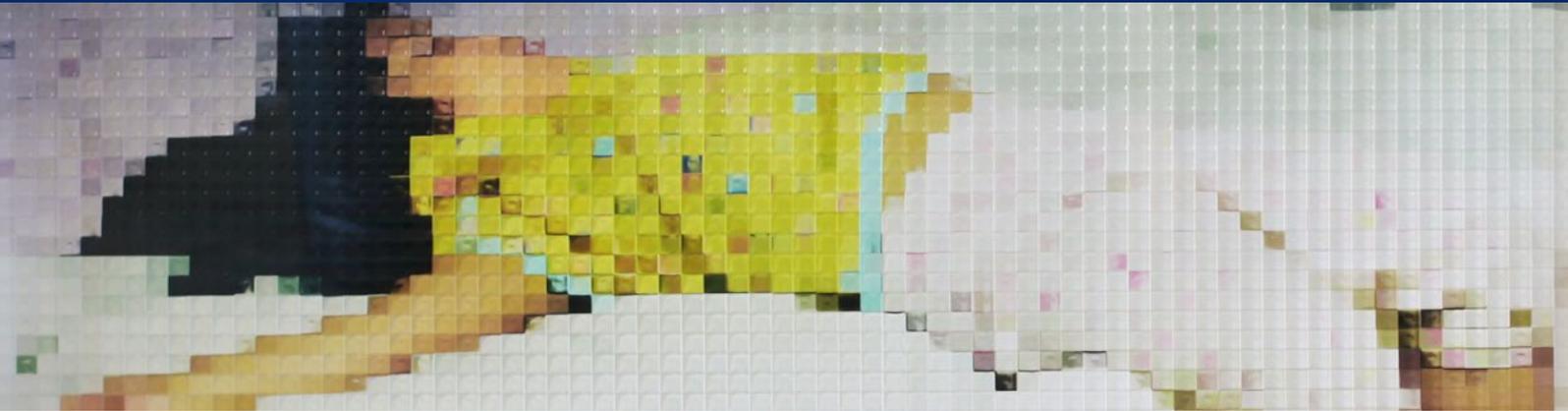


6

Juni 2016 _ 27. Jahrgang_www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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



Neu ab dem 1. Juli 2016

EBM-Kapitel „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung“

Neurologen- und Psychiatertag 2016

Wie das Gehirn auf Stress reagiert

Psychisch kranke Patienten

Gewalt gegen Ärzte und Pflegepersonal

CME: Sprachstörungen

Aphasietherapie und Neurorehabilitation so früh wie möglich beginnen



»Die Ziffern, die es für uns in der derzeitigen GOÄ gibt, sind wenig differenziert, viel zu wenig an der Zahl und zudem dramatisch unterbewertet.«

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

Wir brauchen eine neue GOÄ – JETZT!

Vieles war in den letzten Monaten zum Thema GOÄ zu lesen. Fast wie in der „großen Politik“ schien es, als würde ein Skandal dem nächsten folgen. Andererseits muss man auch zugeben, dass seit den Anfängen der jetzigen GOÄ-Novelle im Jahr 2004 doch schon eine Menge Wasser den Rhein hinuntergeflossen ist, wie man hier im Rheinland sagt. Ich finde, unsere drei Verbände haben das Glück, dass wir in diesen zwölf Jahren durchgängig gemeinsam den Prozess der Novellierung der GOÄ mitentwickelt und gestaltet haben. Die Erinnerungen an die diversen Verhandlungsstände sind noch präsent, wir haben alle Dokumente der Verhandlungen aus dieser Zeit noch auf unseren Rechnern und wir haben deshalb auch gemeinsam zunächst unter der langen Verhandlungsdauer und zuletzt unter der aus unserer Sicht dramatischen Selbst-Demontage der ärztlichen Selbstverwaltung gelitten.

Neurologen, Nervenärzte und Psychiater werden in der derzeitigen GOÄ systematisch gegenüber anderen Fachgruppen benachteiligt – soviel steht fest. Die jetzige GOÄ, deren Gebührenordnungsziffern die Medizin der 1970er- und 1980er-Jahre darstellen, bildet das breite Leistungsgeschehen unserer Fächer nicht mehr ab. Die Ziffern, die es für uns in der derzeitigen GOÄ gibt, sind wenig differenziert, viel zu wenig an der Zahl und zudem dramatisch unterbewertet. Die Unterbewertung geht so weit, dass bei uns in manchen Fällen das schon deutlich unterfinanzierte Honorar für gesetzlich Versicherte höher ist als das für privat Versicherte. Insofern haben wir drei Verbände in der Novellierung der GOÄ intensiv das Hauptziel verfolgt, diese systematische Benachteiligung auszuräumen, indem wir die Untersuchungs- und Gesprächsziffern deutlich differenziert, neue Leistungen definiert und insgesamt der Tatsache Rechnung getragen haben, dass wir es in unserer fachärztlichen Tätigkeit mit Menschen mit Hirnfunktionsstörungen zu tun haben. Hier hatten wir in den Verhandlungen übrigens eine breite Unterstützung durch die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, deren Ziele den unseren sehr ähnlich sind.

Es war für uns über die ganzen Jahre hinweg ein klares, stets wiederholt und glaubhaft vorgetragenes sowie in den Verhandlungen real verfolgtes Vorhaben der GOÄ-Verantwortlichen von der Bundesärztekammer, dass die sprechende Medizin insgesamt gestärkt werden sollte. Wenn man jetzt die Kritik

namhafter Verbände hört, sollte man sich fragen, ob vielleicht die Furcht vor Honorarverlust für die dort vertretenen Fachgruppen durch eine GOÄ-Novelle dabei eine Rolle gespielt haben könnte. Diese Furcht wäre dann tatsächlich nicht ganz unbegründet, wenn die Leistungen des Faches mittlerweile deutlich kostengünstiger zu erbringen sind als noch vor über 30 Jahren, wie dies die Preisentwicklung bei manchen technischen Leistungen durchaus nahelegt.

Weiterhin muss man sich klar machen, dass die Verhandlungspartner bei der GOÄ-Novelle andere sind, als wir sie üblicherweise von Verhandlungen zu EBM-Novellen oder bei Gehaltstarifverhandlungen im Krankenhaus kennen. Die GOÄ ist eine Bundesrechtsverordnung, die durch den Bundesrat zustimmungspflichtig ist. Es sitzen bei den Verhandlungen neben der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband auch Vertreter der Beihilfestellen und damit der Landesregierungen mit am Tisch. Das gerät manchmal in Vergessenheit, weil seit über 30 Jahren keine grundsätzliche Änderung an der GOÄ mehr stattgefunden hat, während auf der anderen Seite in der ärztlichen Wahrnehmung in dieser Zeit schon mehrfach EBM-Novellen und Tarifverhandlungen für Krankenhausärzte über die Bühne gegangen sind.

Es sind also viele Facetten zu berücksichtigen, wenn man in der derzeitigen Debatte differenziert mitdiskutieren möchte. Unsere Verbände glauben nicht, dass durch die jetzige Novellierungsvorlage der GOÄ eine „EBMisierung“ droht. Dieser müsste ein gedeckeltes Gesamtbudget zugrunde liegen. Hierfür fehlen bei der GOÄ aber die Grundvoraussetzungen. Die Forderung nach Beibehalten der jetzigen GOÄ mit einem „Faktor plus x“ hilft uns auch nicht, im Gegenteil: Das würde ja die Festschreibung der jetzigen Benachteiligung für die nächsten Jahrzehnte bedeuten.

Also: Wir brauchen eine neue GOÄ, nicht irgendwann, sondern jetzt!



8 Neuronale Plastizität

Der Neurologen- und Psychiatertag 2016 beschäftigte sich mit der Frage, wie das Gehirn auf Stress reagiert. Alkohol- und Drogenkonsum führen insbesondere im Jugendalter zu strukturellen Veränderungen im Gehirn. Psychosozialer Stress und psychische Traumata wirken nicht nur auf Gedächtnis und die neuronale Plastizität, sondern hinterlassen sogar Spuren im Genom.

27 Grenzüberschreitungen

Es gibt sie – Lerninhalte und Programme zur primären und sekundären Prävention sexueller Übergriffe in der Psychotherapie und in psychiatrischen Behandlungen – aber leider werden sie nur selten routinemäßig im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung systematisch vermittelt. Um so wichtiger ist es, in Supervision und Intervention auch das Thema Missbrauch im Blick zu haben. Leitungsstrukturen und Aufsichtsinstanzen müssen im Sinne einer Null-Toleranz-Politik konsequent reagieren.

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Titelbild (Detail): „awww!“, 2008 / 2016 5721 hits“, Lambda Ausbelichtung, Isolorglas, 100 x 100 x 6 cm, von Carsten Nolte

Inhalt 6

Juni 2016

3 Editorial

Wir brauchen eine neue GOÄ – JETZT!

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Die Verbände informieren

8 Wie das Gehirn auf Stress reagiert

Berichterstattung vom Neurologen- und Psychiatertag 2016 in Köln

Thomas Müller, Neu-Isenburg

12 Auszeichnung: BVDN-Award für Dr. Paul Reuther

Thomas Müller, Neu-Isenburg

14 Benigne, mild, moderat, aktiv, hochaktiv – die Gesichter der MS

ZNS-Versorgungsforum Südhessen

Christoph Meyer, Bensheim

18 „Wir brauchen Versorgungskonzepte, die auch ‚unsichtbare‘ Symptome einschließen“

Spitzenverband ZNS

19 Vom Sinn und Unsinn von Zertifikaten

Frank Bergmann, Aachen

20 Gesundheitspolitische Nachrichten

KBV: Terminservicestellen überflüssig

Neu ab 1. Juli 2016: EBM-Kapitel 30.13 „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung“

Gunther Carl, Kitzingen

25 „Beharrlich einen Schritt nach dem anderen gehen“

Neues aus BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt

Friederike Klein, München

27 Stellungnahme zur Weiterentwicklung von PEPP

BVDN, BDN, BVDP, BKJPP, bvpp, BPM, Dptv, KBV

Rund um den Beruf

31 Wer wahrnimmt und schweigt, bestätigt die Verhältnisse

Prävention sexueller Übergriffe

Bettina Wilms, Querfurt

36 Was wollen niedergelassene Fachärzte?

Umfrage zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz

Jens Bohlken, Berlin, Gunther Carl, Kitzingen

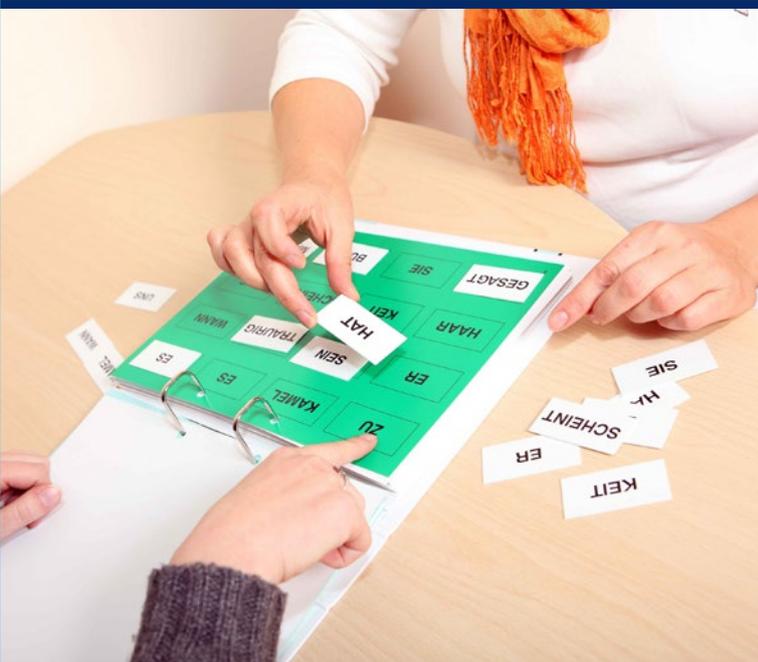
38 Clozapin-Behandlung: Verlängert sich die QT-Zeit mit dem Älterwerden?

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

Hermann Sebastian Fießl, München

39 Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung – bevorstehende Änderungen

Gereon Nelles, Köln



56 Aphasietherapie so früh wie möglich

Nach einer durch Hirnschädigung erworbenen Aphasie sollte die Sprachtherapie so früh wie möglich nach dem Ereignis beginnen, um die Spontanremission zu unterstützen, um Fehlentwicklungen wie Automatismen zu hemmen, und um den Leidensdruck der Betroffenen zu mildern. Über den weiteren Behandlungsbedarf und -umfang entscheiden die individuellen Zielsetzungen und das Lernpotenzial des Patienten.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

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

Schriftleitung:

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

Aboservice:

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

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



Fortbildung

- 40 Gewalt psychisch kranker Patienten gegen Ärzte und Pflegepersonal**
 Agitation, Aggression, körperliche Übergriffe
Sophie Hirsch, Tilman Steinert, Ulm Weissenau
- 46 Aufsuchende Dienste in der Alterspsychiatrie**
 Klinische Vorteile und Nachhaltigkeit des AGIL
Egemen Savaskan, Zürich
- 50 Therapieresistente Major Depression**
 Psychiatrische Kasuistik
Francesca Regen, Berlin
- 53 Olfaktorik und Lebensqualität**
 Riechstörung
Antje Hähner und Ilona Croy, Dresden
- 56 Sprachstörungen**
 Aphasietherapie und Neurorehabilitation so früh wie möglich beginnen
Annette Baumgärtner, Hamburg
- 61 CME-Fragebogen**

Journal

- 66 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
 Zwischen Elchjagd und EEG
 Lars Gustafssons letzter Roman
 „Doktor Wassers Rezept“
Gerhard Köpf, München
- 70 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
 Fenster zur Außen- und Innenwelt
Angelika Otto, München

- 34 Kleinanzeigen**
- 62 Pharmaforum**
- 72 Termine**
- 74 Verbandsservice**
- 79 Impressum/Vorschau**

Neurologen- und Psychiatertag 2016

Wie das Gehirn auf Stress reagiert

Neurowissenschaftler verstehen immer besser, wie das Gehirn mit psychischen und organischen Belastungen umgeht. Auf dem diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag am 29. April in Köln sprachen Experten über die daraus resultierenden Konsequenzen für die Therapie und Prävention.

Wie verarbeitet das Gehirn Stress? Wie versucht es, seine Funktion unter dem Einfluss von entzündlichen und degenerativen Erkrankungen aufrechtzuerhalten? Solche Fragen standen im Zentrum des diesjährigen Neurologen- und Psychiatertages in Köln ebenso wie neue Ansätze in der Traumatherapie.

„Wir sind Zeitzeugen einer explosionshaften Wissensvermehrung. Forschungsergebnisse der Neurowissenschaften verändern die Sichtweise auf die Entstehungsbedingungen und die Dynamik neuropsychiatrischer Erkrankungen“, erläuterte Dr. Frank Bergmann bei der Eröffnung der Tagung der drei Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP. Daraus würden sich auch neue Therapien und Präventionsansätze ergeben. Der BVDN-Vorsitzende deutete

etwa auf neue Erkenntnisse in der Traumaforschung hin: „Wir müssen zur Kenntnis nehmen, wie dramatisch und nachhaltig sich traumatische Erlebnisse auf die Fähigkeiten auswirken, zu lernen und sich in einer Wissensgesellschaft zu behaupten.“ Als Konsequenz forderte Bergmann, dass sich neuropsychiatrisch tätige Ärzte und Therapeuten stärker in die Debatte um präventive Konzepte einmischen sollten. „Man mag in den USA und Europa darüber nachdenken, wie sich die Gehirne von Kindern unter dem Einfluss ununterbrochener TV-Berieselung und frühester Dauernutzung von Smartphones, Tablets und Computern verändern. Fast noch mehr Brisanz hat aber die Frage, welche prädiktorische Aussagekraft die hohe Gewaltbereitschaft in vielen Ländern für deren Weiterentwicklung und die Politik hat, die

aus diesen Gesellschaften hervorgeht“, sagte Bergmann.

Gefährlicher Drogenkonsum in der Jugend

Zu interessanten Debatten könnten auch neue molekularbiologische Erkenntnisse führen. Bestimmte Genpolymorphismen sind nach Ansicht von Professor Dieter Braus, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie in Wiesbaden, für Psychotherapeuten durchaus relevant. So entscheidet ein Polymorphismus an Position 66 im Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) mit über den Erfolg einer Expositionstherapie. Bei den meisten Menschen steht an Position 66 im BDNF-Protein die Aminosäure Valin. Leiden solche Menschen an Ängsten, kann eine Expositionsbehandlung den ventromedialen präfrontalen



Im Rahmen des diesjährigen Neurologen- und Psychiatertags referierten Experten in Köln über aktuelle Themen, wie die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und den Einfluss von Stress auf die neuronale Plastizität.

Kortex (vmPFC) in seiner Aktivität verstärken und die Amygdala in ihrer Funktion bremsen. „Genau das wollen wir bei einem Angstpatienten erreichen“, sagte Braus. Umgekehrt verhalte es sich jedoch bei den etwa 10 % der Angstpatienten mit der Methionin-Variante: „Die Aktivität im vmPFC wird noch weiter geschwächt und der Angstgenerator noch stärker aktiviert. Nicht bei jedem Patienten ist die Expositionsbehandlung daher erfolgreich.“

Die neuronale Plastizität wird auch stark durch Stress beeinflusst, erläuterte der Neurologe und Psychiater: Moderater, akuter und freiwilliger Stress verbessere die Plastizität und Resilienz, chronischer und traumatischer Stress begünstigen den Untergang von Nervenzellen. „Zu wenig und zu viel Stress ist nicht gut, zu starker Stress ebenfalls nicht.“ Entscheidend für die Wirkung von Stress auf die Plastizität und die Mikrostruktur des Gehirns sei jedoch auch der Zeitpunkt. Für besonders vulnerabel hält Braus die pränatale Phase mit Effekten auf die Gehirnentwicklung, die ersten drei Lebensmonate sowie die gesamte Adoleszenz, besonders die ersten Jugendjahre. Hier bestehe ein erhöhtes Risiko für ADHS, Angststörungen oder Depressionen, aber auch die finalen kognitiven Fähigkeiten und die kognitive Kontrolle entwickelten sich in der Pubertät und seien entsprechend gefährdet – nicht nur durch Stress, sondern auch durch Drogen.

Braus verwies auf Studien, nach denen regelmäßiges Kampfrinken in der Jugend zu persistierenden strukturellen Veränderungen im Hippocampus führt, während intermittierender Alkoholkonsum im Erwachsenen Gehirn keine entsprechenden Spuren hinterlässt. Auch akuter Cannabiskonsum wirke auf psychiatrische Schlüsselregionen wie PFC, Hippocampus und Amygdala – hier sei die Dichte von Endocannabinoidrezeptoren besonders hoch. Diese nehme jedoch bei Cannabiskonsum vor allem in der Jugend ab – mit entsprechenden Auswirkungen. So gehe ein häufiger Cannabiskonsum in der Pubertät mit einem deutlich niedrigeren IQ als Erwachsener einher, dagegen habe der Cannabiskonsum bei einem Beginn im Erwachsenenalter kaum Einfluss auf die



Intelligenz. Cannabis scheine vor allem die Aussprossung von neuen Synapsenverbindungen und deren Myelinisierung zu stören. „Hier sollten wir uns als Ärzte einmischen. Wir verfügen über die Daten, und wir erleben die Probleme eines Kindes, das bislang gut in der Schule war, dann aber plötzlich Mühe hat, das Abitur zu schaffen“, sagte Braus.

Netzwerkstörung bei MS

Kognitive Störungen sind – aus ganz anderen Gründen – auch bei MS-Patienten ein häufiges Problem, erläuterte Privatdozentin Dr. Iris-Katharina Penner vom Cogito-Zentrum für angewandte Neurokognition und Neuropsychologische Forschung in Düsseldorf. Solche Patienten suchen nach den richtigen Worten, vergessen oft, was sie gerade tun wollen, und können Informationen viel langsa-

mer als früher verarbeiten. Die Neurowissenschaftlerin verwies auf Studien, nach denen rund die Hälfte der MS-Patienten über kognitive Probleme klagt. Die Defizite können demnach schon früh auftreten und korrelieren nur wenig mit dem Behinderungsgrad und der Erkrankungsdauer. In einer Untersuchung bei 163 Patienten mit „benigner“ MS – sie hatten nach 15 Jahren einen EDSS-Wert von höchstens 3 Punkten – klagten 45 % über kognitive Beeinträchtigungen, 49 % über Fatigue und 54 % über Depressionen. Das lasse daran zweifeln, ob es überhaupt eine benigne MS-Form gebe.

Am stärksten entwickelten sich die Veränderungen in den ersten fünf Jahren einer MS, sagte Penner. Dies sei das beste Zeitfenster, um kognitive Probleme zu verhindern, danach würden die geistigen Fähigkeiten nur noch langsam abneh-



© Thomas Müller

„Wenn jemand sehr viele Läsionen präfrontal hat, dann gibt es sicher Probleme mit den Exekutivfunktionen.“ (Prof. Iris-Katharina Penner)



© Thomas Müller

„Die Mutter gibt dem Kind das Signal. Du kommst in eine gefährliche Umgebung.“ (Prof. Thomas Elbert)

men. Als Auslöser für derartige Probleme sieht die Expertin die Unterbrechung von Axonen. Entscheidend sei dabei nicht nur, wie viele, sondern vor allem wo Nervenverbindungen zugrunde gehen. So würden Läsionen im Corpus callosum bei MS-Patienten mit kognitiven Störungen doppelt so häufig auftreten wie bei kognitiv unauffälligen MS-Kranken. Über die Lokalisation der Läsionen lasse sich auch sagen, welche kognitive Teilleistung beeinträchtigt ist. „Wenn jemand sehr viele Läsionen präfrontal hat, dann gibt es sicher Probleme mit den Exekutivfunktionen.“ Ähnliches gilt auch für kortikale Läsionen. Je nach dem, in welchen Kortexregionen sie auftreten, beeinträchtigt dies die damit verbundenen kognitiven Leistungen. Zeigen lassen sich die Läsionen mit einer alten MRT-Sequenz, der Double Inversion Recovery

(DIR). Allerdings ließen sich auch mit diesem Verfahren kortikale Läsionen nur recht grob abbilden – das eigentliche Ausmaß der kortikalen Zerstörung werde nach wie vor erst in histopathologischen Untersuchungen deutlich, erläuterte die Expertin.

Eine gute Abschätzung, in welchem Ausmaß sich kognitive Defizite entwickeln werden, bieten Hirnvolumenmessungen in den ersten beiden Jahren nach der Diagnose. „Allerdings wird das in der klinischen Routine bislang selten gemacht.“ Die Auswertung solcher Messungen sei nicht trivial. Die Wissenschaftlerin warnte davor, Cut-off-Werte für eine pathologische Atrophie festzulegen – häufig wird ein Hirnvolumenverlust von 0,4 % oder 0,5 % als kritisch betrachtet. „Es gibt jedoch eine starke Überlappung zwischen MS-Patienten

und Gesunden.“ Die Cut-off-Werte beruhten auf großen Kohortenstudien und ließen sich nicht auf einzelne Patienten anwenden. Penner kritisierte, dass mittlerweile schon radiologische Praxen Atrophiemessungen als IGeL anbieten und solche Grenzwerte verwenden. „Das ist unseriös.“

Wie sich die MS auf die kognitive Funktion auswirkt, lässt sich auch anhand von Netzwerkmodellen darstellen. Das Konnektom, also die Gesamtheit der neuronalen Verbindungen, verfügt danach über sogenannte „Rich-Club-Hubs“ oder Zentralknotenpunkte mit besonders vielfältigen Verbindungen und hohem Datenfluss. Die Forscherin sieht darin eine Art Zeremonienmeister. Werden sie durch Läsionen beschädigt, herrscht zunächst Chaos. Schließlich versucht das Gehirn, die Knoten über Alternativpfade zu umgehen und die Funktionalität aufrechtzuerhalten, dabei kann es auch zu Maladaptationen kommen. Funktioniert diese Kompensation nicht mehr, droht ein Netzwerkkollaps: Die Leistung des Netzwerks sinkt, die kognitive Dysfunktion nimmt rapide zu. Ganz hilflos sind die Patienten gegen solche Veränderungen jedoch nicht. In einzelnen Studien ließen sich zumindest Hinweise finden, wonach körperliches und kognitives Training die kognitive Leistung stabilisieren kann.

Stress hinterlässt epigenetische Spuren

Ebenfalls gravierende Auswirkungen auf Hirnfunktion, Konnektivität und Plastizität haben psychische Traumata. Professor Thomas Elbert, Leiter des Bereichs Klinische Psychologie und Neuropsychologie an der Universität Konstanz, wies auf die rund 30 „neuen Kriege“ hin, die derzeit in der Welt toben. Solche Auseinandersetzungen, erläuterte der Traumaforscher, werden von irregulären Kampfseinheiten geführt, die sich aus Söldnern und paramilitärischen Kräften zusammensetzen. „Gut 80 % dieser Kämpfer wurden bereits als Kinder rekrutiert, also in einer sensiblen Phase der Entwicklung, in der das Gehirn eine andere Plastizität besitzt als bei Erwachsenen.“ Im Gegensatz zu klassischen territorialen Kriegen haben die Kämpfer primär die Zivilbevölkerung im Visier und

terrorisieren diese mit systematischen Massakern, Vergewaltigungen und Folterungen, was sowohl bei den Opfern als auch den noch jungen Tätern zu psychischen Traumata führt.

Die Auswirkungen auf das Gehirn hängen deutlich von der Zahl traumatischer Erlebnisse ab. Elbert nannte eine Untersuchung seines Teams bei über 3.300 Personen im Südsudan, von denen die meisten infolge der Kriege traumatische Erlebnisse berichten konnten. Die Prävalenz psychischer Störungen wie PTBS, Depression, funktionellen Behinderungen, aber auch somatischer Beschwerden war umso höher, je mehr furchtbare Ereignisse die Personen erlebt hatten. Bei vier bis sieben Ereignissen litten 30 % an einer Traumafolgestörung, bei über 20 waren es bereits 80 % und bei mehr als 28 Ereignissen 100 %. Elbert sprach hier von einem „Bausteineffekt“: „Es ist die Summe der belastenden Erfahrungen.“ Besonders ausgeprägt waren die Depressionen und Traumafolgen in seinen Untersuchungen bei Personen, die auch eine belastende Kindheit hatten. Bei ihnen können Schlüsselreize ausreichen, um die Vergangenheit plötzlich wieder aufleben zu lassen und die Gegenwart zu verdrängen. Elbert zeigte ein Video eines Mannes mit Flashback, der bereits mit 14 Jahren als Kommandeur eine kleine Kampftruppe befehligte. Während eines Therapiegesprächs fühlte er sich wieder in einen Kampf zurückversetzt, band sich ein Kabel, das er für einen Patronengürtel hielt, um die Hüfte und begann vermeintliche Kameraden zu befehligen. Er sei sicher gewesen, sich mitten im Kampf zu befinden, sagte er danach. Solche Personen, erläuterte Elbert, empfinden die Gegenwart oft als Illusion und weniger real als die Vergangenheit. Sie können aber wieder lernen, die Geschehnisse richtig in der Vergangenheit zu verorten und Erinnerungen als solche zu erkennen – der ehemalige Kindersoldat hat nach seiner Therapie erfolgreich ein Studium abgeschlossen.

Traumatische Erlebnisse wirken jedoch nicht nur auf das Gedächtnis und die neuronale Plastizität, sondern auch auf das Genom. Elbert nannte etwa die Methylierung von bestimmten Basenpaaren. Sie verhindert das Ablesen des

„Narrative Expositionstherapie bei traumatisierten Flüchtlingen funktioniert auch bei Kindern oder Menschen mit geringer Bildung.“
(Dr. Maggie Schauer)



© Thomas Müller

entsprechenden Gens. „Psychosozialer Stress dreht nun an solchen Methylierungsmustern, und die Veränderungen sind teilweise noch über Generationen hinweg nachweisbar.“

Die Änderungen beginnen bereits in der Schwangerschaft, wenn die Mutter ihre Hauptstressachse aktiviert. Nachweisen konnten dies die Wissenschaftler um Elbert sowohl bei Kindern von Frauen, die während der Schwangerschaft von ihren Partnern geschlagen wurden, als auch bei Kindern in den brasilianischen Favelas, in denen die Mütter hohem Stress ausgesetzt sind. „Die Mutter gibt dem Kind das Signal: Du kommst in eine gefährliche Umgebung.“ Heraus kommt dann oft ein Kind, das eher ängstlich ist und schlecht schläft, aus diesem Grund eine Bedrohung aber rasch wahrnimmt und bei Gefahren schnell reagiert. Solche Personen seien jedoch weniger neugierig und explorativ – in einer Wissensgesellschaft ein deutlicher Nachteil.

Psychotherapie mit Unterstützung von Laien

Für Dr. Maggie Schauer, Gruppenleiterin im Bereich Klinische Psychologie und Neuropsychologie an der Universität Konstanz, ist es daher sehr wichtig, bei humanitärer Hilfe in Kriegs- und Krisenregionen nicht nur an Sicherheit, Unterkunft und Essen zu denken, sondern auch an die psychische Gesundheit. Schwer traumatisierte Menschen seien kaum in der Lage, ihre Felder zu bestellen, zu arbeiten und zu lernen, was ihre

Wiedereingliederung in die Gesellschaft und deren Aufbau erschwere. „Psychische Gesundheit gilt noch immer als Luxus, das ist ein großer Fehler“, sagte die Psychotraumatologin. So seien in Kriegs- und Bürgerkriegsregionen ein Drittel bis die Hälfte der Bevölkerung traumatisiert, und das gelte auch für Flüchtlinge, die aus solchen Ländern zu uns kommen. Zudem hätten 70–80 % der Flüchtlinge in ihren Herkunftsländern massive häusliche Gewalt erlebt. Ohne psychische Unterstützung könne deren Integration nur schwer gelingen. Allerdings kämen klassische psychotherapeutische Verfahren aufgrund der hohen Zahl der Hilfsbedürftigen kaum infrage. Hier müssten robuste und niederschwellig abgestufte Modelle greifen, die mit Laien arbeiten, bevorzugt solchen aus der Heimat der Flüchtlinge, da sie mit Sprache, Umgangsformen und Gebräuchen gut vertraut sind. Die Verfahren müssten zudem disseminierbar sein – die Lientherapeuten sollten ihrerseits weitere Personen ausbilden.

Vor allem mit der narrativen Expositionstherapie (NET) habe man gute Erfahrungen in Krisenregionen gemacht. Schauer nannte etwa eine Studie aus Ruanda: Hier gingen die traumatischen Beschwerden durch die Therapie drastisch zurück, wobei die Ergebnisse bei den einheimischen angeleiteten Laien oft noch besser waren als bei den ausländischen professionellen Therapeuten. Schauer schlug ein ähnliches Konzept auch zur Unterstützung traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland vor. Die

NET helfe vor allem, traumatische Erlebnisse wieder in Raum und Zeit zu verorten und sie dadurch zu bewältigen. Die Expertin erinnerte an die Furchtnetzwerke im Gehirn, die bei entsprechenden Auslösern aktiviert werden: „Die Lehrerin sagt im Sport, die Kinder sollen so schnell rennen, wie sie können. Alle laufen los und schreien, das traumatisierte Kind sieht dann plötzlich wieder die Bomben fallen und spürt gleichzeitig den Ärger auf den Stiefvater, der es schlägt.“ Traumatische Erlebnisse lodern erneut hoch, verschmelzen miteinander und werden als real wahrgenommen. Die Personen befinden sich wieder mitten in diesen Situationen. Gelingt es dagegen, die Ereignisse in einen zeitlichen Zusammenhang einzuordnen, können

die Betroffenen die hochkochenden Bilder und Sinneswahrnehmungen als Erinnerungen erkennen und lassen sich nicht mehr so leicht von ihnen überwältigen, erläuterte Schauer. Die Therapeuten gehen dabei in drei Schritten vor. Zunächst verschaffen sie sich anhand von Checklisten und Fragebögen einen Überblick: Welche Ereignisse sind aufgetreten, wie sind sie abgelaufen? Die Patienten müssen dabei oft nur nicken, den Kopf schütteln, bejahen oder verneinen. Anschließend werden die Ereignisse chronologisch anhand einer Lebenslinie mit Gegenständen an- und eingeordnet: Steine stehen für ein traumatisches Ereignis, Blumen für ein freudiges, Stöcke für selbst ausgeübte Gewalt und Aggression, Kerzen für Verlust und Verlassen-

werden. „Das funktioniert auch bei Kindern oder Menschen mit geringer Bildung“, so Schauer. Schließlich werden die Erlebnisse in der narrativen Exposition aufgearbeitet. Die Therapeuten unterstützen das Durcharbeiten der Ereignisse und nehmen eine empathische und akzeptierende Haltung ein. Die heißen Furchtnetzwerk-Assoziationen sollen dabei mit den „kalten“ räumlich-zeitlichen Kontexten verknüpft werden, etwa mit Fragen wie „Was ist dann passiert?“, „Welche Bedeutung hatte dies?“, „Wie geht es ihnen jetzt beim Erzählen?“, „Was haben Sie damals erlebt?“ Das Erzählen schafft die Verbindung zum sicheren Hier und Jetzt, die Erinnerungen werden dadurch als vergangen klassifiziert. Der Therapeut notiert die Erzählung und liest sie in der nächsten Sitzung vor, der Patient kann nun Ergänzungen und Korrekturen vornehmen. Untersuchungen in Flüchtlingslagern hätten ergeben, dass 60 % der traumatisierten Personen nach der NET in der Lage waren, das Lager zu verlassen, mit reiner Psychoedukation nur 11 %.

Auszeichnung

BVDN-Award für Dr. Paul Reuther

Sanitätsrat Privatdozent Dr. Dr. med. Paul Reuther wurde beim diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag am 29. April in Köln mit dem BVDN-Award ausgezeichnet. Der Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), Dr. Frank Bergmann, lobte in seiner Laudatio den Einsatz des Arztes für die neurologische Rehabilitation und die Neuropsychologie. „Er hat die Neuropsychologie, die viele Jahre ausschließlich in der Rehabilitation verankert war, in die ambulante kurative Medizin gebracht“, sagte Bergmann. Dadurch sei sie eine ambulant erbringbare kurative Leistung geworden.

Reuther war zunächst an der Neurologischen Universitätsklinik in Würzburg tätig und ließ sich 1984 als Neurologe nieder. Er ist Mitbegründer, geschäftsführender Partner und ärztlicher Leiter des „Zentrums für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge Neurologische

Therapie RheinAhr“ in Ahrweiler. Dort habe er maßgeblich die Entwicklung der Neurorehabilitation vorangetrieben, so Bergmann. Reuther sei nicht müde geworden, ICF*-orientierte Therapien und das Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung zu etablieren. 2002 wurde er durch den Ministerpräsidenten von Rheinland-Pfalz zum Sanitätsrat ernannt und im selben Jahr erhielt er die Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer.

Thomas Müller, Neu-Isenburg



© Thomas Müller

Der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann verlieh Dr. Paul Reuther den BVDN-Award für sein Engagement bei der Etablierung der Neurorehabilitation.

*ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Modellprojekt geplant

Geplant ist nun ein Modellprojekt zur Laien-unterstützten Psychotherapie für Flüchtlinge in Düsseldorf, erläuterte Elbert während der Podiumsdiskussion. „Wir wollen natürlich nicht, dass die Laien, die hier als Notfallversorger auftreten, dies alleine tun.“ Die Idee sei vielmehr, dass Profis die Beteiligten supervidieren und beraten, damit sie erkennen, wenn ein Fall zu kompliziert für sie wird. Der Traumaforscher hält die Beteiligung von Laientherapeuten nicht für den optimalen, aber für den einzig gehbaren Weg. Dafür müssten aber Mittel außerhalb der bestehenden Strukturen zur Verfügung gestellt werden. Geschehe das nicht, könnte das für die deutschen Sozialsysteme teuer werden. Elbert geht davon aus, dass dann etwa ein Drittel der Flüchtlinge traumabedingt nie produktiv tätig sein wird und dauerhaft auf Transferleistungen angewiesen ist. □

AUTOR

Thomas Müller, Neu-Isenburg

Hier steht eine Anzeige.



ZNS-Versorgungsforum Südhessen

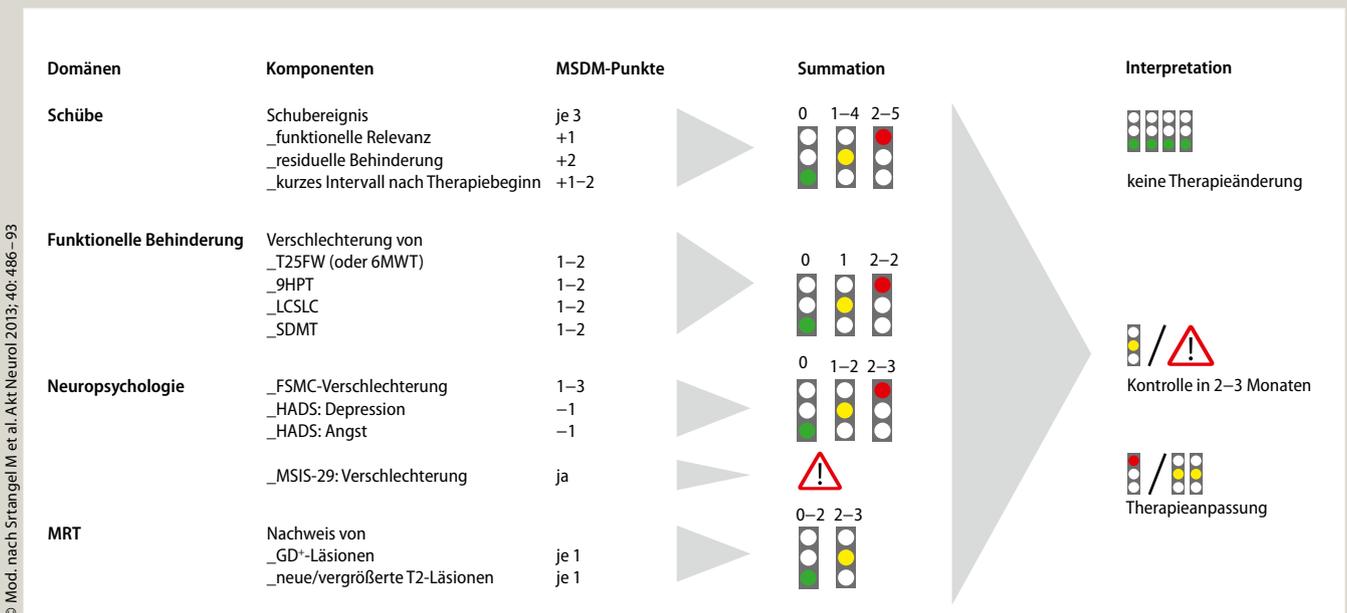
Benigne, mild, moderat, aktiv, hochaktiv – die Gesichter der MS

Am 5. März 2016 kamen die im Zentrum für Neurologie und seelische Gesundheit (ZNS) Südhessen organisierten Neurologen, Psychiater und Nervenärzte zu ihrem jährlichen Treffen in Darmstadt zusammen. Ihr Thema – die Suche nach regionalen Lösungsvorschlägen für die Versorgungsprobleme bestimmter Krankheitsgruppen – zielte in diesem Jahr auf Patienten mit Multipler Sklerose. Insbesondere ging es um die richtige Diagnostik der verschiedenen MS-Verlaufsformen.

Zu der Frage „Wann ist MS primär aktiv und wann im Verlauf?“ nahm Professor Matthias Mäurer, Chefarzt des Caritas-Krankenhauses Bad Mergentheim, Stellung. Die Terminologie zum klinischen Verlauf hat sich zwischen 1996 und 2013 weiterentwickelt, stellte er fest. Der Begriff RRMS (relapsing-remitting disease) wurde erweitert um die Subgruppe CIS (clinically isolated syndrome). Die aktive CIS-Untergruppe

kann übergehen in die RRMS. Die progrediente MS-Erkrankung war 1996 noch unterteilt in PPMS (primär progrediente MS), SPMS (sekundär progrediente MS) und PRMS (progredient rezidivierende MS). Seit 2013 unterteilt man die progredienten Formen in einerseits aktiv mit und ohne Progression (entsprechend PPMS), andererseits nicht aktiv mit und ohne Progression (entsprechend SPMS).

Mäurer erwähnt auch den Begriff der „benignen MS“, deren Häufigkeit in der Literatur zwischen 5 % und 40 % angegeben wird. Es besteht hier keine einheitliche Krankheitsdefinition. Die „Benignität“ basiert meistens auf einem EDSS-Wert von unter 3 nach zehn bis 15 Jahren Krankheitsdauer. Nach dieser Definition tritt die benigne MS mit einer Prävalenz zwischen 10 % und 20 % auf, wobei nach 29 Jahren nur noch 7 % der MS-Patienten



© Mod. nach Srtangel M et al. Akt Neurol 2013; 40: 486-93

Abb. 1: Das Multiple Sclerosis Decision Model (MSDM) bewertet vier Parameter nach einem Ampelmodell.

ten dieser Untergruppe zugeordnet werden können, als deutlicher Hinweis auf eine wenn auch langsame Behinderungsprogression.

Vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren zunehmenden therapeutischen Optionen und immer differenzierteren typologischen Zuordnung der MS wurde 2014 das Therapieschema weiterentwickelt, so dass die Therapieziele mehr an den individuellen Verlauf angepasst und rechtzeitige Therapieoptimierungen eingeleitet werden können. Es wird nun unterschieden zwischen milden/moderaten und (hoch-) aktiven Verlaufsformen, mit jeweils unterschiedlichen Therapievorgaben.

Einschätzung bei Erstdiagnose

Der pragmatisch denkende Kliniker kennt zwei Konstellationen, bei denen er schon bei der Erstdiagnose von einer hochaktiven Verlaufsform ausgehen kann:

1. Zwei funktionell relevante Schübe innerhalb eines Jahres und unzureichendes Ansprechen auf Kortison beziehungsweise die Notwendigkeit der Eskalation der Schubtherapie.
2. Erstmanifestation mit einem behindernden Schub und deutlicher NMR-Aktivität. Die deutliche NMR-Aktivität wird definiert nach Einschätzung des erfahrenen Untersuchers, alternativ nimmt man als Orientierungsgröße mindestens drei Gadolinium-aufnehmende Herde.

Trifft einer dieser beiden Punkte nicht zu, geht man bei Erstdiagnose von einer milden/moderaten Verlaufsform aus.

Eine hochaktive Verlaufsform unter Therapie von mehr als sechs Monaten würde aus Sicht des Kliniklers bei einer der beiden folgenden Bedingungen festgestellt werden:

1. Klinischer Krankheitsschub und nachweisbare Kernspinaktivität. Innerhalb der ersten zwölf Monate ab Therapiebeginn wäre für die Feststellung der hochaktiven Verlaufsform die klinische Aktivität auch als alleiniger Parameter ausreichend.
2. Zunahme der Kernspinaktivität im Verlauf.

Trifft keiner der beiden Punkte zu, geht man von einer milden/moderaten Verlaufsform aus.

— Prognostisch gute Faktoren sind: Initiale Optikusneuritis, ausschließlich sensorische Symptome, langes Intervall zwischen zwei Rezidiven, keine Behinderungsprogression innerhalb von fünf Jahren, Kernspintogramm unauffällig oder mit nur geringer Läsionslast.

— Prognostisch schlechte Faktoren sind: Multifokales CIS, Befall efferenter Fasersysteme des ZNS, infratentorielle (Hirnstamm, Rückenmark) Läsionen im Kernspintogramm, Zunahme der Läsionslast im Kernspintogramm innerhalb des ersten Jahres nach Erstmanifestation, hohe Rezidivrate in den ersten zwei bis fünf Jahren, substantielle Behinderungsprogression innerhalb von fünf Jahren, hohe Läsionslast im Kernspintogramm.

Hilfreich für eine individuelle und an der Krankheitsaktivität orientierte Therapie ist laut Mäurer das Multiple Sclerosis Decision Model (MSDM) von Martin Stangel, das in einem Ampel-Modell vier Parameter bewertet (**Abb. 1**):

- Schübe (Anzahl, Charakteristik, zeitliche Dynamik),
- Behinderung (T25FW, 9HPT, LCSLC, SDMT),
- Neuropsychologie (FSMC, HADS, MSIS-29),
- NMR-Aktivität (jede Gadolinium-aufnehmende Läsion, jede neue oder vergrößerte T2-hyperintense Läsion ohne Gadoliniumaufnahme).

In der anschließenden Diskussion zu Mäurers Vortrag wurde allerdings festgestellt, dass der MSDM zum Einsatz in einer Praxis zu aufwändig und daher nicht geeignet sei. Als zusätzlicher prognostischer Parameter wurden die oligoklonalen Banden im Liquor genannt. Aus dem klinischen Alltag würde man vermuten, je höher die Anzahl der Banden desto schlechter die Verlaufsprognose, so die Meinung einiger Teilnehmer. Dies blieb jedoch in der Diskussion umstritten, denn bisher gäbe es keine belastbare Studie, die die Anzahl der oligoklonalen Banden als prognostisches Kriterium bestätigt haben. Ansonsten seien Biomarker derzeit von untergeordneter Bedeutung für die prognostische Einschätzung. Eine Schlüsselrolle in der Diagnose, dem Monitoring und der Aktivitätsabschätzung komme

inzwischen der Kernspintomografie zu. Klinische Krankheitsaktivität unter einer Basistherapie sei ebenfalls ein guter Aktivitätsparameter und deute auf eine ungünstige Langzeitprognose hin.

Hochaktive Formen erkennen

Auf das therapeutische Management der MS aus Sicht des Niedergelassenen ging Dr. Stefan Specht, Facharzt für Neurologie am Neurologikum Darmstadt/Griesheim ein. Um Patienten mit (hoch-) aktiver MS frühzeitig identifizieren zu können, hat die Arbeitsgruppe Multiple Sklerose des ZNS Südhessen den Aktivitätsindikator MS (AIMS) entwickelt. Er ist ebenfalls nach einem Ampelmodell erarbeitet, aussagekräftig und in der Praxis praktikabel. Eine frühzeitige Identifikation und adäquate Therapie der (hoch-) aktiven MS ist umso wichtiger, da fast alle Patienten ab einem EDSS von 3,0 innerhalb von fünf Jahren Werte bis 6,0 erreichen und bereits schwer behindert sind. Es muss also das Ziel sein, das Erreichen eines EDSS von 3,0 so weit es geht hinauszuzögern. Basis dieses Entscheidungsinstruments ist wie auch beim MSDM die Gewichtung von prognostisch eher günstigen und eher ungünstigen Faktoren.

— Prognostisch eher günstig sind: monosymptomatischer Beginn, nur sensible Symptome, kurze Dauer der Schübe, gute Rückbildung der Schübe, erhaltene Gehfähigkeit, Erkrankungsbeginn vor dem 35. Lebensjahr.

— Prognostisch eher ungünstig sind: Polysymptomatischer Beginn, früh motorische und zerebelläre Symptome, lang dauernde Schübe, schlechte Rückbildung der Schübe, initial zahlreiche Läsionen im Kernspintogramm, früh pathologische SEP und MEP.

Stellen wir die Therapie zum richtigen Zeitpunkt um? In der Praxis orientiere man sich bisher an der Schubaktivität, der Behinderungsprogression und der Krankheitsaktivität im Kernspintogramm, was aber der Komplexität der MS in Anbetracht der inzwischen zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen nicht mehr gerecht werde, so Specht. „Was uns eigentlich interessiert ist, zu identifizieren wer primär (hoch-) aktiv ist, also diese Patienten bereits beim ersten Termin zu erkennen“.

Bei der Entwicklung des AIMS legte die Arbeitsgruppe Wert auf ausreichende Sensitivität und Spezifität, sehr geringer Zeitaufwand für den Arzt, die Möglichkeit zur Delegation von Teilaufgaben an das Praxispersonal und die Einbeziehung klinischer, anamnestischer und paraklinischer Daten. Berücksichtigt werden im Einzelnen die Liquoraktivität, die kernspintomografische Aktivität, die Reaktion auf eine Kortison-Stoßtherapie, die Schubaktivität und charakteristische klinische Verlaufsmerkmale. Die Sammlung der Daten führt wie auch beim MSDM zu pragmatischen Empfehlungen in einem Ampelmodell. Der AIMS ist geeignet zur Frühidentifikation von (hoch-) aktiven Verlaufsformen bei der Erstuntersuchung; eine Variante des AIMS wird eingesetzt zur Verlaufsbeurteilung. Wesentliches Merkmal des AIMS ist es, dass die klinische Symptomatik für die Therapieentscheidung führend ist. Im Gegensatz zu anderen Entscheidungsinstrumentarien führen hier kernspintomografische Kriterien allein nicht zu einem Wechsel der Therapie.

In der anschließenden Diskussion zwischen Klinikern und Niedergelassenen wurde deutlich, dass mit dem AIMS endlich ein Instrumentarium zu Verfügung stehen könnte, das auch in einer neurologischen Praxis ohne größeren Aufwand einsetzbar, trotzdem aussagekräftig und sehr praktikabel ist. Es wird demnächst in den Mitgliedspraxen des ZNS Südhessen in Hinblick auf die Alltagstauglichkeit „auf Herz und Nieren“ geprüft – man darf gespannt sein.

Neuropsychologische Probleme

Zu den neuropsychologischen Problemen in der Diagnostik und Therapie bei MS nahm Dr. Stefan Frisch Stellung. Er arbeitet als psychologischer Psychotherapeut in der Abteilung für klinische Neuropsychologie an der neurologischen Universitätsklinik Frankfurt.

MS-Patienten leiden häufig unter Einschränkungen der Kognition, der Belastbarkeit (Fatigue) und der Affektivität. Klassische Umschreibungen durch die Patienten können sein: „Der Faden reißt ab“ (vermehrte Ablenkbarkeit), „alles rauscht vorbei“ (kognitive Verlangsamung, verzögerte Informationsaufnahme), „ich kann nicht mehr zwei Dinge

gleichzeitig machen“ (Probleme bei Mehrfachanforderungen), Wortfindungsstörungen, „ich kann nicht mehr mit dem Kopf arbeiten“ (z. B. Kopfrechnen). Diese Beschreibungen weisen bereits auf Defizite in der Wortflüssigkeit, der basalen Reaktions- und Verarbeitungsgeschwindigkeit und in der Aufmerksamkeitsteilung hin. Interessant ist, dass gleichzeitig die Planung und die Handlungskontrolle häufig nicht oder kaum beeinträchtigt sind.

Kognitive und Leistungsdefizite

Die Prävalenz kognitiver Störungen bei MS liegt mit 40 % bis 70 % sehr hoch, wird im klinischen Alltag oft unterschätzt und ist prädiktiv für den Verlust der Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren nach der Erstdiagnose. Die häufigsten Domänen sind die Verarbeitungsgeschwindigkeit, das verbale Gedächtnis, das Arbeitsgedächtnis und die Wortflüssigkeit. Zu den MS-bedingten körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen bestehen keine bis allenfalls moderate Zusammenhänge, was zum Beispiel eine gutachterliche Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit sehr schwierig macht.

Kognitive Defizite bei MS korrelieren nicht unbedingt mit dem Ausmaß der Demyelinisierungsherde im kranialen Kernspintogramm. Allerdings gibt es strategische „white matter lesions“, die mit den kognitiven Defiziten korrelieren und auch einen prognostischen Wert haben (Diskonnektion). Strategische „grey matter lesions“ betreffen vor allem den Thalamus und die Basalganglien. Um die Korrelation zwischen kognitivem Defizit und in der Bildgebung darstellbarer Läsion festzustellen, müssten jedoch erst sowohl das kognitive Defizit als auch die Läsion definiert und reproduzierbar gemessen werden können. Wie bereits festgestellt, ist die Definition eines kognitiven Defizits sehr schwierig aufgrund von Überschneidungen in der Beschreibung und wegen der Wechselwirkungen mit individuellen psychopathologischen Eigenschaften wie Fatigue, Depression, Schlaf- oder Antriebsstörung.

Zum Screening auf kognitive Einschränkungen ungeeignet ist der Mini Mental State (MMST). Dieser war für

eine andere Zielgruppe mit einem anderen Defizitprofil und anderer Altersstruktur entwickelt worden. Geeignet wären dagegen zum Beispiel der Multiple Sclerosis Inventar Cognition (MUSIC), der Faces Symbol-Test (FST) oder der Paced Auditory Serial Addition-Test (PASAT), die jeweils etwa 10 Minuten Untersuchungszeit beanspruchen. In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass vor allem der PASAT kritisch gesehen wird, da er den Patienten zu sehr mit seinen Defiziten konfrontiert. Bei auffälligem Befund oder auch bei anhaltendem Verdacht trotz unauffälligem Befund ist eine differenzierte neuropsychologische Untersuchung notwendig. Hier stellten die Teilnehmer des ZNS-Versorgungsforums übereinstimmend fest, dass die Strukturen für eine solche Untersuchung – zumindest in Hessen – nicht in ausreichendem Maße vorhanden sind, geschweige denn eventuell notwendige kognitive Rehabilitationsangebote. Das liege nicht nur an der mangelhaften Vergütung, sondern vor allem auch an den hohen Anforderungen (Ausbildungszeit, Untersuchungsaufwand, Qualitätskontrollen), die an potenzielle Leistungserbringer gestellt werden.

Kognitive und Leistungsdefizite können MS-Patienten oft kurzfristig kompensieren, indem sie zusätzliche zerebrale Netzwerke rekrutieren. Diese Plastizität des Gehirns lässt sich gut darstellen im Brain Mapping, bei dem MS-Patienten mit nachgewiesenen kognitiven Defiziten bei gleichen Aufgaben ganz unterschiedliche Gehirnareale aktivieren, ohne dass es zu Unterschieden in der Aufgabenleistung kommt. Diese kognitive Reserve und damit auch die Fähigkeit, Schädigungen „wegzustecken“ ist individuell unterschiedlich. In prospektiven Studien konnte gezeigt werden, dass die kognitive Reserve mit einem höheren Bildungsgrad und einer stärkeren intellektuellen Anregung korreliert und dass dadurch das Risiko kognitiver Störungen gesenkt wird.

Fatigue

Fatigue als erhöhte psychische und/oder körperliche Erschöpfbarkeit betrifft 50 % bis 80 % der MS-Patienten. Interessanterweise gibt es keinen eindeutigen Zusam-

Hier steht eine Anzeige.



menhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen Erschöpfung und der objektiven Leistungsfähigkeit. Charakteristisch ist eine deutliche Ermüdung bei konzentrativ hohen Anforderungen mit einem mit der Dauer der Aufgabe zunehmendem Leistungsabfall und ein stark erhöhtes Schlafbedürfnis.

Die Erfahrung zeigt, dass Überschneidungen zwischen Fatigue und Depression schwer zu differenzieren sind. Der Persönlichkeitsfaktor „Neurotizismus“ (emotionale Labilität) korreliert mit einer höheren Fatigue bei MS-Patienten, körperliche Symptome werden stärker krankheitsattribuiert, es besteht eine höhere Stresswahrnehmung. So korrelieren Fatigue-Fragebögen auch ohne depressionssensitive Items mit dem Ausmaß einer depressiven Stimmungsauslenkung. Andererseits beeinflusst eine Depressionsbehandlung auch das Ausmaß einer Fatigue. Geeignete Fragebögen für Fatigue sind der Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) und die Fatigue Severity Scale (FSS).

Depression

30 % bis 60 % der MS Patienten leiden an einer depressiven Verstimmung und 30 % bis 40 % zusätzlich auch an den Symptomen einer Angststörung. Hier spielen häufig externe Kontrollüberzeugungen eine große Rolle, die Hilflosigkeit nimmt mit Dauer der Erkran-

kung zu. Aus klinischer Sicht sind ein hoher Selbstanspruch, geringe Kontrollerwartung und hohe Konfliktvermeidung charakteristisch für MS-Patienten. Nicht geeignet zum Screening sind standardisierte Selbsteinschätzungsskalen, die häufig trotz klinisch eindeutig depressiver Stimmungsauslenkung unauffällig sind. Therapeutisch hilfreich sind hier neben Medikamenten vor allem psychoedukative Maßnahmen.

Therapeutischer Nihilismus ist auf keinen Fall angebracht. So kann durch eine Psychoedukation eine Verbesserung der Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität erreicht werden. Eine computergestützte Therapie oder auch eine Gruppentherapie ist in der Lage, die Aufmerksamkeitsleistung zu verbessern. Über kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen können hohe Selbsterwartungen bearbeitet und der Selbstwert gestärkt werden. Protektiv wirksam ist die Selbstbeobachtung von Belastungssituationen, das Erlernen von Entspannungsmöglichkeiten, die Einübung von Bewältigungsstrategien (Tagesplanung, Pausenmanagement, Stressmanagement).

Situation in Südhessen

In seinem Impulsvortrag nahm Dr. Gerd Reifschneider, niedergelassener Neurologe am Neurozentrum Erbach/Odenwald Stellung zur Frage „Was kann die ambulante Versorgung leisten – Be-

standsaufnahme und Vision“. Die neuropsychiatrischen Praxen in Südhessen seien gut aufgestellt in der Versorgung von MS-Patienten. Es gäbe eine gute Zusammenarbeit mit den regionalen neurologischen Kliniken oder Abteilungen, stellte er fest. Allerdings sei die MS eine Krankheit, die in erster Linie ambulant behandelt und betreut wird. Andererseits haben sich die diagnostischen und therapeutischen Optionen in den letzten Jahren deutlich erweitert und sind komplexer geworden, so dass eine Schwerpunktbildung notwendig werde. In Südhessen funktioniere die Kooperation zwischen den neuropsychiatrischen Praxen gut: Basistherapie ist Sache jeder Praxis, in der Eskalationstherapie überlegt sich jeder Niedergelassene, wann er die Schwerpunktpraxen konsultiere, letztere entscheide in Einzelfällen und bei schweren Verlaufsformen die weitere Eskalation durch eine Anbindung an eine der regionalen Kliniken. „Wir arbeiten nach dem Motto: Jeder macht, was er kann und weiß wo seine Grenzen sind – dann ist der nächste dran“, fasste Reifschneider zusammen. □

AUTOR

Dr. med. Christoph Meyer

Neurologe und Psychiater in Bensheim, Vorstandsmitglied des ZNS Südhessen

SPiZ: „Wir brauchen Versorgungskonzepte, die auch ‚unsichtbare‘ Symptome einschließen“

Anlässlich der Vorstellung des „Weißbuch Multiple Sklerose“ des IGeS-Instituts in Berlin äußerte sich der Spitzenverband ZNS (SPiZ) zu dringend benötigten neuen Versorgungsstrukturen für MS-Patienten. „Es gibt enorme Fortschritte bei den innovativen Immuntherapien der MS. Ein großes Problem sind aber die für die Patienten sehr belastenden Begleitsymptome der Krankheit. Hier fehlen angemessene Versorgungskonzepte und -strukturen“, erläutert der Vorsitzende des BDN, Dr. Uwe Meier. Beispiele für diese belastenden Beschwerden sind laut Meier die „unsichtbaren“ Symptome wie Konzentrationsstörungen, Fatigue oder Blasenstörungen, die

häufig auch Hauptursache für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sind. „Wir brauchen vor allem Zeit, um diese Patienten angemessen zu beraten und zu begleiten, außerdem neue Leistungsangebote wie spezielle Schulungen und symptombezogene Kurzzeittherapien“, so Meier. Dies sei in der Regelversorgung zurzeit nicht vorgesehen. „Deshalb benötigen wir neue Versorgungsverträge in der integrierten Versorgung oder im Rahmen des zusammen mit der KBV erarbeiteten neuropsychiatrischen Versorgungskonzeptes.“ Nötig seien auch spezielle Behandlungsteams nicht nur für neuropsychologische Störungen, sondern auch für besondere Probleme wie

Spastiken, Schmerzen oder Blasen- und Mastdarmstörungen. Dies wäre laut Meier im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) sofort umsetzbar. Er kritisiert, dass sich die Gesellschafter des G-BA noch nicht auf die Erstellung der entsprechenden Anlage zur „ASV-Richtlinie“ einigen konnten, obwohl sie bereits für das Jahr 2013 vorgesehen war. „Die Berufsverbände und die medizinische Fachgesellschaft haben sektorenübergreifend konsentrierte Konzepte dafür, wie die ASV für MS-Patienten gestaltet werden könnte“, betonte Meier. Die Versorgung würde sich für viele Patienten ad hoc verbessern. **Spitzenverband ZNS (SPiZ)**

Symposium Fachkunde

Vom Sinn und Unsinn von Zertifikaten

In der Argumentation für die Einführung von Zertifikaten wird das Patienteninteresse grundsätzlich an erster Stelle genannt. Aber welche berufspolitischen und wirtschaftlichen sekundären Interessen stehen dahinter? Und sind Zertifikate tatsächlich das geeignete Instrument für eine Verbesserung der Versorgung?

Zertifikate für einzelne medizinische Fachgebiete oder Gruppen können in Ergänzung der Facharztweiterbildung geeignet sein, spezifische Qualifikationen abzubilden. Ein typisches Beispiel im Bereich Psychiatrie, Nervenheilkunde und Neurologie, aber auch in anderen fachärztlichen Disziplinen ist die Fachkunde „Verkehrsmedizin“. Weitere Beispiele für curriculare Fortbildungen der Ärztekammern für Themen, die nicht obligatorisch in der Facharztweiterbildung vermittelt werden (müssen), sind etwa „Ernährungsmedizin“ oder „reisemedizinische Gesundheitsberatung“. Unabhängig davon werden zunehmend Zertifizierungen für fachärztliche Kernkompetenzen gefordert, zum Beispiel um eine Expertise in einem speziellen diagnostischen (z. B. Ultraschalleistungen) oder therapeutischen Bereich nachweisen zu können. Problematisch wird es dann, wenn diese Zertifikate zur obligatorischen Legitimation für eine be-

stimmte Leistungserbringung werden. Das „Psychotherapeutenverfahren“ der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) schließt schon jetzt alle Fachärzte und Psychotherapeuten aus, die nicht die geforderten Nachweise einer traumaspezifischen Fortbildung erbringen. Die DGPPN hatte beispielsweise mit dem Zertifikat „Forensische Psychiatrie“ die spezielle therapeutische, vor allem aber auch gutachterliche Expertise in der strafrechtlichen Begutachtung fördern und öffentlichkeitswirksam dokumentieren wollen. Die Ziele wurden nur bedingt erreicht, nach der ersten Welle der Anträge auf das neue Zertifikat blieb das erhoffte Interesse im Weiteren sehr zögerlich. In der Umsetzung weiterer Zertifikate wie „Gerontopsychiatrie“ oder „Konsil- und Liaisonpsychiatrie“ waren die Erfahrungen kaum anders.

Aktuell hat die Einführung eines Zertifikates der Bundesärztekammer zusammen mit der Bundespsychothera-

peutenkammer zur Traumapsychotherapie (Curriculum „Psychotherapie der Traumafolgestörungen“) eine Diskussion über die Sinnhaftigkeit weiterer Zertifikate entfacht, zumal die Einführung eher „geräuschlos“, ohne aktive Einbindung der Fachgesellschaften und Verbände erfolgte. Dieses Curriculum – mit zu dokumentierenden Behandlungsfällen und Abschlussprüfung – lehnen wir in der bestehenden Form strikt ab.

Standards obligatorisch vorgeben?

In der Argumentation für die Einführung von Zertifikaten wird das Patienteninteresse grundsätzlich an erster Stelle genannt. Welche sekundären Interessen bestehen und werden verschwiegen? Nicht nur in der Gestaltung von Weiterbildungsordnungen, auch in der Diskussion um wissenschaftliche Leitlinien werden stets berufspolitische und wirtschaftliche Interessen „eingepflegt“.

Insbesondere geht es um die Frage, ob Zertifikate tatsächlich das geeignete Instrument für eine Verbesserung der Versorgung darstellen, oder ob sie durch den zwangsläufigen Flaschenhals Behandlungen eher erschweren, zum Beispiel durch Verweigerung der Kostenübernahme durch die Kostenträger gegenüber nicht zertifizierten Fachärzten und Psychotherapeuten. Cui bono? lautet daher die Kernfrage in der Diskussion um die Sinnhaftigkeit von Zertifikaten. Wir haben uns entschlossen, dazu ein Symposium auf dem nächsten DGPPN-Kongress zu gestalten. □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
1. Vorsitzender BVND

Symposium: Zertifizierungen und Fachkundebescheinigungen in der Psychiatrie und Psychotherapie – Kompetenzsicherung oder -zersplitterung?

Vorsitzende: Dr. med. Frank Bergmann, Aachen; Prof. Dr. med. Michael Linden, Berlin

Themen:

- Verfahrensspezifische störungsübergreifende Psychotherapie
Prof. Dr. med. Michael Linden, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation Charité
- Sinn und Unsinn von Zertifikaten aus Sicht der DGPPN
Prof. Dr. med. Peter Falkai, Direktor der Psychiatrischen Klinik der LMU München

— Zum Stellenwert und Nutzen von Zertifikaten in der forensisch-psychiatrischen Begutachtung

Dr. med. Nahlah Saimeh, LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

— Auswirkungen von Zertifikaten und Fachkunden in Patientenversorgung und Berufsausübung im ambulanten Sektor

Dr. med. Frank Bergmann, ZNS Kapuzinerkarree Aachen

DGPPN-Kongress, 23. – 26.11.2016
CityCube Berlin

NEUROLOGEN UND PSYCHIATER GEFRAGTE FACHÄRZTE KBV: Terminservicestellen überflüssig

➔ Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden seit dem Start der Terminservicestellen (TVS) Ende Januar bis Ende April 2016 insgesamt etwa 31.000 Facharzttermine bundesweit vermittelt. Der Gesetzgeber schrieb die Einrichtung dieser Terminservicestellen vor, um Patienten einen dringlichen Facharzttermin in spätestens vier Wochen zu ermöglichen. Insgesamt entstehen jedoch jährlich mehr als 550 Millionen Behandlungsfälle im ambulanten Bereich, so die KBV. Damit sei der Beweis erbracht, dass Terminservicestellen nicht erforderlich sind. 20% der Patienten würden die Termine nicht wahrnehmen. Nach Angaben von Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV kann dies nicht „dauerhaft sanktionslos bleiben“. Gassen wies auch darauf hin, dass die Terminservicestellen keine Wunschtermine bei Wunschärzten vermitteln. Die informelle Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten bei wirklich dringenden Fällen funktioniert dagegen seit Jahren reibungslos. Die KV Telematik GmbH, ein Tochterunternehmen der KBV, hat zudem eine Internetseite entwickelt, auf der Fachärzte elektronisch freie Termine eintragen können. Dieses System wird bereits von elf KVen genutzt. Außerdem befindet sich zurzeit ein elektronisches System in der Entwicklung, um direkt vom Praxisverwaltungs-PC auf die Internet-Terminvergabe zugreifen zu können.

Kommentar: Die TVS-vermittelten Termine machen also ungefähr 0,2 Promille aller Facharztkontakte aus. Die hohe Zahl nicht wahrgenommener Termine könne „auf Dauer nicht sanktionslos bleiben“. Damit meint Herr Gassen offenbar, dass Sanktionen eingeführt werden sollten, um die Termintreue der Patienten zu stärken. Die bayerische KV ermittelte ähnlich geringe Nachfragesfrequenzen. Interessant war in diesem Zusammenhang die differenzierte Auswertung nach den angefragten Fachgruppen. Von allen als dringlich vermittelten Facharztterminen war der Bedarf an neurologischen Terminen mit 24% mit weitem Abstand am höchsten, psychiatrische Termine waren mit 9% ebenfalls sehr gefragt. In ähnlicher Frequenz bewegte sich die Vermittlung von kardiologischen, onkologischen und rheumatologischen Nachfragen.

In Bayern hatte der BVDN die Kolleginnen und Kollegen unserer Fachgruppen nach ihren Erfahrungen mit den TVS per Fax befragt. Von zirka 450 angefragten Kollegen antworteten etwa 150. Etwa 30% der antwortenden Kollegen erhielt keine einzige Anfrage der TVS. Die anderen Praxen bekamen eine bis 20 (im Mittel zwei bis vier) Telefonate der bayerischen TVS. Bei etwa 20% der zugesagten Termine meldeten sich die Patienten wieder ab, weitere 20% ließen die Termine unentschuldigt verstreichen. Viele Kolleginnen und Kollegen antworteten, dass die vermittelten Termine zwar sinnvoll, aber nicht unbedingt sehr eilig waren.



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

» Von allen als dringlich vermittelten Facharztterminen war der Bedarf an neurologischen und psychiatrischen Terminen mit 33% mit weitem Abstand am höchsten.«

Alle wirklich aus medizinischem Grund dringlichen Termine wurden informell überwiegend telefonisch vom überweisenden Arzt angekündigt und auch kollegial angenommen. Damit bestätigt sich eindrucksvoll die bisherige Einschätzung, dass es sich mit den TVS um ein von der SPD in den Koalitionsverhandlungen eingebrachtes klassenkämpferisches Politikum handelt. Neid sollte geschürt werden mit der Unterstellung, dass Privatpatienten den GKV-Patienten die Termine beim Facharzt wegnehmen. Geflissentlich verschwiegen wurde, dass es in Deutschland nur 10% Privatpatienten gibt. gc

NEUERUNG AB DEM 1. JULI 2016

EBM-Kapitel 30.13 „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung“ eingeführt

➔ Der Bewertungsausschuss hat in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 einen Beschluss zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2016 gefasst. Infolge der Vereinbarung nach § 118a SGB V zur Ermächtigung geriatrischer Institutsambulanzen zur ambulanten spezialisierten geriatrischen Diagnostik wurde der EBM um einen neuen Abschnitt 30.13 (Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung) erweitert. Des Weiteren hat

der Bewertungsausschuss eine Empfehlung zur Finanzierung dieser Leistungen abgegeben. Dieser Beschluss ist im Ärzteblatt 14/2016 veröffentlicht. Wir drucken ihn hier in den wesentlichen Abschnitten wörtlich ab:

Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 03362 im Abschnitt 3.2.4 EBM

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 (hausärztliche geriatrische Ge-

bührenordnungsposition, Anmerkung der Redaktion) setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 und/oder eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments und/oder des weiterführenden geriatrischen Assessments darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.

30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30988 können nur von

- Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM (Hausärzte, Anm. d. Redaktion) und in Kooperation mit Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM im Ausnahmefall von
 - Fachärzten für Neurologie
 - Fachärzten für Nervenheilkunde
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
 - Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
- berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen 30981 und 30984 bis 30986 können nur von

- Fachärzten für Innere Medizin und Geriatrie,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie,
 - Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die eine geriatrische Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V nachweisen können, und
 - ermächtigten geriatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V
- berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.

3. Die Gebührenordnungsposition 30984

kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß Nr. 1 erfolgt und eine Vorabklärung gemäß der Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 stattgefunden hat.

4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts

sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen

Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab Beginn des 71. Lebensjahres) und
- Vorliegen von mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe gemäß § 15 SGB XI:
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, veringertes Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
 - Dysphagie
 - Inkontinenz(en)
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts

setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen.

6. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts

setzt die Angabe von ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM, die den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentieren, voraus.

GOP 30980 (194 Punkte)

Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13

Obligatorer Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13

- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür gegebenenfalls erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen, einmal im Krankheitsfall

GOP 30981 (131 Punkte)

Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13

Obligatorer Leistungsinhalt:

- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel des Abschnitts 30.13

- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür gegebenenfalls erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen, einmal im Krankheitsfall

GOP 30984 (882 Punkte)

Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V

Obligatorer Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Umfassendes geriatrisches Assessment (z. B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten) und soziales Assessment (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf) jeweils in mindestens fünf Bereichen einschließlich einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung
- Einbindung von mindestens einem der folgenden anderen Leistungserbringer gemäß § 6 Nr. 3 der Vereinbarung nach § 118a SGB V: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden

- Syndrombezogene geriatrische Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen
- Differenzialdiagnostische und differenzialprognostische Bewertung der geriatrischen Syndrome und des Gesamtbefundes auf Basis des weiterführenden geriatrischen Assessments
- Feststellung des Behandlungsbedarfs, Festlegung von geriatrischen Behandlungszielen und Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplans einschließlich Empfehlungen für die medikamentöse Therapie, gegebenenfalls zu Heil- und Hilfsmitteln sowie zu rehabilitativen Maßnahmen und zur weiteren Diagnostik und Verlaufsbeurteilung des Patienten

— Dauer mindestens 60 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Beratung sowie Information über geeignete Behandlungsmöglichkeiten, Beratungs- und Hilfsangebote sowie Unterstützungsleistungen und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten, ihre Angehörigen und Bezugspersonen
- Abstimmung und Beratung mit dem überweisenden Arzt
- Nachuntersuchungen
- Einbindung von Neuropsychologen, einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30984 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 30984 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 30984 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Einbindung von Neuropsychologen verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 30984 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03360, 03362 und 30988 berechnungsfähig.

GOP 30985 (325 Punkte)

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30984 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments:

- je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall

GOP 30986 (234 Punkte)

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30985 für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments:

- je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall

GOP 30988 (65 Punkte)

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21321 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik

Obligatorer Leistungsinhalt:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, gegebenenfalls Durchführung therapeutischer Maßnahmen gemäß dem Therapieplan, nach Durchführung eines multiprofessionellen geriatrischen Assessments

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Konsiliarische Beratung mit anderen behandelnden Ärzten, einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.

Kommentar aus Sicht der Berufsverbände:

Einerseits musste dem Willen des Gesetzgebers Rechnung getragen werden, geriatrische Institutsambulanzen zu ermöglichen, die dann natürlich auch ein entsprechendes Tätigkeitsfeld und GKV-Abrechnungsmöglichkeiten benötigen. Andererseits steht die Förderung der geriatrischen Versorgung ohnehin auf der gesundheitspolitischen Agenda. Was der Bewertungsausschuss, der bekanntermaßen von Krankenkassen und Ärzten paritätisch besetzt ist, hierzu beschlossen hat, erfüllt zwar die gesetzliche Anforderung. Die geriatrische Versorgung wird mit den angegebenen EBM-Positionen und den eng gestrickten Bewertungen und Leistungsausschlüssen aber sicherlich nicht verbessert. Zudem entsteht hierdurch ein schwer zu durchschauendes Kompetenz- und Zuständigkeitswirrwarr. Geriatrische Institutsambulanzen, die ja an Krankenhäuser angegliedert sind, können nur diagnostisch tätig werden, indem sie ein erweitertes geriatrisches

Assessment erstellen. Sie sollen damit den Vertragsärzten Vorschläge machen, welchen Hilfebedarf der betroffene Patient hat. Aus Sicht der Vertragsärzte sind geriatrische Institutsambulanzen ohnehin überflüssig, zu Recht werden sie nicht therapeutisch tätig sein können.

Nur Vertragsärzte mit der Zusatzqualifikation Geriatrie – das wird auch in unseren Fachgruppen der Nervenärzte, Psychiater und Neurologen auf sehr wenige zutreffen – dürfen das erweiterte geriatrische Assessment erstellen. Vorbereitende Leistungen für das erweiterte geriatrische Assessment dürfen nur Hausärzte erbringen, im Ausnahmefall auch Nervenärzte, Psychiater und Neurologen. Wobei nicht definiert ist, welche Ausnahmefälle gemeint sind. Immerhin scheint hier jemand mitgedacht und zumindest auf dem Papier die besondere Bedeutung und Häufigkeit von Alters-ZNS-Erkrankungen berücksichtigt zu haben. Beinahe alle der von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern in Heimen mitversorgten Patienten erfüllen die Kriterien nach Nr. 4 der geriatrischen EBM-Bestimmungen (zwei Items aus Pflegestufe, Mobilitätsstörung, HOPS, Dysphagie, Frailty, Inkontinenz, Schmerz).

Nachbereitende Leistungen nach dem erweiterten geriatrischen Assessment können naturgemäß nur dann erbracht werden, wenn ein erweitertes geriatrisches Assessment bereits stattfand. Das wird aber in den seltensten Fällen erstellt werden, denn die geriatrische Zusatzweiterbildung ist auch unter Hausärzten sehr wenig verbreitet. Aus diesen Gründen wird es zunächst einmal so bleiben wie es ist: Geriatrisch engagierte Kolleginnen und Kollegen werden wie bisher der Ethikfalle nicht entrinnen können und qualifizierte geriatrische Diagnostik, Therapie und Koordinationsleistungen kostenfrei mit hohem Aufwand leisten – auch ohne offizielles Qualitätssiegel. Jedenfalls leistet die gesamte Regelung nicht das, was sie vorgibt erreichen zu wollen. Möglicherweise könnte eine unbürokratische Übergangsqualifizierung für die Zusatzbezeichnung Geriatrie helfen für Kollegen, die bisher schon in größerem Umfang und längerer Dauer geriatrisch tätig waren.

gc

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt

Beharrlich einen Schritt nach dem anderen gehen

Die Arbeit für den Berufsverband erfordert Zähigkeit. Dann zahlt sie sich auch aus, wie sich in Sachsen-Anhalt zeigt: Viele kleine Stellschrauben konnten adjustiert werden, die Honorarsituation ist stabil und die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater im Land werden von der KV Sachsen-Anhalt einbezogen. Grund zum Ausruhen ist das nicht – es werden neue Vorstandsmitglieder gesucht, die möglichst auch die wachsende Gruppe der Neurologen und Psychiater im Verband und bei der KV Sachsen-Anhalt repräsentieren.

Im Frühjahr 2017 stehen die turnusmäßigen Vorstandswahlen im BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt an. Für die Wahlperiode von vier Jahren werden Nachfolger für ausscheidende Vorstandsmitglieder gesucht. „Wir brauchen Nachwuchs, insbesondere auch Neurologen und Psychiater“, sagte der 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Sachsen-Anhalt, Dr. Michael Schwalbe aus Lutherstadt-Wittenberg, der selbst erneut kandidieren wird. Er findet es wichtig, dass diese wachsenden Fachgruppen im Vorstand repräsentiert sind.

Mitwirkung lohnt

Es sind nicht immer die umwälzenden Veränderungen, oft sind es die Erfolge im Kleinen, die zeigen, dass sich Verbandsarbeit lohnt. So konnte mit Inkrafttreten am 1. April 2016 ein neues qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) für die Schlafpolygrafie durchgesetzt werden. „Es haben sich mehr Neurologen niedergelassen, die auch eine Schlafpolygrafie machen“, berichtet Schwalbe, „deshalb habe ich dieses Anliegen an die KV Sachsen-Anhalt herangetragen.“ Mit dem neuen QZV geht diese besondere Leistung jetzt nicht im allgemeinen Honorartopf unter.

Der BVDN Sachsen-Anhalt unterstützt auch ein Projekt von Professor Hans-Jochen Heinze von der Klinik für Neurologie an der Otto von Guericke-Universität Magdeburg. Ziel ist die Implementierung eines ambulanten telemedizinischen EEG-Systems mit einer speziellen EEG-Kappe, die Patienten in

ihrer gewohnten Umgebung auf dem Kopf tragen. Sobald die Zulassungsbedingungen geregelt sind, beginnt der Praxistest, an dem sich 20 bis 30 nervenärztliche und neurologische Praxen beteiligen wollen. „Das alte EEG bekommt damit wieder eine Aufwertung“, hofft Schwalbe. Die Honorierung dieser neuen EEG-Leistung läuft nach einer Vereinbarung mit den Krankenkassen extrabudgetär.

Führung und leitliniengerechte Therapie der Depression durch Nervenärzte und Psychiater wurden in Sachsen-Anhalt in den Hausarztvertrag eingegliedert. „Dafür bekommen wir zweimal im Jahr 15 €“, erläutert Schwalbe und meint: „Kleinvieh macht auch Mist.“ Er konnte erreichen, dass auch Patienten mit Demenzen und Schlaganfallfolgen wie einer Halbseitenlähmung in einem weiteren Anhang im Hausarztvertrag für Heimbetreuungen (neben weiteren Diagnosen) berücksichtigt werden. Die Ver-

sorgung von Patienten mit Parkinson und Epilepsie wurde noch nicht mit aufgenommen, hier hofft Schwalbe auf die nächste Ausbauphase.

Weitere Verträge der integrierten Versorgung waren in Sachsen-Anhalt angedacht, aber die Verhandlungen wurden seitens der Krankenkassen beendet. Die KV Sachsen-Anhalt hat aber weitere Vereinbarungen mit den Krankenkassen in Sachsen-Anhalt getroffen, die in bescheidenem Maße zu extrabudgetären Honoraren bei Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern führen. So werden für die dokumentierte Versorgung von Patienten in Heimen je nach Aufwand 5 € oder 10 € extra honoriert. „So kann man vieles im Kleinen erreichen, weil man gefragt wird“, sagt Schwalbe. Die konstante Arbeit des Vorstands und die gute Zusammenarbeit mit der KV Sachsen-Anhalt haben dazu geführt, dass der Berufsverband bei allen wichtigen Vorhaben der KV Sachsen-Anhalt gehört wird.

Mit Beharrlichkeit und Ausdauer geht es stetig aufwärts – auch im BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt.



Einladung zum DGPPN-Kongress 2016

Unter dem Motto „Psyche – Mensch – Gesellschaft“ befasst sich der DGPPN-Kongress 2016 mit den vielschichtigen Wechselwirkungen, die sich auf das Leben von psychisch erkrankten Menschen auswirken. Denn wie keine andere medizinische Disziplin muss sich das Fach Psychiatrie und Psychotherapie laufend auf gesellschaftliche, soziale und politische Entwicklungen einstellen. Gleichzeitig eröffnen aktuelle Erkenntnisse in Forschung und Wissenschaft neue präventive, diagnostische und therapeutische Behandlungsansätze.

Neben hochkarätigen Keynote Speakern, interdisziplinären Symposien und interaktiven Diskussionsforen hält der DGPPN-Kongress 2016 erneut ein Weiterbildungsprogramm mit einer großen thematischen Bandbreite bereit. Rund 80 ein- und zweitägige Workshops stehen zur Auswahl, die Fachwissen und praktische Kompetenzen für die Berufspraxis vermitteln.

Auszug aus dem Workshop-Programm:

1-Tages-Workshops

- Chancen und Zukunftsperspektiven von Psychotherapie-Online-Programmen
- Neuroleptika reduzieren und/oder absetzen
- Religiöse muslimische und christliche Patienten im psychiatrischen-psychotherapeutischen Alltag
- Dankbarkeit als Herausforderung und Ressource

2-Tage-Workshops

- Interaktionen von Psychopharmaka
- Das Asperger-Syndrom und andere Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter
- Betreuung psychisch kranker Frauen in der Schwangerschaft und Stillzeit
- ACT-Therapeutentraining

Der DGPPN-Kongress sowie alle Workshops sind CME-zertifiziert. Das komplette Programm, alle Modalitäten zur Teilnahme und Anmeldung sowie aktuelle Informationen finden Sie auf www.dgppn.de.

Melden Sie sich jetzt für den DGPPN-Kongress 2016 an und sichern Sie sich den attraktiven Frühbucherrabatt. Als Neumitglied der DGPPN können Sie in diesem Jahr kostenlos am Kongress teilnehmen. Noch bis zum 24. Juni 2016 haben Sie übrigens die Möglichkeit, sich in das Kongressprogramm einzubringen und einen Freien Vortrag oder ePoster/Poster anzumelden.

Alle Gruppen des Fachs vertreten

Wichtig ist auch, bei größeren anstehenden Fragen die Honorarsituation für die Fachgruppen zu erhalten und auszubauen, auch wenn immer mehr Nervenarztsitze in Neurologen- oder Psychiatersitze umgewandelt werden. Dafür ist notwendig, dass aus dem Berufsverband für jede Fachgruppe mindestens ein Ansprechpartner bei der KV Sachsen-Anhalt bekannt ist. Der Zusammenhalt von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern sei dabei entscheidend, sagt Schwalbe. Mit 60 niedergelassenen Nervenärzten und jeweils etwa 10 bis 15 niedergelassenen Neurologen und Psychiatern ist die Fachgruppe in Sachsen-Anhalt klein, aber wichtig. „Wir müssen gemeinsam dafür eintreten, dass unsere Arbeit nicht unter Wert vergütet wird. Nur gemeinsam unter dem Dachverband des BVDN können wir ZNS-Belange bündeln und unsere Interessen gegenüber den anderen Fachgruppen vorbringen – nur größere Verbände finden Gehör.“

Dreh- und Angelpunkt für den Informationsfluss

Der Vorstand des BVDN stellt nicht nur Ansprechpartner für alle Anfragen der KV Sachsen-Anhalt, er trifft sich auch zweimal jährlich mit dem Vorstand der KV Sachsen-Anhalt und wird regelmäßig über die in dieser KV aktuell anstehenden Themen informiert. Außerdem ist Schwalbe selbst als Nachrücker in der Vollversammlung der KV Sachsen-Anhalt vertreten. Der Vorstand des BVDN Sachsen-Anhalt ist in stetem Kontakt zum BVDN-Bundesvorstand und trifft sich im Rahmen der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) auch zum Austausch mit anderen Facharztgruppen.

Morbiditätsabhängiges Honorarplus

Beim Treffen der Berufsverbandsvorsitzenden bei der KV Sachsen-Anhalt Mitte April stand auch die Gesamtvergütung auf dem Plan. Die Vorgabe aus dem Bund für eine gleich starke Gewichtung der Faktoren Morbidität und Demografie fand in Sachsen-Anhalt wenig Zuspruch, ist das Land doch das mit der höchsten Morbidität in Deutschland. Ein Schiedsspruch schlägt nun eine stär-

kere Gewichtung der Morbidität mit einem Verhältnis zum demografischen Faktor von 70 % zu 30 % vor. Noch sei ein Einspruch möglich, betonte Schwalbe. Bisher ist dieser aber von den Krankenkassen nicht erfolgt, sodass der Schiedsspruch aller Voraussicht nach Geltung haben wird. Für den einzelnen Nervenarzt, Neurologen und Psychiater wird sich das nicht in großen Summen niederschlagen, bedeutet aber doch nach Einschätzung Schwalbes zumindest einige hundert bis je nach Praxis vielleicht eintausend Euro pro Jahr. Voraussetzung ist, dass alle Fachkollegen unter Beachtung der Plausibilitätsvorgaben genug abrechnen, betonte er. Sonst bleibe man womöglich prozentual hinter der Punktzahlanforderung der anderen Fachgruppen zurück und bekomme dadurch geringere Honorare als eigentlich möglich.

Vormerken: die nächsten Termine

- Vom 20. August bis zum 8. September 2016 findet die Wahl zur Vertreterversammlung der KV Sachsen-Anhalt statt. „Es ist wichtig, dass alle Fachärzte die Liste der niedergelassenen Fachärzte wählen. Nur so können über genug Stimmen auch fachärztliche Vertreter in der Vertreterversammlung implementiert werden, um unsere freiberuflichen Aspekte zu vertreten, Gehör zu finden und eigene Anliegen durchzusetzen – auch gegenüber den Hausärzten“, erläuterte Schwalbe, der auch selbst wieder antritt.
- Aktuell bereitet der BVDN Sachsen-Anhalt seine Herbsttagung vor. Sie findet am 5. November 2016 in Magdeburg statt und soll einen psychiatrischen Schwerpunkt haben.
- Ende März/Anfang April 2017 sind Nervenärzte und insbesondere Neurologen und Psychiater herzlich eingeladen, sich zur Wahl zu stellen, um als Vorstandsmitglied des BVDN Sachsen-Anhalt in den nächsten vier Jahren für die Belange der eigenen Fachgruppe wie des gesamten ZNS-Fachgebietes einzutreten.

AUTORIN

Friederike Klein, München

Stellungnahme von KBV und acht Berufsverbänden

Weiterentwicklung von PEPP – Sektorengrenzen überwinden

Zu den Plänen der Politik, die Behandlung psychisch kranker Patienten in ihrem häuslichen Umfeld im Rahmen des „Home treatment“ ausschließlich durch die Krankenhäuser zu organisieren, nehmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie acht Berufsverbände nachfolgend Stellung.

Um die Versorgung von psychisch kranken Patienten in der Häuslichkeit sicherzustellen und auszubauen, ist ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept nötig. Home treatment ausschließlich durch Krankenhäuser zu organisieren, ohne die Beteiligung der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Berufsgruppen, widerspricht grundlegend einer sektorenübergreifenden Integration der Behandlung psychisch Erkrankter. Acht Berufsverbände sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

- fordern den Gesetzgeber auf, alle maßgeblichen Akteure der Selbstverwaltung mit der zeitnahen Entwicklung eines entsprechenden sektorenübergreifenden Versorgungsauftrages, unter Einschluss des Home treatment, zu beauftragen,
- bieten ihre Unterstützung bei der Erarbeitung eines solchen Versorgungskonzeptes an und
- lehnen eine rein sektorale Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser im Interesse ihrer Patienten ab.

Versorgung im Wandel

Die Versorgung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen hat in den letzten Jahren einen erheblichen Wandel durchlaufen: 1970 gab es in Deutschland weniger als etwa 1.000 vertragsärztlich tätige Nervenärzte. Heute sind 6.750 Nervenärzte, Neurologen, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie 6.084 Fachärzte für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Ärztliche Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung tätig. 22.547 Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Insgesamt stellen also mehr als 35.000 Ärzte und Psychotherapeuten die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen sicher.

Die Psychiatrie-Enquete 1972 markierte eine Zäsur in der bis dahin aufgrund fehlender Therapiemöglichkeiten eher custodial-dauerhospitalisierenden Versorgung und prägte den Begriff „ambulant vor stationär“. Seither wurden mehr als 60% der stationären Krankenhausbetten in der Psychiatrie abgebaut. Dies war ein historischer Wendepunkt in der Versorgung, der jedoch einen entsprechenden Transfer von Ressourcen aus dem stationären in den ambulanten Sektor vermissen ließ.

Die Weiterbildungsordnung für Nervenärzte trug 1995 der rasanten Entwicklung des Faches ebenfalls Rechnung. Der „Nervenarzt alt“, der in fünf Jahren in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie ausgebildet wurde, wich den beiden Einzelfachärzten Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Diese Einzelgebiete sind heute ebenfalls in fünfjähriger Weiterbildungszeit zu erlangen. In die Weiterbildungszeit in der Psychiatrie wurde eine vollumfängliche Ausbildung zum Psychotherapeuten integriert. „Nervenarzt neu“ beschreibt die Möglichkeit, beide Facharztstitel in einer Weiterbildungszeit von acht Jahren zu erwerben. Heute verfügen etwa 750, also etwa 13,2% der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater über eine doppelte Facharztbezeichnung.

Seit 1968 ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein eigenständiges Fachgebiet mit eigener Weiterbildungsordnung. 1992 wurde die Psychotherapie in die

Für die sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Patienten setzt sich neben den Berufsverbänden auch die KBV ein.



Hier steht eine Anzeige.



Musterweiterbildungsordnung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie integriert. Inzwischen sind über 1.000 Fachärzte in der ambulanten fachärztlichen Versorgung tätig. Durch die Sozialpsychiatrievereinbarung können in den Praxen multiprofessionelle Teams tätig werden, in denen neben den Fachärzten Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Diplompsychologen und andere Berufsgruppen arbeiten, so dass Strukturen, die sonst nur in Institutsambulanzen abgebildet werden, regelhaft in der Versorgung durch die Praxen vorgehalten werden.

1992 wurde das ärztliche Leistungsspektrum um das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin ergänzt, das ab 2003 zur Führung der Bezeichnung „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ berechtigt. Nach fünfjähriger Weiterbildung widmen sich entsprechend qualifizierte Ärzte schwerpunktmäßig der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und funktionellen Störungen. 1967 wurden mit der Einführung der Psychotherapie als Leistung der GKV völlig neue Behandlungsmöglichkeiten etabliert. Zunächst beschränkt auf Ärzte und psychoanalytisch geprägte Vorgehensweisen, konnten seit 1972 auch Diplom-Psychologen mit analytischer Ausbildung im Delegationsverfahren an der Versorgung teilnehmen. 1987 wurde die Verhaltenstherapie in die Psychotherapierichtlinie aufgenommen. 1999 wurde mit dem Psychotherapeutengesetz die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesetzlich geregelt und diese ins Versorgungssystem der GKV aufgenommen.

In der neurologischen Versorgung konnten zwischenzeitlich erfolgreiche Therapieformen etabliert werden, die für bislang wenig zugängliche Indikationen mit schlechter Prognose deutliche Verbesserungen erzielen können. Exemplarisch sind die verbesserten und differenzierten Behandlungsmöglichkeiten bei MS oder Parkinson zu benennen.

Wie viele Fälle werden behandelt?

Die genannten 12.850 Psychiater, Psychosomatiker, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte sowie Neurologen

behandeln im Jahr mehr als fünf Millionen Patienten. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind das im vertragsärztlichen System 380.000 Patienten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben 440.000 Fälle jährlich behandelt. Die 22.500 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, versorgen in der ambulanten Psychotherapie etwa 3,5 Millionen Behandlungsfälle pro Jahr. Unterstützt werden die ärztlichen Behandlungen durch Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und durch die ambulante psychiatrische Krankenpflege, die aus einem multimodalen ambulanten Gesamtkonzept nicht mehr wegzudenken sind.

Entwicklung der Patientenzahlen

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul psychische Gesundheit (DEGS1-MH), durchgeführt durch das Robert-Koch Institut und im Jahr 2012 veröffentlicht zeigt, dass im Vergleich zur Vorgängerstudie, dem Bundesgesundheitsurvey mit dem Zusatzmodul „Psychische Störungen“ (1998), keine Zunahme der Prävalenz psychischer Störungen zu ver-

zeichnen ist. Allerdings ist die Behandlungsrate von psychischen Erkrankungen von 20 % auf 24,5 % gestiegen. Die Ursachen hierfür sind neben der Entstigmatisierung vielfältig. Es ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung davon auszugehen, dass auch in den nächsten Jahren der Hilfebedarf steigen wird. Im Interesse einer guten und dabei wirtschaftlichen Versorgung ist deshalb die Definition der Versorgungsaufträge der an der Versorgung relevant beteiligten Berufe und Einrichtungen weiterzuentwickeln und den Versorgungsbedarfen anzupassen.

Laut Untersuchungen des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen können bei jedem fünften Kind (20,2 %) zwischen drei und 17 Jahren Hinweise auf psychische Störungen festgestellt werden. Bei 12,4 % der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten sind zusätzlich deutliche oder massive Beeinträchtigungen im sozialen und familiären Alltag zu verzeichnen.

Behandlungskoordination

Moderne Behandlungsansätze sind multimodal und erfordern kooperative und multiprofessionelle Behandlungsansätze. Auch die Anzahl der an der Versorgung beteiligten Gesundheitsfachberufe erfor-

KBV und Berufsverbände bieten der Politik an, ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept zu entwickeln

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die Gesundheitspolitiker von CDU/CSU und SPD haben sich auf gemeinsame Eckpunkte zur Weiterentwicklung des „Pauschalisierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) geeinigt. Diese sehen unter anderem vor, die Behandlung psychisch kranker Patienten in ihrem häuslichen Umfeld im Rahmen des „Home treatment“ ausschließlich durch die Krankenhäuser zu organisieren – ohne die Beteiligung der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Berufsgruppen. „Das widerspricht grundlegend einer dringend notwendigen sektorenübergreifenden Integration der Behandlung psychisch Erkrankter“, betont Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auch im Namen der Gemeinschaft mehrerer Berufsverbände. Gerade bei der Behandlung psychisch Erkrankter in deren häuslichem Umfeld sei eine engmaschige Betreuung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten besonders wichtig. „Wir fordern den Gesetzgeber daher auf, alle maßgeblichen Akteure der Selbstverwaltung mit der zeitnahen Entwicklung eines entsprechenden sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes zu beauftragen. Bei dessen Erarbeitung bieten wir unsere Unterstützung an“, so Gassen weiter. Die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung allein durch Krankenhäuser lehnen die Beteiligten im Interesse ihrer Patienten ab. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sei eine koordinierte Zusammenarbeit der Sektoren für die medizinische Versorgung in Deutschland grundlegend.

Pressemitteilung der KBV vom 9. Mai 2016

dert einen auch durch immer komplexer werdende Versorgungsstrukturen gestiegenen Bedarf an Kooperation und Koordination. Unzureichende Abstimmung der den gleichen Patienten behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten führt zu einer unwirtschaftlichen Verwendung knapper Ressourcen und geht mit Qualitätsproblemen (Beispiel: Arzneimitteltherapiesicherheit) einher. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass weder der heutige und viel weniger noch der künftige Versorgungsbedarf in den derzeit üblichen Strukturen einer sektoral getrennten Versorgung bewältigt werden kann.

Vorhandene Lösungsansätze

Losgelöst von der Sektorenanlage sind zunächst die Versorgungsprobleme zu benennen, Lösungswege zu definieren und dann in zweiter Näherung die Frage zu stellen, ob es sich um eine rein ambulante oder stationäre Leistung handelt. Der Gesetzgeber hat im Übrigen Krankenhäusern die Teilnahme an der ambulanten Versorgung schon auf vielfältige Weise ermöglicht:

- Für die Behandlung früher langzeithospitalisierter, „nicht wartezeitfähiger Patienten“ (§ 118 Abs. 1 u. 2) wurden Psychiatrische Institutsambulanzen zugelassen, Hochschulen können zusätzlich Hochschulambulanzen betreiben, in sozialpädiatrischen Zentren können Kliniken zielgruppenspezifische Angebote unterbreiten.
- Tagesklinische Behandlungskonzepte erlauben eine intensiviertere Behandlung genauso wie die Vorhaltung von Medizinischen Versorgungszentren oder Wahrnehmung von Ermächtigungen. Die hervorragend bewährte Struktur der Sozialpsychiatrievereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung hingegen wurde im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie nicht etabliert und wartet auf eine Übertragung.

Definition des Versorgungsbedarfs

Handlungsleitend bei der Weiterentwicklung der Versorgung sollte dabei die Definition des Versorgungsbedarfs für den Patienten sein sowie die korrespondierende Beschreibung der Versorgungsstruktur, die diesen auffangen soll. Dabei sollten Vertragsärzte/Vertragspsy-

chotherapeuten (wie auch ggf. Krankenhäuser), sofern sie die Bedingungen erfüllen, im Interesse einer flächendeckenden, bundesweiten Versorgung die erforderlichen Leistungen überall dort, wo erforderlich, erbringen. Rein sektoral angelegte Versorgungskonzepte sind rückwärtsgerichtet, diesen sollte eine Absage erteilt werden. Im Vordergrund stehen multiprofessionelle Ansätze, die Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen umfassend und in allen relevanten Lebensdimensionen unterstützen und stabilisieren.

Innovatives Versorgungskonzept

Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben deshalb zunächst für den Erwachsenenbereich ein Versorgungskonzept entwickelt, das neben der Klärung der erforderlichen Qualifikation verbindliche Regelungen zur Kooperation und zeitnahen Überweisung sowie eine patientenorientierte Steuerung im lokalen Verbund vorsieht. Ziel ist es, Patienten zeitnahe Termine in einer Akutsprechstunde anzubieten, eine zeitnahe Diagnostik zu ermöglichen, und zwar durch Allokationsregeln dort, wo die für den jeweiligen Patienten benötigte Expertise zur Verfügung steht.

Koordinationsgespräche und verbindliche weitere Zuständigkeit in der Betreuung und Koordination komplexer Therapien können Umwege, Zeitverlust und unnötige Maßnahmen vermeiden. Das entspricht der Philosophie der Lotsenfunktion im hausärztlichen Bereich, die durch das kooperative Versorgungsprojekt gestärkt werden soll, durch morbiditätsspezifische komplementäre Koordination der fachärztlich/psychotherapeutischen Versorgung. Dabei sollen Patienten nur so lange in der fachärztlichen Versorgungsebene verbleiben, wie Krankheitsverlauf und Therapieregime das unbedingt erfordern.

Die Aufgaben der Koordination liegen neben der persönlichen Erbringung diagnostischer und therapeutischer Leistungen im Rahmen der Akutsprechstunde in der Patientenbegleitung. Dazu gehört neben Beratung und Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen auch die Einleitung weiterer erforderlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen und Kontrollen sowie

komplementärer und flankierender Maßnahmen. In dieses Modell können mühelos Behandlungsvarianten mit Home treatment integriert werden. Somit ist dieses Konzept anschlussfähig an die stationäre Versorgung oder aber auch in Modelle der gemeindepsychiatrischen Versorgung hinein. Bundesweit verbindliche und kassenartenübergreifende Rahmenbedingungen hierfür können auf dem Wege einer bundesmantelvertraglichen Anlage erfahrungsgemäß nur dann geschaffen werden, wenn der Gesetzgeber hierzu einen zweckgebundenen Auftrag erteilt. Die Integration des Home treatment in die Strukturen der GKV sollte deshalb obligatorisch mit einem sektorenübergreifenden Ansatz verbunden werden. Hierfür stehen verschiedene und bewährte Vertragsrahmen zur Verfügung: entweder auf dem Boden der Dreiseitigkeit von Vereinbarungen, ein Weg wie er etwa bei geriatrischen Institutsambulanzen gewählt wurde (§ 118a SGB V) oder dem der stationärsersetzenden Leistungen (§ 115b SGB V) oder der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b SGB V). Unbenommen davon kann der erforderliche Vertragsrahmen einschließlich der dazugehörigen Qualitätsanforderungen im Rahmen einer Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt werden.

Keine Fortschreibung von Sektorengrenzen

Die Definition von Versorgungsstrukturen in der Häuslichkeit der Patienten ohne Beteiligung der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Regelversorgung, wie derzeit im Bereich des Home treatment angedacht, ist wiederum unwirtschaftlich und führt zu weiteren qualitätsmindernden Versorgungsbrüchen an den Schnittstellen in der Regelversorgung. □

Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVND e.V.), Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN e.V.), Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP e.V.), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP e.V.), Spitzenverband ZNS, Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvpp e.V.), Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM e.V.), Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTv e.V.), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Prävention sexueller Übergriffe

Wer wahrnimmt und schweigt, bestätigt die Verhältnisse

Die primäre und sekundäre Prävention sexueller Übergriffe in Psychotherapien und psychiatrischen Behandlungen wird erfreulicherweise offen diskutiert. Entsprechende Lerninhalte und plausible Programme stehen durchaus schon seit 20 Jahren zur Verfügung, werden aber nur selten routinemäßig im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung systematisch vermittelt. So wird neben der Verantwortung jedes einzelnen Therapeuten insbesondere die der Supervisoren, Weiterbildungsleiter und Führungskräfte eine zentrale Rolle spielen.

Wohl kaum ein Thema erfährt im professionellen Diskurs so viel Übereinstimmung und gleichzeitig Dissens wie die Frage der Prävention von sexuellen Übergriffen während psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Einerseits scheint es jedem Kollegen einsichtig, dass Maßnahmen ergriffen werden müssen, sexuelle Übergriffe zu verhindern, andererseits werden Zielgruppen und Vorgehensweisen kontrovers diskutiert: Welchen Stellenwert nimmt die Thematik im Rahmen der Ausbildung ein? Gibt es Ausbildungskandidaten oder Kollegen, die eventuell nicht für den Beruf des Psycho-

therapeuten geeignet sind? Wer sollte das entscheiden? Wie ist ein Schutz der Patienten zu gewährleisten, die sich bei langjährig tätigen erfahrenen Therapeuten in Behandlung befinden?

Ferner sind Primär- und Sekundärprävention zu unterscheiden: Wie können Übergriffe als solche verhindert und Klienten geschützt werden? Wie gelingt es, dass Therapeuten, die sich als „verliebt“ beschreiben, konkrete Handlungen unterlassen? Hat ein Übergriff stattgefunden, steht die Beendigung der sexuellen Handlungen im Mittelpunkt: Wie können weitere Übergriffe verhindert werden? Wie geht es mit der begon-

nenen Therapie weiter? Wie können Opfer unterstützt werden und welche Behandlungsangebote stehen zur Verfügung? Dabei geht es neben dem Aufdecken und Ansprechen auch um die Frage einer polizeilichen Anzeige von Handlungen. Einerseits betrifft dies strafrechtliche Aspekte, zu bedenken sind aber auch berufs- und arbeitsrechtliche Themen, die die Berufsausübung generell betreffen.

Die Klientenseite

Im Rahmen der Primärprävention steht auf der Klientenseite die Stärkung der Position der Patienten im Vordergrund,

In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um Übergriffe durch männliche Therapeuten bei weiblichen Patienten.



© Jeanette Dietl / Fotolia.com

wie etwa durch Broschüren und andere Formen der Aufklärung [1]. Im Sinne einer aktiven Haltung kundiger Patienten wird die Eigenverantwortung als wesentliche Ressource in der Verhinderung von Übergriffen unterstützt [2]. Aber es geht auch um ein aktives Hinschauen durch Dritte, etwa indem Zuweiser und andere im Therapieprozess Beteiligte nach- und hinterfragen: „Wie läuft es denn in der Psychotherapie? Haben Sie ein vertrauensvolles Verhältnis aufbauen können?“

Wird die Problematik innerhalb einer im engeren Sinne des Wortes psychotherapeutischen Behandlung oder einer „Richtlinienpsychotherapie“ durchaus in der Literatur diskutiert, stehen therapeutische Beziehungen im klinischen und gemeindepsychiatrischen Kontext noch weitgehend am Rande dieser Betrachtungen. Insbesondere bei der aufsuchenden Arbeit in der gemeindenahen Versorgung entsteht vielfach eine große Nähe zu den Klienten, die eine hohe Professionalität erfordert und noch eher als andere Settings zur Überschreitung von Grenzen in der therapeutischen Beziehungsgestaltung einladen kann. Hinzu kommt, dass es sich in diesen Kontexten oft um schwer Kranke handelt, für die es möglicherweise schwieriger ist, sich gegebenenfalls auch gegen einen professionellen Helfer zu positionieren.

Die Therapeutenseite

Entsprechend der Unterscheidung primärpräventiver Aspekte von sekundärpräventiven Ansätzen ist zwischen potenziellen Tätern und Therapeuten, die durch einen sexuellen Übergriff bereits zum Täter geworden sind, zu unterscheiden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Mehrzahl von Übergriffen durch männliche Therapeuten bei weiblichen Patientinnen erfolgt, es also in der Tat mehrheitlich um Therapeuten und Patientinnen geht [3].

Im Rahmen der Primärprävention wird zu allererst auf die Ausbildung als wesentlichen Faktor hingewiesen und die „beginnende Integration in Ausbildungscurricula“ als günstige Entwicklung gewertet [4]. Als weitere Säule in der Verhinderung von sexuellen Übergriffen in der Behandlung finden sich in der Literatur regelhaft Verweise auf die Ins-

trumente der Intervision und Supervision [5]. Broda & Senf werden in ihren Hinweisen zum professionellen Verhalten des Psychotherapeuten sehr deutlich: „Eine psychotherapeutische Beziehung schließt ein private Beziehung aus.“ Und weiter: „Es folgt aus dem vorher Gesagten zwingend logisch, dass jede Art intimer Beziehung zu einem Patienten nicht nur unethisch ist, sondern ein sofortiges Verbot der Berufsausübung nach sich ziehen sollte, da es für die meisten betroffenen Patientinnen in extremer Weise schädlich ist.“ [6]

Im Bereich der Täter ist zwischen einmaliger und wiederholter Handlung zu unterscheiden: Geht es bei einer einmaligen Handlung um das Ansprechen und Aufdecken des Missbrauchs, die Frage einer Anzeige, den Klientenschutz und die Thematik der Therapie des Täters, steht bei wiederholten Handlungen eines Täters das konsequente arbeits- und berufsrechtliche Vorgehen im Mittelpunkt der Überlegungen. Dabei ist festzustellen, dass es in Deutschland keine entwickelte Null-Toleranz-Politik gibt [7].

Fallstricke

Besonders problematisch ist die Frage, ob es realistisch ist, anzunehmen, dass Menschen, die mit dem Gesetz in Konflikt geraten, zuvor mit anderen Menschen darüber sprechen, um eine solche Handlung zu verhindern. Auf Therapeuten bezogen: Ist die Idee, dass potenzielle oder tatsächliche Täter ihr Fehlverhalten etwa in einer Supervision oder Intervision zur Sprache bringen, nur ein frommer Wunsch? Von Therapeutenseite kommt oft das Argument, wenn potenzielle Täter etwa in Supervision oder Selbsterfahrung sprechen würden, bedeutete dies schon an sich eine Minimierung des Problems. Es bleibt aber die Frage: Wer redet, wenn er oder sie Abwertung oder „Strafe“ befürchten muss?

Auf der Klientenseite ist die Herausforderung, dass von denen, die Schutz benötigen und deren Kräfte begrenzt sind, letztlich „Selbstverteidigung“ verlangt wird. Es liegt auf der Hand, hier kritisch anzumerken: Wer dies kann, gehört per se nicht zur Risikogruppe der Opfer. Ferner droht die Gefahr, die Verantwortung für sexuelle Übergriffe innerhalb eines Behandlungsprozesses den

Patienten zuzuschieben und so über die Hintertür Ideen hoffähig zu machen, die eine Mitschuld der Betroffenen denkbar erscheinen lassen: „Sie hätten sich ja auch mal informieren können, das es nicht in Ordnung ist, wenn Ihr Therapeut Ihre Brüste berührt!“ Auch Hinweise auf die „Altvorderen“ oder „großen alten psychotherapeutischen Vorbilder“ und deren Brüche in der therapeutischen Abstinenz stellen Relativierungen dar, die eine unmissverständliche Position des „no go“ verwässern.

Einflußgröße Ausbildung

Oft wird die Ausbildung als zentrale Einflussgröße benannt: Hier geht es um die Fragen, wer Psychotherapeut wird und wie der Zugang zur Ausbildung und zur Berufsausbildung geregelt und begleitet wird [8]. Die Prävention sexueller Übergriffe in der Behandlung ist in den allermeisten Fällen nicht systematischer Bestandteil der Curricula, obwohl es konkrete Vorschläge hierzu schon Mitte der 1990er-Jahre gab [9, 10]. Die Frage, welchen Stellenwert hierbei die theoretische Ausbildung, die Selbsterfahrung und die praktische Ausbildung und Supervision der Behandlungsfälle im Einzelnen einnimmt, ist in diesem Zusammenhang inhaltlich interessant, auf der Ebene der Primärprävention letztlich aber wenig erheblich. Denn diese Inhalte werden in der Ausbildung mehr oder weniger zufällig behandelt und sind nicht fester Bestandteil einer Ausbildungskultur über die Verfahren hinweg.

Da die Bedeutung der Intervision und Supervision für das spätere Berufsleben immer wieder hervorgehoben wird, ist die Frage zu stellen, wie viel Offenheit für das Thema Sexualität in der Ausbildung vermittelt wurde, um dieses Erlernte dann auch in der Alltagspraxis regelhaft zu leben. Wenn die Supervision zugespitzt eine „Plage“ ist, die man hinter sich zu bringen hat, um ein Schild an einer Praxistür befestigen zu können, wird ein professioneller Umgang damit als zwingend nötige berufsbegleitende Unterstützung gar nicht implementiert werden können.

Zur Frage, welche Rolle die jeweilige Therapieschule spielt, in der die Ausbildung erfolgte, stellt Kranich [8] fest, dass es zwar eine schulübergreifende Ei-

nigkeit darüber gebe, dass sexuelle Übergriffe in der Therapie einen Missbrauch der therapeutischen Beziehung darstellten, jedoch „mehrere Autoren zu dem Ergebnis kommen, dass die Ausbildungssituation zur Thematik des Umgangs mit sexuellen Gefühlen, Phantasien und Verhaltensweisen als unzureichend anzusehen ist“.

Jaeggi [11] setzt sich sehr kritisch mit dem Thema Supervision und den dort gelernten Mechanismen im Rahmen psychodynamischer Therapieausbildungen auseinander und zitiert eine Psychoanalytikerin: „(...) Nachdem mir klar geworden war, dass die Länge meiner Ausbildung mit den Berichten dieser Kontrolleure zusammenhängen würde, fing ich an, meine Supervisionsstunden zu ‚frisieren‘ (...). Nach dem Ende meiner Ausbildungszeit hatte ich erst einmal genug von der Supervision.“ Für das Thema der Primärprävention im Rahmen der Ausbildung ergeben sich daher mehr Fragen als Antworten.

Einflussgröße Intervention/ Supervision

Trotz der oben genannten Schwierigkeiten, gilt der Hinweis auf Supervision und Intervention weiterhin auch bei namhaften Autoren als Goldstandard, wenn es um die Prävention sexueller Übergriffe in der Therapie geht [12]. Zunächst ist auf bedeutsame Unterschiede hinzuweisen: „eine Patientin hat sich verliebt“ oder „ich habe mich verliebt“ und „ich habe mich mit einer Patientin getroffen“ oder „ich habe mit einem Patienten geschlafen“ sind sehr verschiedene Konstellationen. Die Aufgabe von Intervention und Supervision besteht darin, Gefühle benennen zu können, bevor große Nähe entsteht, Aufmerksamkeit für Verführung und Verführbarkeit sowie für Manipulation und Gefährdung zu entwickeln. Hierzu gilt es auch, die eigene Lebenssituation und deren aktuelle Besonderheiten in Betracht zu ziehen. Insbesondere sind exklusive Konstellationen einer kritischen Prüfung zu unterziehen: Therapiestunden in Randzeiten, Teilen von Privatheit, sich zum Kaffeetrinken treffen etc. All dies kann und sollte besprochen werden. Auch schulübergreifende Qualitätszirkel können hier einen Beitrag leisten.

Das Dilemma von Intervention und Supervision ist jedoch, dass beide von geschützter Vertraulichkeit leben. Was aber passiert mit dieser Vertraulichkeit wenn Dritte gefährdet werden und eine Straftat ins Spiel kommt? Kolleginnen und Kollegen sind keine rechtswirksame Instanz. Es ist daher davon auszugehen, dass Intervention und Supervision zur Primärprävention bei prinzipiell problembewussten Therapeutenpersönlichkeiten geeignet sind, aber nicht dazu, Straftaten zu verhindern oder gar Wiederholungstäter von fortgesetzten Übergriffen abzuhalten.

Gefährdungsmomente und gefährdete Therapeutengruppen

Gefährdete Patientinnen scheint die Gewalterfahrung in der Anamnese zu einen, nicht jedoch die Diagnose oder der Anlass dafür, sich in Therapie begeben zu haben. Vielmehr gleichen die Symptome und Krisensituationen, die sie in Behandlung führten, weitestgehend dem, weshalb sich Frauen generell in psychotherapeutische Behandlung begeben: depressive Episoden, Angst und auch psychosomatische Beschwerden [12]. Allerdings wurden in der Untersuchung von Becker-Fischer auch zahlreiche Patientinnen als sozial isoliert und einsam beschrieben [12]. Trifft eine solche Einsamkeit beim Patienten auf Einsamkeit beim Therapeuten liegt eine Bedürftigkeit auf beiden Seiten vor, die vermutlich an sich schon ein Gefahrenpotenzial für eine therapeutische Beziehung darstellt. Die Frage an den Therapeuten könnte lauten: „Steht bei dem, was ich tue, die Hilfe für den Patienten und dessen Heilung im Vordergrund oder bin ich selbst gerade in Not?“ [12]

In solchen persönlichen Krisensituationen, die Therapeuten zu einer Bedürfnisbefriedigung durch den Kontakt zu weiblichen Klienten verführen können, sind Intervention und Supervision sicherlich ein gutes Mittel. Bei Einsatz ungeeigneter Behandlungsformen kann auch eine gezielte Weiterbildung ein hilfreiches Mittel der Primärprävention sein. Besondere Verletzlichkeiten und Gegenübertragungsprobleme können und sollten ebenfalls in der Supervision bearbeitet werden [12]. Bei bestimmten Persönlichkeitspathologien ist zu klären, ob

Hier steht eine Anzeige.



Inserieren Sie kostenlos im NeuroTransmitter

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

So schalten Sie Ihre Anzeige

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

Chiffreanzeigen sind nicht möglich!

Einsendeschluss für den nächsten NeuroTransmitter ist der 20. Juli 2016!

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

Praxisbörse

FA Neurologie u./o. Psychiatrie (m/w) gesucht, Raum HB/Ol. Halbtags oder stundenweise, auch nebenberuflich, sofort oder später, in Praxis angestellt, kein Bereitschaftsdienst, familienfreundlich, übertarifliche Bezahlung.

Kontakt zunächst via SMS: 01575 2556513
(Peter Hövermann)

Plane ab 1/2017 eine Hälfte meiner Nervenarztpraxis im nördlichen Schleswig-Holstein (Kreis Rendsburg-Eckernförde) zu veräußern.
Kontakt: dr.michael_eisner@gmx.de

eine therapeutische Bearbeitung im Rahmen der Ausbildungsselbsterfahrung erfolgversprechend gelingen kann. Ein Ziel kann dann zum Beispiel sein, den betroffenen Therapeuten dazu zu motivieren, entsprechende Patienten an Kollegen zu verweisen. Auch eine Beratung über den Verzicht auf den Therapeutenberuf ist zu bedenken. Dass Überlegungen dieser Art ihre Berechtigung haben, zeigt Zondervan [3] eindrucksvoll: Die Autorin weist darauf hin, dass in mehr als 50 % aller Fälle der Täter unter einer oder mehreren gravierenden psychischen und/oder psychosexuellen Störungen leidet. Vorsicht bezüglich der Prognose scheint bei allen psychischen Störungen mit wenig Einsicht in die Problematik geboten zu sein, zumal ein hoher Prozentsatz der Taten Wiederholungstaten sind [10].

Wenn es geschehen ist ...

Offenlegung ist das vorrangige Ziel nach einem sexuellen Übergriff während einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Im klinischen Setting ist hierzu insbesondere die konsequente Reaktion von Leitungsstrukturen und Aufsichtsinstanzen im Sinne einer Null-Toleranz-Politik zu fordern. Opfer müssen unverzüglich und nachhaltig geschützt und unterstützt werden, was im bestehenden System ausgesprochen schwierig ist [13]. Im Team und im Kollegenkreis sollte das Thema bearbeitet und aufgearbeitet werden. Hierbei kann eine professionelle Beratung durch den Ethikverein hilfreich sein (www.ethikverein.de). Auf keinen Fall sollte man einer Bagatellisierung Vorschub leisten: Sätze wie „Naja, nicht für jeden ist es schlimm (...)“ relativieren den Missbrauch und seine Auswirkungen auf Klienten und unterstützen die Bewertung als Kavaliärsdelikt. Sexuelle Grenzüberschreitungen und Übergriffe in der Behandlung sind keine Hilfe, nicht Teil der Behandlung und kein Ausdruck von Liebe; auch wenn die großen alten Therapeutenvorbilder dies vielleicht noch nicht so gesehen haben.

Nach wie vor besteht eine große Scheu, im Zweifelsfall eindeutig Stellung zu beziehen: Die meisten Kollegen möchten nicht unkollegial erscheinen oder in eine quasi als richterähnlich wahrgenomme-

ne Position geraten. Fakt ist jedoch, wer wahrnimmt oder sieht und schweigt, bestätigt die Verhältnisse und beteiligt sich an einer Kultur, die es Patientinnen schwer macht, zum Beispiel nach einem Missbrauch ihr Recht zu bekommen und eine wirkungsvolle Primärprävention möglich zu machen.

Zusammenfassung

Die primäre und sekundäre Prävention sexueller Übergriffe in Psychotherapien und psychiatrischen Behandlungen rückt in der Diskussion um solche Übergriffe erfreulich immer mehr in den Mittelpunkt. Die Bandbreite der Überlegungen reicht von der Information potenzieller Patienten und Patientinnen mithilfe von Beratungsbroschüren bis hin zur Frage des Umgangs mit Tätern und deren Berufsausübungsrecht. Zur Vermittlung entsprechender Lerninhalte in der Ausbildung werden in der Literatur im Zeitaufwand unterschiedliche und in sich plausible Programme beschrieben, die durchaus schon seit 20 Jahren zur Verfügung stehen. Nur selten werden diese Inhalte jedoch routinemäßig im Rahmen der Aus- und Weiterbildung systematisch vermittelt. So wird insbesondere der Supervision eine zentrale Bedeutung zugeschrieben. Auch Interventionskonzepte wie Qualitätszirkel können ein prophylaktisch wirksames Instrument darstellen. Allerdings bleibt festzustellen, dass insbesondere in individualpsychotherapeutischen Behandlungen das Verhalten des einzelnen Therapeuten der Schlüssel für eine wirksame Prophylaxe ist und Kollegen keine strafrechtliche Instanz sind und eine solche auch nicht ersetzen. Neben der Verantwortung jedes einzelnen Therapeuten kommt insbesondere der Verantwortung von Supervisoren, Weiterbildungsleitern und Führungskräften eine große Bedeutung in der Prävention zu.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

Dr. med. Bettina Wilms

Chefärztin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Carl-v.-Basedow-Klinikum Saalekreis
Vor dem Nebraer Tor 11, 06268 Querfurt
E-Mail: b.wilms@klinikum-saalekreis.de

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend: Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie, Psychiatrie und psychologischer Beratung. 2004. Berlin: Druck Vogt GmbH
2. Schleu, A. Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie. Psychotherapie im Dialog 2014; 1: 54–7
3. Zondervan, T. Missbrauch durch Hilfeleistende: Prävention und Postprävention von Professional Sexual Misconduct durch Aufklärungsarbeit. Psychotherapie Forum 2007; 15: 183–9
4. Franke, I & Riecher-Rössler, A. Frauen als Opfer von professionellem sexuellem Fehlverhalten (PSM) durch Psychotherapeuten. Ärztliche Psychotherapie 2013; 4: 199–203
5. Moggi, F & Hercek, V. Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie (S.777-94). In: Amann, G & Wipplinger, R (Hrsg.) Sexueller Missbrauch. 2005 Tübingen: DGVT-Verlag
6. Broda, M, Senf, W. Praktische Hinweise für den psychotherapeutischen Alltag (S. 286-96) In: Senf, W, Broda, M & Wilms, B. (Hrsg.): Techniken der Psychotherapie. 2013 Stuttgart: Thieme Verlag
7. Trabert, W. Wenn der Therapeut zum Täter wird. Psychotherapie im Dialog 2014; 1: 50-3
8. Kranich, U. Psychotherapeuten auf Irrwegen- Sexualität in der Psychotherapie. 2001 Regensburg: S. Roderer Verlag
9. Fliegel, S. (1995) Sexuelle Übergriffe in der Therapie – Prävention durch Fort- und Weiterbildung. (S. 175-185) 1995 Tübingen: DGVT- Verlag
10. Tschan, W. Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen. 2. Aufl. 2005 Basel: Karger
11. Jaeggi, E. Und wer therapiert die Therapeuten? 3. Aufl. 2003 Stuttgart: Klett-Cotta
12. Becker-Fischer, M. Verletzung der sexuellen Abstinenz in Psychotherapien. Psychotherapeutenjournal 2012; 4: 304-7
13. Freyberger HJ. Symposium S-015 „Sexuelle Übergriffe in psychiatrisch-psychotherapeutischen Beziehungen“, DGPPN-Kongress 2015

Umfrage zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz

Was wollen niedergelassene Fachärzte?

Wir möchten mit nebenstehender Umfrage klären, wie die Versorgung von Patienten mit Demenz durchgeführt wird und wie die Zukunftsvorstellungen niedergelassener Fachärzte aussehen. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen möglichst zahlreich zu beantworten. Wir wenden uns an Neurologen, Psychiater und Nervenärzte gleichermaßen und bitten ausdrücklich auch diejenigen um Teilnahme, die Patienten mit Demenz selten oder gar nicht in ihrer Praxis behandeln.

In der Pressekonferenz zur neuen Leitlinie „Demenzen“ am 27. Januar 2016 in Berlin forderten Experten der beiden federführenden Gesellschaften Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) die wissenschaftlich belegten Therapieoptionen stärker zu nutzen. Dabei wurde auf einen erheblichen Optimierungsbedarf in der ärztlichen Versorgung hingewiesen:

- Nur die Hälfte der Demenzkranken in der Versorgung werden als solche erkannt.
- Ein noch geringerer Anteil erhält eine Behandlung nach den medizinischen Standards.

Nachfolgend eine Zusammenfassung der wichtigsten Statements der universitären Psychiater und Neurologen aus der Pressemitteilung von DGPPN und DGN.

Psychosoziale Intervention

Professor Wolfgang Maier, Bonn: „Psychosoziale Interventionen wirken so gut wie Medikamente und sind gleichrangige zentrale Bausteine im Gesamtbehandlungsplan von Demenzerkrankungen.“ ... „Die Wirksamkeit alltagsnaher kognitiver Stimulation, individuell angepasster Ergotherapie oder gezielter körperlicher Aktivitäten ist klar nachgewiesen. Damit werden nicht nur Lebensqualität, Fähigkeiten und positive Gefühle der demenziell Erkrankten gefördert, sondern vor allem auch die Pflegenden entlastet.“ „Wir fordern daher systematische Beratungs- und Trainingsangebote für Angehörige, damit sie entlastet werden und sie nicht selbst infolge der Pflege erkranken.“

Medikamente

Professor Richard Dodel, Marburg: „Wir haben zwar nur ein kleines Arsenal an nachweislich wirksamen Substanzen, diese können wir aber gezielt und individuell einsetzen – und die neue Leitlinie zeigt eine immer bessere wissenschaftliche Studienlage.“ Die Medikamentengruppe der Acetylcholinesterase-Hemmer fördert die Fähigkeit der Patienten, ihre Alltagsaktivitäten zu verrichten, stabilisiert die kognitive Funktion und den Gesamteindruck bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz. Memantin verbessert die Alltagsfunktion und den klinischen Gesamteindruck bei Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer-Demenz. Neu ist, dass ein Extrakt aus Ginkgo biloba bei Personen mit leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz, die zusätzlich unter Verhaltensänderungen wie Depression oder Antriebsstörungen leiden, Hinweise auf eine positive Wirkung zeigt.

Prävention

Professor Frank Jessen, Köln: „Die Hinweise verdichten sich, dass eine Alzheimer-Demenz nicht allein Schicksal ist.“ „Es gibt wahrscheinlich Möglichkeiten, das Risiko einer Erkrankung zu mindern. Als Faustregel gilt: Was dem Herz gut tut, hilft auch dem Gehirn.“ Darum gilt es, Diabetes, Bluthochdruck und Übergewicht im Auge zu behalten, um diesen Risikofaktoren frühzeitig medizinisch entgegenzuwirken. Ein gesunder und aktiver Lebensstil, körperliche Bewegung und ein aktives soziales Leben sind weitere Faktoren, die dabei helfen, die Erkrankung zu bremsen.

Prognose bei MCI

Professor Jörg Schulz, Aachen: „Wenn die fachlich richtigen Methoden gewählt werden, können wir heute eine Alzheimer-Erkrankung mit einer Vorhersagestärke von 85 – 90% prognostizieren.“

Sicht des BVDN-Demenzreferates

Für die praktische Versorgung bedeutet die neue Leitlinie:

- In der Diagnostik gewinnen PET- und Liquoruntersuchungen an Bedeutung.
- In der medikamentösen Therapie ist die Behandlung mit Acetylcholinesterase-Hemmern besser belegt, die Behandlung mit Ginkgo biloba EGB 761 kann jetzt erwogen werden.
- Psychosoziale Therapien werden aufgrund der neuen Datenlage den medikamentösen Therapien gleichgestellt.

Wir wissen allerdings wenig über die Bereitschaft neuropsychiatrischer Fachärzte, Demenzpatienten zu versorgen. Noch 2009 hat der BVDN-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann im Deutschen Ärzteblatt darauf hingewiesen: „In der Rangfolge der Beliebtheit von ärztlichen Tätigkeiten rangiert der Umgang mit Demenzkranken am unteren Ende der Skala.“

Der Berufsverband möchte deshalb mit dieser Befragung klären, wie die Versorgung durchgeführt wird und wie die Zukunftsvorstellungen der Mitglieder, die fachärztlich im niedergelassenen Bereich arbeiten, aussehen.

AUTOREN

Dr. med. Jens Bohlken, Berlin
Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

**Rückfax an 02151 / 4569-25**Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Dr. Gunther Carl stv. Vors. BVDN, Schriftleiter NeuroTransmitter**Fragen zur Ihrer Person und Ihrer Praxis**

(bitte Zutreffendes ankreuzen - mehrfach ankreuzen möglich)

1. Geburtsjahr _____ weiblich männlich Einzelpraxis GemP MVZ Sonstiges
2. Versorgungsregion ländlich städtisch Gedächtnissprechstunde/PIA vor Ort
3. FA für Neurologie Psychiatrie Nervenarzt psychotherapeutische Qualifikation
4. Anzahl Patienten pro Quartal _____ Schwerpunkt psychiatrisch neurologisch psychotherapeutisch
5. Demenzdiagnostik und -behandlung sind Spektrum meiner Praxis ja nein
6. In meiner Praxis werden Demenzpatienten auch langfristig behandelt ja nein
7. Folgende Tests MMST DemTect TFDD CERAD Andere: _____ Keine

Anzahl Demenzdiagnostik pro Quartal im Jahr 2015 in der Praxis

8. Testdiagnostik keine 1-10 11-20 21-50 > 50
9. Labor keine 1-10 11-20 21-50 > 50
10. Bildgebung (MRT/CT) keine 1-10 11-20 21-50 > 50
11. Liquoruntersuchung keine 1-10 11-20 > 20
12. Amyloid- oder Glucose-PET keine 1-10 11-20 > 20
13. Überweis. Gedächtnisambulanz keine 1-10 11-20 > 20

Anzahl Patienten mit Demenz (PmD) oder MCI pro Quartal im Jahr 2015 in der Praxis

14. Geschätzte Anzahl PmD pro Quartal _____ davon im Heim lebend _____ davon: _____
15. Alzheimer Demenz _____% Vaskuläre Demenz _____% Gemischte Demenz _____% Sonstige Demenz _____%
16. Stadium (MMST) leicht 20-26 _____% mittel 10-19 _____% schwer < 10 _____%
17. Geschätzte Anzahl leichte kognitive Störungen (MCI) MMST 27-30 pro Quartal _____

Therapie bei Patienten mit Demenz (PmD) pro Quartal im Jahr 2015 in der Praxis

18. PmD mit Antidementiva-Verordnungen keine 1-10 11-20 21-50 > 50
19. PmD oder Angehörige mit Psychotherapie keine 1-10 11-20 > 20
20. Anzahl PmD mit Ergotherapie/Quartal keine 1-10 11-20 > 20
21. Angehörigenberatung in meiner Praxis ja nein Delegation an Selbsthilfe
22. Eigenes kognitives Training in meiner Praxis ja nein Rp. Hirnleistungstraining
23. Eigene Ergotherapie in meiner Praxis ja nein Rp. Ergotherapie

Frage zur ärztlichen Versorgungsstruktur von Patienten mit Demenz (PmD)

24. Wer soll die Demenzversorgung durchführen? HÄ FÄ Gedächtnissprechstunde
25. Wie soll die FÄ-Demenzversorgung erfolgen? kontinuierlich oder überwiegend konsiliarisch
26. Mit einer zusätzlichen kassenfinanzierten, spezialisierten Demenz-MFA könnte ich in meiner Praxis mehr Patienten mit Demenz versorgen ja nein uninteressant
27. Verbilligung der Antidementiva beeinflusste mein Ordnungsverhalten? ja nein



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

Frage

„Eine Patientin, jetzt 45 Jahre alt, nimmt seit vielen Jahren Clozapin 150 mg täglich wegen einer schizoaffektiven Psychose. Clozapin hat sich als die einzige Substanz herausgestellt, die ihr hervorragend hilft, ohne unerwünschte Arzneimittelwirkungen hervorzurufen. Allerdings ist es in den letzten Jahren zu einer zunehmenden QT-Zeit-Verlängerung gekommen. Sie hat sich von 2010 bis 2015 von 377 ms bis auf 451 ms verlängert. Das ist natürlich nicht viel, auch der Kardiologe der hinzugezogen wurde, sieht das als nur gering über die Normzeit erhöht. Die Patientin hat nun Ängste, dass die QT-Zeit sich mit zunehmen-

Clozapin-Behandlung

Verlängert sich die QT-Zeit mit dem Älterwerden?

Das atypische Neuroleptikum Clozapin wird seit Jahrzehnten in der Behandlung von therapieresistenten Psychosen eingesetzt. Auch der Effekt der verlängernden QT-Zeit bei Patienten ist bekannt, doch wie wirkt sich dieser bei jahrelanger Therapie und beim Älterwerden aus?

dem Alter weiter verlängern könnte. Clozapin wurde auf 125 mg reduziert, das hat möglicherweise zur Senkung von 451 ms auf 435 ms geführt.

Nun stellte die Patientin die Frage, ob sie weiterhin damit rechnen müsse, dass sich mit dem Älterwerden bei gleichbleibender Clozapin-Dosis die QT-Zeit weiter erhöhe und ob bei zusätzlicher QT-Zeit-verlängernder Medikation ein verstärktes Risiko bestünde.“

Vorsicht bei Herzerkrankungen

Antwort

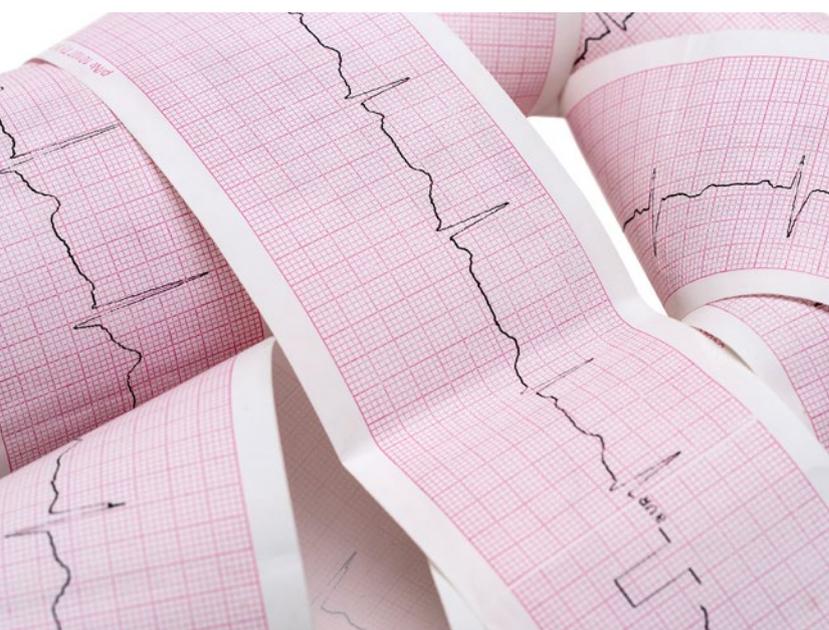
Das Problem der QT-Zeit unter Psychopharmaka zeigt immer wieder neue Fa-

cetten und wird uns auf Dauer nicht verlassen. Zum konkreten Fall der 45-jährigen Patientin mit Psychose, die seit vielen Jahren mit Clozapin behandelt wird und in den letzten fünf Jahren eine Verlängerung der QT-Zeit um mehr als 70 ms entwickelt hat, fallen mir folgende Überlegungen ein:

Clozapin gehört laut der Literatur zu den Neuroleptika, bei denen eine QT-Zeit-Verlängerung im durchschnittlichen Ausmaß von etwa 10 ms berichtet wird (also deutlich weniger als bei der Patientin), allerdings gehört es – zumindest in der Monotherapie – nicht zu den ersten Kandidaten für die gefürchtete Rhythmusstörung einer Torsade de Pointes.

Bei Patienten mit kongenitalem Long QT-Syndrom nehmen die entsprechenden Komplikationen deutlich zu, wenn eine, in der Regel altersbedingte, koronare Herzkrankheit hinzukommt [1]. Ob dieser Analogieschluss auch bei den medikamentösen QT-Zeit-Verlängerungen zulässig ist, ist nicht ganz sicher. Zumindest wird durchweg die Empfehlung ausgesprochen, mit QT-Zeit-verlängernden Medikamenten sehr zurückhaltend zu sein, wenn eine strukturelle Herzkrankheit vorliegt. Für ihre erst 45-jährige Patientin dürften diese Überlegungen aber vorerst keine Rolle spielen.

In einer Analyse von 77 Fällen mit medikamentenassoziierter Torsade de Pointes bestanden in 85 % zwei oder mehr zusätzliche Risikofaktoren (Tab. 1), vor allem Herzerkrankung, Alter über 65 Jahre, weibliches Geschlecht und Hypokaliämie [2].



Clozapin kann die QT-Zeit im Elektrokardiogramm um durchschnittlich 10 ms verlängern.

© Martina_L / iStock

© Scanral_Rosenstiel / Fotolia.com

Technische Probleme berücksichtigen

Ob die Verringerung der QT-Zeit von 451 ms auf 435 ms auf die Dosisreduktion von Clozapin zurückzuführen ist, möchte ich vorläufig bezweifeln. Ich weise auf die zahlreichen technischen Probleme der Bestimmung der QTc-Zeit hin, zum Beispiel die eingeschränkte Verwendbarkeit der Bazett-Formel bei Herzfrequenzen $< 60/\text{min}$ und $> 100/\text{min}$. Für diese Fälle würde sich die Formel nach Fridericia empfehlen. Wurde das EKG über die Jahre hinweg immer in der gleichen Weise abgeleitet, also dieselbe Formel verwendet oder die QT-Dauer manuell bestimmt? Wie engmaschig wurden die EKG Kontrollen durchgeführt? Gab es bei der Entwicklung der QT-Dauer nur eine lineare Entwicklung nach oben oder wurden Schwankungen beobachtet? Natürlich sollte man zur Beurteilung der jeweiligen QT-Zeit-Messungen auch die Serumkonzentrationen von Natrium, Kalium, Kalzium und Magnesium bei der Patientin und die

Tab. 1: Risikofaktoren für QT-Zeit-Verlängerung und Torsade de Points nach [3]

– Alter > 65 Jahre
– Weibliches Geschlecht (längeres QTc-Intervall als Männer und zweifach höheres Risiko für medikamenteninduzierte Torsade de Points)
– Myokardiale Hypertrophie (z. B. bei arterieller Hypertonie)
– Kongenitales QT-Syndrom
– Bradykardien (führen per se zur QTc-Verlängerung: Sinusbradykardie; AV-Blockierungen zweiten und dritten Grades)
– Elektrolytstörungen (Hypokaliämie; Hypomagnesiämie)
– Hohe Plasmakonzentrationen bei Überdosierung/Intoxikation, bei gleichzeitiger Hemmung des Metabolismus durch die Begleitmedikation und/oder der Ausscheidung aufgrund von Nieren- oder Leberinsuffizienz und bei schneller Injektion

verabreichte Begleitmedikation kennen und berücksichtigen. Bei offensichtlich guter Wirksamkeit von Clozapin würde ich mich angesichts der vielen Imponderabilien und offenen Fragen in diesem Fall nicht von einer Fortsetzung der Therapie abhalten lassen und die Patientin entsprechend beruhigen. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Prof. Dr. med. Hermann Sebastian Fießl, München

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung – bevorstehende Änderungen

Für den Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung auf Basis der Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) beziehungsweise der Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) im Rahmen diagnostischer oder prädiktiver genetischer Untersuchungen enden zum 10. Juli 2016 die Übergangsbestimmungen. Ärzte können aber noch bis Mitte nächsten Jahres den vereinfachten Zugang zur Wissenskontrolle nutzen.

Genetische Untersuchungen in der Neurologie gewinnen bei einer zunehmenden Zahl von Erkrankungen an Bedeutung, etwa bei der Klärung von Polyneuropathien, Ataxien, Muskel- und Gefäßerkrankungen oder Demenzen. Ab dem 10. Juli 2016 ist der Nachweis einer eigenständigen Qualifizierungsmaßnahme mit einem 72-stündigen theoretischen sowie einem praktisch-kommunikativen Teil erforderlich. Die Qualifizierung kann bei bestimmten Facharzt-

kompetenzen*, darunter Neurologie, noch bis einschließlich 10. Juli 2016 im Rahmen einer Übergangsbestimmung bei den Landesärztekammern durch eine bestandene „Wissenskontrolle“ erworben werden. Der praktisch-kommunikative Teil kann bei Nachweis des Erwerbs der Psychosomatischen Grundversorgung oder äquivalenter Weiter- oder Fortbildungsinhalte – auch nach Auslaufen der Übergangsfrist – entfallen.

Für die Überprüfung der Qualifikation zur genetischen Beratung bieten die Landesärztekammern eine Wissensprüfung an, die bei erfolgreichem Bestehen den Ärzten die Durchführung von genetischen Beratungen erlauben. Ab 11. Juli 2016 gilt diese Sonderregelung nur noch für Ärzte mit mindestens fünfjähriger Berufstätigkeit nach Facharztanerkennung. Alle anderen Ärzte (außer Fachärzte für Humangenetik bzw. mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik) können sich ab Juli 2016 nur mittels des

72- beziehungsweise 8-Stunden-Kurses zur genetischen Beratung qualifizieren.

Ärzte, die genetische Beratungen im Rahmen einer diagnostischen, prädiktiven oder vorgeburtlichen genetischen Untersuchung durchführen möchten, und den direkten Zugang zur Wissenskontrolle bislang nicht genutzt haben, sollten sich noch vor Ablauf der Übergangsbestimmungen bei ihrer Landesärztekammer zur Wissenskontrolle anmelden und somit die Möglichkeiten des erleichterten Erwerbs der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nutzen.

Weitere Informationen: www.aekno.de/downloads/aekno/genetischeberatung-uebergangsende.pdf

Prof. Dr. med. Gereon Nelles, Köln

* Die Facharztkompetenzen mit Kompetenz zur genetischen Beratung sind von der Bundesärztekammer vorgeschlagen und von der Ärztekammer Nordrhein übernommen worden. Dies betrifft die Gebiete Allgemeinmedizin, Anatomie, Arbeitsmedizin, Biochemie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Pharmakologie, Laboratoriumsmedizin, Neurologie, Pathologie, Rechtsmedizin und Urologie in Kombination mit der Zusatzweiterbildung Andrologie

Agitation, Aggression, körperliche Übergriffe

Gewalt psychisch kranker Patienten gegen Ärzte und Pflegepersonal

In psychiatrischen Kliniken, aber auch an anderen Stellen des Gesundheitssystems kommt es immer wieder zu aggressivem Verhalten und Gewalt von Patienten. Daher sind Prävention und Therapie von aggressivem Verhalten erforderlich. Ziel sollte eine patientenorientierte Versorgung sein, bei der die Patienten beispielsweise die Möglichkeit haben, ihre Angehörigen oder unabhängige Dritte im Konfliktfall mit einzubeziehen.

SOPHIE HIRSCH, TILMAN STEINERT, ULM WEISSENAU



Für Ärzte und Pflegepersonal in psychiatrischen Einrichtungen besteht ein erhöhtes und tendenziell eher unterschätztes Risiko, Opfer von Gewalt zu werden.

40 **Gewalt psychisch kranker Patienten gegen Ärzte und Pflegepersonal**

46 **Aufsuchende Dienste in der Alterspsychiatrie**
Klinische Vorteile und Nachhaltigkeit des AGIL

50 **Therapieresistente Major Depression**
Psychiatrische Kasuistik

53 **Olfaktorik und Lebensqualität**
Riechstörung

56 **CME Sprachstörungen**
Aphasietherapie und Neurorehabilitation so früh wie möglich beginnen

61 **CME Fragebogen**

Der Umgang mit Gewalt ist eine der ältesten Herausforderungen in der Psychiatrie. Dabei waren Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Kliniken sowohl Opfer von (institutionalisierter) Gewalt als auch Täter bei Übergriffen auf Pflegepersonal und Ärzte. Lange Zeit wurde dieses Thema in Forschung und Lehre lediglich stiefmütterlich behandelt. Eine wichtige Ausnahme war bereits 1889 die Arbeit von Laehr, einem der damals führenden Anstaltspsychiatern, der von siebzehn Ärzten berichtete, die durch gewalttätige Patienten getötet worden waren [1]. Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts führte Stierlin eine Befragung unter Direktoren von psychiatrischen Kliniken durch und erhielt Mitteilungen über 773 Fälle, in denen es zu schweren Aggressionen von Patienten gekommen war [2]. Weitere Untersuchungen mit dieser Fragestellung gab es in Deutschland erst wieder in den 1990er-Jahren.

Offenbar wurde noch in den 1970er-Jahren selbstverständlich davon ausgegangen, dass man als Beschäftigter in psychiatrischen Institutionen Aggressionen – auch körperlicher Natur – durch Patienten ausgesetzt wurde. Diese Haltung wurde auch von den Ärzten getragen [2, 3] und durch deren Leitungsfunktion vorgegeben. Die Aggressionen der Patienten in der Klinik wurden vor dem Hintergrund des noch paternalistischen Verständnisses der psychiatrischen Behandlung quasi als „familienintern“ erlebt. Gleichzeitig bestand eine Quasi-Doktrin, dass von psychisch Kranken kein erhöhtes Gewalttätigkeitsrisiko ausgehe. Dies war das Globalergebnis einer großen Analyse der Tötungsdelikte in Deutschland von 1955 bis 1964 durch Böker und Häfner [4]. Detailergebnisse dieser Studie wie das

um den Faktor fünf erhöhte Risiko von Patienten mit Schizophrenie wurden in öffentlichen Stellungnahmen und auch von den Autoren nahezu nie erwähnt. Hintergründe waren sicher die damals noch völlig unzureichend aufgearbeiteten Verbrechen gegen psychisch Kranke in der Zeit des Nationalsozialismus und die Furcht vor einer weiteren Stigmatisierung psychisch Kranker und der psychiatrischen Institutionen. Es bestand damit eine gewisse Tabuisierung des Themas, die eine rationale Auseinandersetzung erschwerte. Entsprechend dieser Perspektive erfolgte bis zirka 1990 relativ wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit, aber auch eine zurückhaltende Strafverfolgung gegen psychisch Kranke. Dabei waren teilweise namhafte ärztliche Kollegen betroffen, das Risiko gerade bei schweren und tödlichen Verletzungen lag höher als beim Pflegepersonal und bei Mitpatienten [5]. In den 1990er-Jahren waren es dann unter anderem medienwirksame Zwischenfälle wie das Attentat durch einen psychisch kranken Menschen auf Wolfgang Schäuble, die das in der Bevölkerung weit verbreitete Vorurteil des „unberechenbaren und gemeingefährlichen Verrückten“ zu bestätigen schienen und eine öffentliche Diskussion des Themas in Gang brachten. Im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Psychiatrie nach der Psychiatrie-Enquête und der veränderten Sichtweise zur erhöhten Aggressionsbereitschaft von (unbehandelten) psychisch Kranken aus der Epidemiologie rückte auch innerhalb der Kliniken diese Problematik mehr in den Vordergrund.

Die im historischen Kontext gewachsene, gesetzlich auferlegte Doppelfunktion der Psychiatrie von Fürsorge und Heilung einerseits, aber auch Kontrolle

und Sicherung andererseits bedarf einer ständigen Anpassung an den Stand der Auseinandersetzung im gesellschaftlichen Diskurs. Dies spiegelt sich auch in der seit den 1990er-Jahren bis heute großen Anzahl von Veröffentlichungen zu diesem Thema wider [6].

Aggression und Gewalt in der psychiatrischen Forschung

Im überschaubaren Rahmen der psychiatrischen Kliniken wäre als Grundlage für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt und psychische Erkrankungen eine zufriedenstellende Datenlage zu erwarten, die aber auch nach mehreren Jahrzehnten nicht vorliegt. Methodische Zusammenführungen über Metaanalysen [7] sind nur begrenzt aussagekräftig, da trotz zahlreicher Arbeiten zu wenige Untersuchungen mit ausreichender Qualität vorliegen. Problematisch erschien, dass die Studien meist retrospektiv mit zeitlichem Abstand zu den Übergriffen erhoben wurden. Inzwischen liegen vermehrt Studien vor, die prospektiv oder auf der Grundlage von elektronisch erfassten Routinedaten eine zeitnahe und methodisch bessere Datengrundlage an großen Stichproben liefern.

Einige Studien beschäftigen sich mit der Frage, wie häufig Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern überhaupt ist, andere untersuchen Möglichkeiten zur Prädiktion und Prävention von Gewalt in Krankenhäusern: Welche Patienten werden gewalttätig? Welche Möglichkeiten, Gewalt und Aggression in der Praxis zu verhindern, gibt es? Eine kürzlich publizierte große Metaanalyse von Studien, die sich weltweit mit Gewalt auf psychiatrischen Stationen beschäftigten, ergab, dass 17 % der stationären Patienten in psychiatrischen Klinik gewalttätig

wurden, wobei das Risiko bei Männern, Patienten mit Schizophrenie und/oder Alkoholmissbrauch sowie bei gegen ihren Willen in der Klinik untergebrachten Patienten erhöht war [8]. In Deutschland ergeben sich etwas niedrigere Werte: Eine Bielefelder Studie ergab, dass es bei 7,7% der aufgenommenen Patienten zu aggressiven Ereignissen kam [9]. Eine Auswertung der psychiatrischen Basisdokumentation des Bezirkskrankenhauses Regensburg von 1989 bis 1994 ergab, dass 8,3% der aufgenommenen Patienten vor der Aufnahme aggressiv waren, bei nur 2,8% kam es während des Krankenhausaufenthalts zu aggressiven Handlungen [10]. Umgekehrt ergab aber eine Umfrage unter Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern an vier psychiatrischen Fachkrankenhäusern [5], dass über die Hälfte der Befragten im Verlauf ihrer beruflichen Laufbahn schon ein-

mal ernsthaft körperlich angegriffen worden waren, ein Drittel mehrfach. Angriffe oder Bedrohungen innerhalb der letzten zwölf Monate hatten 29% erlebt, Ärzte waren tendenziell häufiger betroffen als andere Berufsgruppen, Männer mehr als Frauen. In keinem der über 300 geschilderten Einzelfälle über die subjektiv bedrohlichsten Ereignisse im eigenen Berufsleben fand sich allerdings eine Schilderung einer vorsätzlichen und geplanten Gewalttat durch einen Patienten ...

Formen von Gewalt

Andere Studien stellen die Frage, ab wann man überhaupt von Gewalt spricht. Es bestehen große Unterschiede zwischen verschiedenen Formen von Gewalt. Leichtere Formen kommen häufiger vor, etwa verbale Bedrohungen, Beleidigungen oder Abwehrreaktionen bei Patienten mit Demenz werden aber oft nur unvollständig dokumentiert oder gar gemeldet. Schwere Gewalttaten wie Tötungsdelikte erfahren in der Regel viel Aufmerksamkeit, sind aber im Krankenhaus sehr selten und wie alle seltenen Ereignisse schwer vorherzusagen beziehungsweise gar zu vermeiden. Lange Zeit wurden Aggressivität und Gewalt sehr uneinheitlich begrifflich gefasst und unterschiedliche Schwellenwerte für die Erfassung von Aggressionen verwendet. Daraus resultierten nicht vergleichbare Daten und hohe Dunkelziffern [11]. Aber auch bei einer einheitlichen Definition von gewalttätigen Übergriffen und deren Operationalisierung mit einem sinnvollen, methodisch einheitlichen Erfassungsinstrument wie beispielsweise der Staff Observation Aggression Scale (SOAS) bleibt die Heterogenität hoch [12].

Staff Observation Aggression Scale – revised version

Die Staff Observation Aggression Scale – revised version (SAOS-R) ist ein Instrument zur Dokumentation aggressiven Verhaltens in psychiatrischen Einrichtungen. Es wird dokumentiert, ob der Aggression eine verständliche Provokation vorausgegangen ist und wie der Patient reagiert hat. Dabei wird unterschieden, ob es nur zu einer verbalen Auseinandersetzung, zu Tätlichkeiten

oder gar zum Einsatz von Waffen kam und gegen wen oder was sich die Gewalt richtete. Auch die Folgen des Angriffs werden dokumentiert. Hat sich der angegriffene Mitarbeiter bedroht gefühlt, wurde er verletzt oder musste er sogar zu einem Arzt gebracht werden? Ebenfalls dokumentiert wird, welche Maßnahmen unternommen wurden, um aggressives Verhalten zu unterbinden. Hier sind sowohl deeskalierende Maßnahmen als auch Zwangsmaßnahmen wie etwa eine Fixierung aufgeführt [13]. Es resultiert ein Summenscore, sodass auch quantitative Auswertungen der Schwere von Aggressionshandlungen möglich sind (Tab. 1). Die SOAS-R wird in Europa verbreitet eingesetzt, teilweise auch bereits in der Routedokumentation der elektronischen Krankenakte. Dazu ist ein komfortables Auswertungsprogramm erhältlich, das in die elektronische Krankenakte integriert werden kann.

Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings heute

Die Ergebnisse zur Häufigkeit von aggressiven und gewalttätigen Patienten schwanken international zum Beispiel zwischen 0,4 und 59,9 Übergriffen im Jahr pro Bett in psychiatrischen Institutionen [12]. Im deutschsprachigen Raum wurden Häufigkeiten von 1,7 bis 5,0 ermittelt [14]. Eine kürzlich publizierte umfassende Untersuchung in amerikanischen psychiatrischen Kliniken, die vor allem schwere Formen von Gewalt und Aggression untersuchte, ergab eine Rate von 9,1 körperlichen oder sexuellen Übergriffen mit Verletzungsfolgen in 10.000 Pflegetagen [15]. Für diese Heterogenität sind zahlreiche Einflussfaktoren verantwortlich. Die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme, die Art der Stationen, ihre Aufgabenstellung (z. B. Akutstation), die Behandlungsdauer, Diagnosen, die Anteile von zwangseingewiesenen Patienten und die Anzahl von Mitarbeitern sowie deren Qualifikation müssen neben der methodischen Vorgehensweise berücksichtigt werden. Beispielsweise kommt es tendenziell häufiger zu Gewalttaten, wenn Patienten mit hohem Gewaltpotenzial auf einer Station konzentriert sind. In Ländern, in denen die stationäre Krankenhausbehandlung nur für eine sehr kurze akute

Tab. 1: Beurteilung von Aggression und aggressiven Zwischenfällen
Staff Observation Aggression Scale revised version (SOAS-R) [13]
Einträge werden in fünf Spalten vorgenommen, in denen erfasst wird,
1. welche Provokation dem aggressiven Zwischenfall vorausging,
2. welches Mittel benutzt wurde,
3. was das Ziel der Aggression war,
4. welche Konsequenzen für die Opfer entstanden und
5. welche Maßnahmen ergriffen wurden.
Für die Spalten zwei bis vier können Einträge zum Schweregrad erfolgen (Werte zwischen 0 und 4), aus denen ein Summenscore berechnet werden kann (Werte zwischen 0 und 12).
Brøset Violence Checklist (BVC) [33]
Beurteilt werden:
— Verwirrung
— Irritierbarkeit
— Ungestümes Verhalten
— Verbale Drohungen
— Körperliche Drohungen
— Angriff auf Objekte
Werte von 1 bis 2 sprechen für ein mäßiges Aggressionsrisiko, Werte über 2 für ein hohes Risiko.

Hier steht eine Anzeige.



Fortbildung

Phase vorgesehen ist wie zum Beispiel in den USA, findet man eine höhere Inzidenz von Gewalt in Kliniken [16]. Auch gesellschaftliche Aspekte außerhalb des Gesundheitswesens wie die Rate an Gewaltdelikten in einem Land oder die Verbreitung von Schusswaffen können eine Rolle spielen.

Insgesamt existiert trotz der verschiedenen Häufigkeiten eine Übereinstimmung bei den Experten, dass ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes und tendenziell eher unterschätztes Risiko für Ärzte und Pflegepersonal in psychiatrischen Einrichtungen besteht, Opfer von Gewalt zu werden.

Risikofaktoren für aggressives Verhalten

Im Hinblick auf die Patienten, insbesondere solche im ambulanten Setting, zeigt sich eher ein krankheitsunspezifischer „kriminogener“ Effekt. Der wichtigste Risikofaktor für Übergriffe ist Gewalttätigkeit in der Vorgeschichte, gefolgt von Indikatoren für konflikthafte Verarbeitung der psychischen Erkrankung (unfreiwillige Aufnahme, früher Beginn, häufige Vorbehandlungen, kurzfristig erfolgte Rezidive) und Alkohol- und Drogenproblemen [16]. Diagnosespezifisch liegen bei psychotischen Erkrankungen eher widersprüchliche Daten vor. Eine medikamentöse antipsychotische Behandlung der Psychosen lässt das Gewaltisiko auch während eines Klinikaufenthalts von Tag zu Tag deutlich absinken [17]. Bei einem zurückhaltenden Vorgehen in der medikamentösen Zwangsbehandlung von Psychosen im Zeitraum einer unklaren gesetzlichen Behandlungsgrundlage zeigte eine erste Studie in Deutschland die Zunahme von aggressiven Übergriffen [18]. Dabei wird der ganz überwiegende Teil der Patienten nicht auffällig. Die aggressiven Übergriffe beschränken sich offenbar auf eine kleine Gruppe innerhalb der psychotisch Erkrankten, die oft im Rahmen eines Aufenthaltes mehrere gewalttätige Handlungen begehen [18,19].

Auch patientenunabhängige Faktoren (Stationsklima, bauliche Voraussetzungen und nicht zuletzt Qualifizierungsstand und Persönlichkeitseigenschaften der Beschäftigten) haben erheblichen Einfluss auf die Häufigkeit von aggressiven Übergriffen [20].

Auswirkungen auf Beschäftigte und Behandlungsqualität

Der Blickwinkel auf die betroffenen Beschäftigten in psychiatrischen Kliniken zeigt ebenfalls eine große Heterogenität. Während in den früheren Untersuchungen meist ein erhöhtes Risiko für Ärzte gefunden wurde, steht in den letzten Jahrzehnten das Pflegepersonal im Vordergrund der Studien. Die Ergebnisse zeigen ein Risiko des Pflegepersonals in psychiatrischen Einrichtungen zwischen 42 % und 57 % für tätliche Übergriffe im Jahr [21], wobei die Häufigkeit von Beschimpfungen und Drohungen noch höher liegt. Dabei wird nach Einschätzung der Experten die tatsächliche Rate von minderschweren Aggressionen noch unterschätzt. Insbesondere im angelsächsischen Raum gibt es eine wachsende Zahl von Forschungsprojekten und -publikationen von pflegerischer Seite zum Thema Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen. Besondere Beachtung finden dabei psychiatrische Krankenhäuser und Notaufnahmen. So wird der Ruf nach einer besseren Ausbildung

in Hinblick auf den Umgang mit Gewalt, nach der Verbesserung von Meldeverfahren und der Implementierung von Leitlinien immer lauter [22]. In einer Studie in einem forensisch-psychiatrischen Krankenhaus in den USA gaben 99 % der befragten Mitarbeiter an, Konflikte mit Patienten gehabt zu haben, 70 % berichteten, im vergangenen Jahr von Patienten angegriffen worden zu sein [23].

Neben körperlichen Verletzungen wurden auch die psychischen Folgen von Patientenübergriffen in psychiatrischen Kliniken in Nordrhein-Westfalen untersucht [24]. Auch sechs Monate nach einem gewalttätigen Übergriff litten noch 11,4 % der Beschäftigten an Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Auch in der Suchthilfe kommt es immer wieder zu gewalttätigen Übergriffen von Klienten gegenüber Personal. Eine Studie aus den USA ergab, dass 53 % der Mitarbeiter aus der Suchthilfe schon mit Gewalt am Arbeitsplatz konfrontiert gewesen seien. 15 % gaben an, dies beeinflusse ihren Umgang mit Patienten, 12 % sahen dadurch ihre Leistung am Arbeitsplatz beeinträchtigt [25].

Es ist davon auszugehen, dass auch die Qualität der Patientenversorgung auf Dauer leidet, wenn es vermehrt zu Gewalttaten kommt und es nicht gelingt, ein angstfreies therapeutisches Klima zu schaffen. Das Risiko, als Arzt oder Pflegekraft Opfer von Gewalt zu werden, ist allerdings keine alleinige Domäne der Psychiatrie. Bei niedergelassenen Allge-

meinmedizinerinnen und praktischen Ärzten wurde in einer aktuellen Studie [26] aus Deutschland ein jährliches Risiko von 11 % für schwerwiegende Aggressionen ermittelt. Für das Pflegepersonal in geriatrischen Einrichtungen ergeben sich noch weitaus höhere Werte als in allgemeinpsychiatrischen Settings [21]. Jährlich werden in Deutschland etwa zwei Ärzte von ihren Patienten schwer verletzt oder gar getötet [27]. Außerhalb psychiatrischer Kliniken spielt sicherlich auch das fehlende Bewusstsein und häufig die mangelnde Ausbildung im Umgang mit Aggression und Gewalt eine bedeutende Rolle [27].

Interventionen zur Prävention von Aggressivität und Gewalt

Als evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen gelten strukturierte regelmäßige Risikobeurteilungen, beispielsweise mit der „Brøset Violence Checklist“, und Deeskalationstrainings für die Beschäftigten, die heute in den meisten psychiatrischen Kliniken durchgeführt werden [28, 29].

Die Brøset Violence Checklist

Die Brøset Violence Checklist ist ein Instrument, um kurzfristig aggressives Verhalten von Patienten vorherzusagen. Sie besteht aus einer Liste mit sechs Verhaltensmustern: Verwirrung, Reizbarkeit, Lärmen, verbal aggressives Verhalten, tötlich aggressives Verhalten und sachzerstörenderes Verhalten (**Tab. 1**). Für jedes Verhalten, das der Patient zeigt, wird ein Punkt vergeben, also

höchstens sechs Punkte. Diese Skala wurde in der Schweiz von Abderhalden und Needham mit einer visuellen Analogskala kombiniert [33]. In jeder Schicht und für jeden Patienten bewertet das Pflegepersonal, für wie wahrscheinlich es gehalten wird, dass es zu einem körperlichen Übergriff des Patienten auf andere innerhalb der nächsten zwölf Stunden kommt. Mittels eines dafür entwickelten Schiebers wird aus dem Punktwert der Brøset Violence Checklist und der Einschätzung auf der visuellen Analogskala ein Risikoscore (1 – 12) gebildet. Bei dem Erreichen bestimmter Punktwerte werden Absprachen im Behandlungsteam und Handlungsinterventionen verlangt. Das dürfte das eigentlich wirksame Agens sein, zumal die Gefahr gewissermaßen objektivierbar wird und (Früh-) Interventionen nicht aus Bequemlichkeitsgründen verschoben werden können. In einer randomisierten kontrollierten Studie in der Schweiz erwies sich dieses Verfahren als wirksam, sowohl aggressive Übergriffe als auch Zwangsmaßnahmen zu reduzieren, die Ergebnisse konnten inzwischen in den Niederlanden repliziert werden [34]. Da gewalttätige Übergriffe trotz allem ein sehr seltenes Phänomen sind, bleibt die Voraussagbarkeit eingeschränkt. Auch bei Anwendung des beschriebenen kombinierten Instruments konnten etwa die Hälfte der tätlichen Übergriffe nicht vorausgesagt werden. In der Gruppe mit moderat bis stark erhöhtem Risiko kam es nur in 10 % der Fälle zu physischer Gewalt [33].

Deeskalationstraining

Seit den 1990er-Jahren sind Schulungen zur Prävention von aggressivem Verhalten und zum Umgang mit Gewalt für Mitarbeiter in psychiatrischen Kliniken etabliert. Während zu Beginn vor allem Selbstverteidigungstechniken eingeübt wurden, geht es heute mehr und mehr darum, deeskalierende Maßnahmen einzusetzen und sowohl Mitarbeiter als auch den Patienten selbst vor körperlicher Gewalt zu schützen. In einigen Programmen werden auch Haltetechniken zum Festhalten des Patienten eingeübt, um andere Zwangsmaßnahmen wie Isolierungen und Fixierungen zu reduzieren. Derartige Trainings werden inzwi-

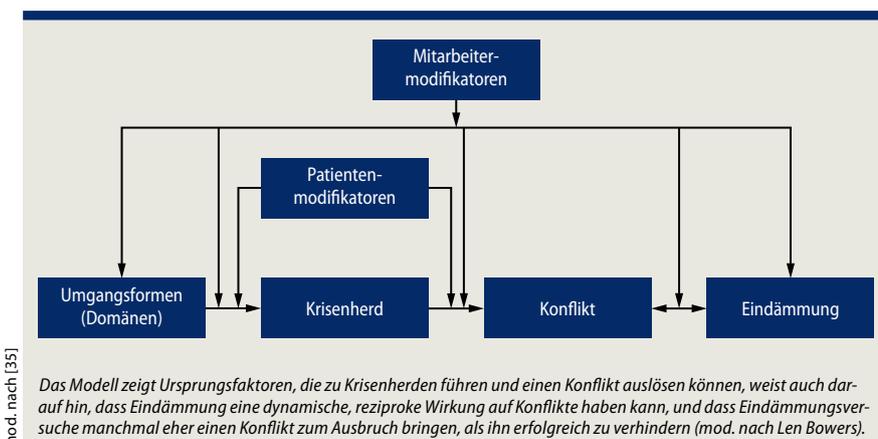


Abb. 1: Safewards-Modell

schen an fast allen psychiatrischen Kliniken in Deutschland für die Beschäftigten angeboten, sie können als „State of the Art“ gelten [29].

Das Konzept Safewards

Zur Reduktion von aggressivem Verhalten von Patienten, aber auch von Zwangsmaßnahmen von Seiten der Mitarbeiter, die selbst wieder zu Aggression und Gewalt führen können, wurde das Konzept Safewards in Großbritannien entwickelt [35] (**Abb. 1**). Dabei handelt es sich nicht um eine Einzelmaßnahme, sondern um eine komplexe Intervention, die letztlich ein ganzes Stationskonzept umfasst und jeden Aspekt der Kommunikation mit Patienten und der Gestaltung der Abläufe auf einer psychiatrischen Station durchdringen sollte. Dieses auf der Sichtung und Bewertung aller verfügbaren Studien basierte Konzept geht davon aus, dass die Stressoren zu Krisen auf Station führen können, aber nicht müssen, da sie durch Patienten- und Mitarbeiterverhalten modifizierbar sind. Stationen können unter einer Vielzahl von Vorgehensweisen und Maßnahmen wählen und diese jeweils für die speziellen Bedürfnisse adaptieren. Dies reicht von der Schulung der Mitarbeiter und Patienten in Deeskalationsmaßnahmen, über die Reduktion der Anzahl von Stationsregeln, die aktive Befragung der Patienten nach ihren Wünschen und Bedürfnissen sowie die Einbindung von Betreuern und Angehörigen in den therapeutischen Prozess bis zu Empfehlungen für die Kommunikation und eine „Willkommenskultur“. Eine große Rolle spielt die Einbindung ehemaliger Patienten (in Deutschland mittlerweile bekannt als „Genesungsberater“ mit entsprechender Ausbildung) [35]. Alle Materialien sind inzwischen auch ins Deutsche übersetzt und im Internet verfügbar (www.safewards.net/de).

Pharmakologische Interventionen

Insbesondere bei schizophrenen Erkrankungen senkt eine adäquate pharmakologische Behandlung die Inzidenz von Gewalttaten bereits deutlich [17]. Die medikamentöse Therapie sollte daher in der Regel zu allererst auf die Behandlung der Grunderkrankung abzielen. Es ist gut gesichert, dass Clozapin die beste

antiaggressive Wirkung unter den Antipsychotika hat [30, 31] und diese möglicherweise über die bekanntermaßen ebenfalls überlegene antipsychotische Wirkung hinausgeht. Abgesehen von der antipsychotischen Behandlung und der Behandlung von manischen und schizomanischen Störungen mit Stimmungsstabilisierern ist eine unabhängig von einer unspezifischen Sedierung vorhandene antiaggressive Wirkung von Psychopharmaka bisher nicht nachgewiesen. Auch gibt es keine Substanzen, die für diese Indikation zugelassen sind. Mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters im Hinblick auf die Off-Label-Indikationsstellung können ausnahmsweise Therapieveruche mit weiteren Substanzen wie Benzodiazepinen, Betablockern oder Lithium unternommen werden, deren Wirksamkeit aber fraglich ist und die auch mehr Probleme erzeugen können, als sie zu lindern vermögen. Ärztliche Verordnungen dürfen gemäß der Berufsordnung auch nur zum Wohl der Patienten und nicht zum Wohl Dritter erfolgen. Wenn allerdings eine Behandlung geeignet ist, unerwünschte Konsequenzen für den Patienten wie freiheitsentziehende Maßnahmen zu vermeiden, ist sie auch im Interesse des Patienten.

Einfacher stellt sich die Akutbehandlung aggressiver Erregungszustände im Rahmen einer psychischen Erkrankung dar. Bei diesen kann eine schnelle Beruhigung der Patienten erforderlich werden. Antipsychotika und Benzodiazepine sind hier gut wirksam. Dabei sollte nach Möglichkeit versucht werden, den Patienten zu einer oralen Einnahme zu bewegen. Eine Notfallbehandlung ist im Rahmen des „rechtfertigenden Notstandes“ (§ 34 StGB) möglich, eine eigentliche Zwangsbehandlung darf nur mit richterlichem Beschluss erfolgen [32]. Die möglichen Risiken für den Patienten durch Nebenwirkungen, beispielsweise Atemdepression, sind stets kritisch gegen den Nutzen abzuwägen. Bei Intoxikationen sollte mit sedierenden Medikamenten zurückhaltend umgegangen werden. Bei zwingender Indikation ist eine Behandlung mit Haloperidol vergleichsweise sicher. Eine intensive Überwachung des Patienten ist in jedem Fall erforderlich [20]. Besonders bei Psychosen konnte ge-

zeigt werden, dass eine adäquate antipsychotische Dauermedikation das Risiko für erneutes aggressives Verhalten reduzieren kann [17].

Fazit für die Praxis

Aggressives Verhalten und Gewalt von Patienten kommen in psychiatrischen Kliniken, aber auch an anderen Stellen des Gesundheitssystems immer wieder vor. Prävention und Therapie von aggressivem Verhalten ist daher erforderlich. Hierfür muss ein Bewusstsein geschaffen werden. Ziel sollte eine patientenorientierte Versorgung sein, bei der die Patienten beispielsweise die Möglichkeit haben, ihre Angehörigen oder unabhängige Dritte im Konfliktfall mit einzubeziehen. Hilfreich sind zum Beispiel auch die geschlechtliche Mischung auf psychiatrischen Stationen sowie die Verteilung von Patienten mit hohem Risiko für aggressive Durchbrüche auf verschiedene Stationen. Eine gute Ausbildung der Mitarbeiter zur Reduktion von und zum Umgang mit Gewalt kann sowohl die Mitarbeiter selbst als auch die Patienten vor den negativen Folgen eskalierender Gewalt schützen. Dabei sollten wo möglich Deeskalationstechniken und andere evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen zur Anwendung kommen [20]. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Sophie Hirsch

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Weissenau
Postfach 2044, 88190 Ravensburg
E-Mail: sophie.hirsch@zfp-zentrum.de

Prof. Dr. med. Tilman Steinert

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
Weissenau
Postfach 2044, 88190 Ravensburg
E-Mail: tilman.steinert@zfp-zentrum.de

Literatur

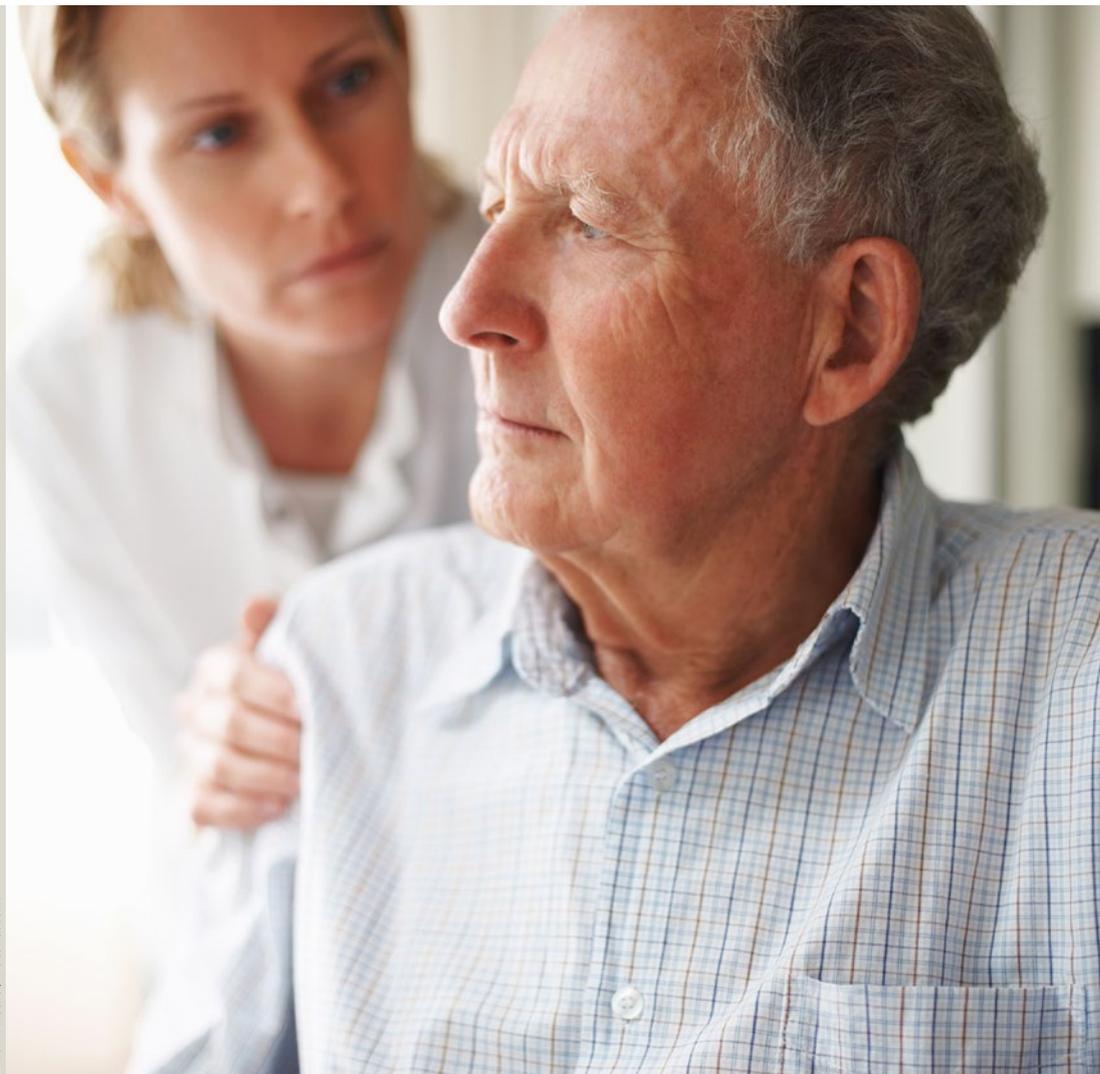
1. Laehr H. Die Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen in allen Ländern. 3. Aufl. Berlin: De Gruyter; 1889.
2. Stierlin H. Der gewalttätige Patient. Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Pflegepersonal verübten Angriffe. Basel: Karger; 1956.
3. Steinert T, Beck M, Vogel W-D, Wohlfahrt A. Gewalttätige Patienten. Nervenarzt 1995; 66:207-211.
4. Böker W, Häfner H. Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer; 1973.
5. Steinert T, Hermer U, Faust V. Die Motivation aggressiven Patientenverhaltens in der Einschätzung von Ärzten und Pflegepersonal. Krankenhauspsychiatrie 1995; 6:11-16.
6. Steinert T. Aggression und Gewalt bei Schizophrenie: Häufigkeit, Prädiktion und Auswirkung auf den Krankheitsverlauf. Münstert, New York, München, Berlin: Waxmann; 1998.
7. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens R. Patient and visitors violence in general hospitals: A systematic review of the literature. Aggression and Violent Behavior 2008; 13:431-441.
8. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Metaanalysis. PLoS ONE 2015; 10(6): e0128536. Doi: 10.1371/journal.pone.0128536.
9. Ketelsen R, Zechert C, Driessen M, Schulz M. Characteristics of aggression in the psychiatric hospital and predictors of patients at risk. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2007; 14(1): 92-9.
10. Spieß H, Krischker S, Cording C. Aggressive Handlungen im psychiatrischen Krankenhaus – Eine auf die psychiatrische Basisdokumentation gestützte 6-Jahres-Studie bei 17943 stationären Aufnahmen. Psychiatrische Praxis 1998; 25:227-230.
11. Steinert T, Gebhardt RP. Wer ist gefährlich? Probleme der Validität und Reliabilität bei der Erfassung und Dokumentation von fremdaggressivem Verhalten. Psychiatrische Praxis 1998; 25:221-226.
12. Nijman HLI, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ. Fifteen Years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a Review. Acta Psychiatr Scand 2005; 111:12-21.
13. Nijman H, Palmstierna T. Measuring aggression with the staff observation aggression scale – revised. Acta Psychiatr Scand 2002; 106(Suppl. 412):101-102.
14. Ketelsen R, Schulz M, Driessen M. Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen. Das Gesundheitswesen 2011; 73:105-111.
15. Staggs VS. Trends, Victims, and Injuries in Injurious Patient Assaults on Adult, Geriatric, and Child/Adolescent Psychiatric Units in US Hospitals, 2007-2013. Research in Nursing and Health 2015; 38(2):115-20.
16. Steinert T. Prediction of inpatient violence. Acta Psychiatr Scand 2002; 106 (Suppl.):133-142.
17. Steinert T, Sippach T, Gebhardt RP. How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? Pharmacopsychiat 2000; 33:98-102.
18. Flammer E, Steinert T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitsbeschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen. Psychiatrische Praxis 2015; 42(5):260-6.
19. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer J E, Haug H. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2007; 3(3).
20. DGPPN. S2 Praxisleitlinie in Psychiatrie und Psychotherapie – Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten. AWMF Register Nr. 038/015. Steinkopffverlag; 2010.
21. Zeh A, Schablon A, Wohler C, Richter D, Nienhaus A. Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – ein Literaturüberblick. Gesundheitswesen 2009; 71:449-459.
22. Stevenson et al. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. BMC Nursing 2015; 14:35.
23. Kelly EL et al. A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. Journal of Advanced Nursing, 2015; 71(5):1110-22.
24. Richter D, Berger K. Psychische Folgen von Patientenübergreifen auf Mitarbeiter. Nervenarzt 2009; 80:68-73.
25. Bride BE et al. Patient Violence Towards Counselors in Substance Use Disorder Treatment Programs: Prevalence, Predictors, and Responses. Journal of Substance Abuse Treatment 2015; 57:9-17.
26. Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112:159-165.
27. Mäulen B. Vorsicht Patient! Immer mehr schwere Gewaltdelikte gegen Ärzte. MMW – Fortschritte in der Medizin 2013; 155(5):14-23.
28. Kienzle T, Paul-Ettlinger B. Aggression in der Pflege – Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal. Stuttgart: Kohlhammer; 2007.
29. Steinert T, Schmid P, Arbeitskreis zur Prävention von Zwang und Gewalt, Landesverband der Psychiatererfahrenen Baden-Württemberg. Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Gegenwärtige Praxis. Nervenarzt 2014; 85(5):621-9.
30. Krakowski M, Czobor P, Citrome L, Bark N, Cooper TB. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Archives of General Psychiatry 2006; 63:622-629.
31. Citrome L, Volavka J, Czobor P, et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. Psychiatric Services 2001; 52:1510-1514.
32. Steinert T, Borbé R. Zwangsbehandlung. PSYCH up2date; 2013; 7:185-197.
33. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J, Fischer J. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. BMC Psychiatry 2006; 6:17.
34. van de Sande R, Noorthoorn E, Wierdsma A, Hellendoorn E, van der Staak C, Mulder CL, Nijman H. Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. International Journal of Mental Health Nursing 2013; 22:475-484.
35. Bowers L et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies 2015; 52:1412-1422.

Aufsuchende Dienste in der Alterspsychiatrie

Klinische Vorteile und Nachhaltigkeit des AGIL

Aufsuchende Dienste mit Diagnostik und Therapie im gewohnten Umfeld von Betroffenen haben gegenüber einer stationären Behandlung gerade älterer Personen Vorteile. Im Rahmen eines Modellprojekts in der Klinik für Alterspsychiatrie in Zürich bietet ein interprofessionelles Team Hausbesuche und Konsiliar- sowie Liaisondienste in Heimen an. Dank diesem gemeindenahen Angebot konnten Diagnostik und Therapie an Ort und Stelle verbessert werden.

EGEMEN SAVASKAN, ZÜRICH



Die durch aufsuchende Dienste zuhause durchgeführte Diagnostik und Therapie werden nicht nur von den Patienten begrüßt, sondern verringern auch die Hospitalisationsrate.

Gemeindeintegrierte Akutversorgung, wie sie das Züricher Modellprojekt des Aufsuchenden Gerontopsychiatrischen Interprofessionellen Liaison-Dienstes (AGIL) anbietet, hat gegenüber einer stationären Behandlung deutliche klinische Vorteile: Sie schneidet weniger tiefgreifend in das Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein, ist weniger stigmatisierend, soziale Nachteile durch die Institutionalisierung entfallen, Probleme und Ressourcen können besser im Umfeld des Betroffenen abgeklärt und eine bedarfsgerechte Versorgung aufgebaut werden [1]. Die Zusammenarbeit mit Betreuern und Angehörigen kann gestärkt und in die Versorgung einbezogen, Interventionen zur Prävention, Diagnostik und Therapie können im gewohnten sozialen Kontext besser koordiniert und umgesetzt werden. Solche Angebote können im ambulanten Rahmen als aufsuchende Dienste oder in den Tageskliniken als teilstationäre Behandlung angeboten werden. Leider gibt es bisher keine ausreichenden alterspsychiatrischen aufsuchenden Dienste, obwohl der Bedarf aufgrund der demografischen Entwicklung zunimmt.

Wie kontrollierte Studien zeigen, führt vor allem die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld der Betroffenen durch aufsuchende Dienste im Vergleich zur stationären Therapie mittelfristig zu stärker ausgeprägten psychiatrischen Symptomverbesserungen [2, 3]. Die Selbstständigkeit kann dadurch besser erhalten bleiben und die soziale Anpassung verbessert sich. Die gute Ausbildung und regelmäßige klinische Supervision der Behandlungsteams sind dabei ausschlaggebend für den Erfolg. Betroffene und Angehörige präferieren die Akutbehandlung zu Hause.

Weniger stationärer Aufenthalt

Ein wichtiger Nebeneffekt der aufsuchenden Akutversorgung ist die Reduktion des Bedarfs an stationärer Behandlung [1, 2, 3, 4, 5]. Dadurch können die Behandlungskosten insgesamt reduziert werden, auch wenn der Aufbau des aufsuchenden Dienstes aufgrund des Bedarfs an qualifizierten Fachkräften zuerst eine kostenintensive Angelegenheit ist. Eine Übersichtsarbeit, die 18 vergleichende Studien zwischen stationärer und

aufsuchender Akutversorgung untersuchte, kam zu dem Schluss, dass regelmäßige Behandlungen zu Hause kombiniert mit sozialer Unterstützung den Bedarf an Hospitalisationen senkt [6]. Der Erfolg der Intervention hängt dabei von der detaillierten Abklärung der Probleme und Ressourcen im Lebenskontext des Betroffenen, regelmäßigen Besuchen in seinem eigenen Umfeld und von sozial entlastenden Angeboten ab. Zusätzlich wird durch die Verfügbarkeit von ambulanten, gemeindenahen Angeboten insgesamt die Dauer der stationären Behandlung verkürzt [7]. Gerade dieser reduzierte Bedarf an stationären Behandlungen ist für die kostensenkende Wirkung der gemeindeintegrierten Versorgung verantwortlich. Leider sind bisher kaum Untersuchungen über die Wirksamkeit von aufsuchenden Diensten bei älteren psychiatrisch erkrankten Personen vorhanden. Trotzdem kann man ausgehend von der bestehenden Studienlage zusammenfassen, dass die gemeindeintegrierten Therapieangebote mindestens bei erwachsenen Personen mit einer psychiatrischen Störung gleich wirksam sind, wie die stationäre Akutbehandlung und eine kosteneffektive Ergänzung der psychiatrischen Versorgung darstellen [1]. Dabei sind vor allem die interprofessionell ausgerichteten Behandlungsteams besonders erfolgreich.

Diagnostik und Therapie zu Hause

Die Klinik für Alterspsychiatrie in Zürich gehört zu den größten alterspsychiatrischen Einrichtungen der Schweiz und deckt die ganze Versorgungskette mit stationären, teilstationären und ambulanten Therapieangeboten ab. Der angeschlossene ärztliche Konsiliar- und Liaisondienst (KLD) behandelt zusätzlich Betroffene in den Alters- und Pflegeheimen (APH). Die Nachfrage für die Leistungen des KLD ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Dieses Versorgungsangebot wurde im Rahmen eines Modellprojekts um einen aufsuchenden Dienst ergänzt und ausgebaut. Der AGIL wurde durch die finanzielle Unterstützung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich für die ersten beiden Jahre aufgebaut und soll nach zwei Jahren kostendeckend arbeiten. Ein interprofessionelles Team bestehend aus einer Fach-

ärztin (80 %), Fachpflegeexperten (70 %) mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie und einer Sozialarbeiterin (40 %) bietet seit Ende 2014 aufsuchende Versorgung im eigenen Umfeld der Betroffenen an. Der AGIL kann Diagnostik und Therapie alterspsychiatrischer Erkrankungen zu Hause oder als KLD in den APH sowie in Akutspitalen durchführen. Ärztliche und pflegerische Interventionen werden durch Abklärungen und Maßnahmen von Sozialarbeitern unterstützt.

Das Ziel des AGIL ist in erster Linie die Diagnostik und Therapie für die Patienten zu Hause anzubieten, die alleine keine ambulante Einrichtung aufsuchen können und eine alterspsychiatrische Erkrankung aufweisen. Betroffene, Angehörige und ärztliche Zuweiser können den AGIL beauftragen einen Hausbesuch vorzunehmen. Der Erstbesuch findet im Tandem der Fachärzte und des Pflegeexperten statt. Eine ärztliche und pflegerische Basisdiagnostik erfolgt schon beim ersten Hausbesuch. Vor allem die Frühdiagnostik und die psychotherapeutische Behandlung stehen im Fokus. Pflegerische Interventionen zielen auf die Förderung der Selbstständigkeit der Betroffenen. Durch den Einsatz von standardisierten Assessmentinstrumenten können bedarfsgerechte Interventionen eingesetzt und vermittelt werden. Soziale Abklärungen decken vorhandene Defizite auf und können entsprechende Maßnahmen einleiten. Falls der Schweregrad der Erkrankung eine weitere Behandlung zu Hause nicht mehr zulässt, werden entsprechende ambulante und stationäre Therapiemöglichkeiten vermittelt. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass der AGIL kein psychiatrischer Notfalldienst ist und somit in Notfallsituationen nicht eingesetzt werden kann. Der Einbezug, die Information und Betreuung der Angehörigen ist ein wichtiger Aspekt des aufsuchenden Dienstes. Durch die Entlastung der Angehörigen wird die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten und seiner Betreuer angestrebt. Angehörige mit Belastungsreaktionen können ebenfalls von Therapieangeboten Gebrauch machen.

Fortbildung durch den AGIL

Im Rahmen des KLD kann das AGIL-Team auch in den APH und in Akutspitalen

talen eingesetzt werden. Im Unterschied zum regulären KLD führen einzelne Teammitglieder des AGIL zusätzlich zur Diagnostik und Therapie ihrer Fachkompetenz entsprechende Fallsupervisionen, Teambesprechungen und Fortbildungen zu alterspsychiatrischen Themen durch. Dadurch wird den Betreuerteams geholfen, ihr alterspsychiatrisches Wissen aufzufrischen und zu erweitern. Wichtige Themen wie klinische Besonderheiten der Altersdepression, Delir, nicht kognitive Begleitsymptome der Demenz wie etwa Agitation, Aggressivität oder psychotische Symptome, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen im Alter werden besprochen und Umgangsmethoden mit diesen klinischen Symptomen vermittelt. Das Ziel dabei ist die Versorgung des Betroffenen zu optimieren und die Teams in der Betreuungssituation zu entlasten. Fachkräftemangel in den APH ist ein zunehmendes Problem und der AGIL soll helfen einige der bestehenden Lücken im Fachwissen zu schließen. Ein modular aufgebautes Fortbildungsangebot kann von einzelnen Institutionen bedarfsgerecht ausgewählt und für Schulungen eingesetzt werden.

Wie in der Literatur beschrieben, sind die Abklärung der sozialen Situation und die begleitende Einleitung notwendiger Maßnahmen eine Voraussetzung für den Erfolg der aufsuchenden Dienste. Die Sozialarbeiterin des AGIL hat den Auftrag Beratungen zu den Themen Wohnen, Finanzen, Recht und Tagesstruktur für Betroffene und deren Angehörige anzubieten. Sie nimmt Kontakte zu Behörden und Institutionen auf, kann entlastende ambulante sowie teilstationäre Maßnahmen und gegebenenfalls auch Platzierungen in den APH organisieren. All diese interprofessionellen Maßnahmen sollen stationäre Aufnahmen möglichst verhindern. Da der AGIL im Anschluss an eine stationäre Behandlung direkt in der Nachbetreuung zum Einsatz kommen kann, lässt sich die Dauer der Hospitalisationen insgesamt verkürzen.

Überwiegend Demenzpatienten

Durch die Vielfalt der Angebote ist der AGIL zu einer wichtigen Schnittstelle im regionalen alterspsychiatrischen Versor-

gungsnetzwerk geworden und steht in engem Kontakt mit niedergelassenen Ärzten, den APH, Spitalen und anderen Institutionen sowie Behörden. Der AGIL betreut inzwischen insgesamt 30 APH. In 14 APH werden in regelmäßigen Abständen Visiten und Fallbesprechungen bei mehreren Patienten durchgeführt, in den restlichen APH werden einzelne Patienten behandelt. In 2015 wurden 1.477 Konsultationen bei 256 Fällen durchgeführt. 91,4% dieser Konsultationen wurden im Rahmen von KLD und 6,6% als aufsuchender Dienst angeboten. 2% entfielen auf KLD in somatischen Kliniken. 47,6% der behandelten Personen hatten nach ICD-10 eine F0-Diagnose (organische Störungen wie Demenzerkrankungen), 19,5% eine F3-Diagnose (Affektive Störungen), 18,3% eine F9-Diagnose (Verhaltens- und emotionale Störungen) und 9,4% eine F4-Diagnose (Belastungsstörungen). Wahnhafte Störungen waren mit 4,3% vertreten und die Abhängigkeitserkrankungen mit 0,4%.

Ein Jahr nach der Einführung des AGIL wird der aufsuchende Dienst leider noch sehr wenig in Anspruch genommen. Das mag mit dem geringen Bekanntheitsgrad des Dienstes zusammen hängen oder aber auch mit dem Umstand, dass in der Region Zürich eine Reihe von ambulanten und schnell erreichbaren Angeboten zur Verfügung stehen. Durch regelmäßige Medienkampagnen soll das Angebot bekannter gemacht werden. Wie erwartet, werden die meisten Leistungen in den APH erbracht und vor allem dort, wo Fortbildungsangebote häufig beansprucht werden. Es sind in erster Linie Patienten mit Demenzerkrankungen mit nicht kognitiven Begleitsymptomen (BPSD), für die der AGIL einbezogen wird. Da viele dieser Patienten oft keine vorausgehende Abklärung der kognitiven Störung erhalten haben, verbessert der AGIL in solchen Fällen die (Früh-) Diagnostik. An zweiter Stelle sind aber die affektiven Erkrankungen mit Bedarf für Psychotherapie, was sehr erfreulich ist. Bei diesen Fällen werden psychotherapeutische Interventionen bis zu 15 Stunden eingesetzt. Oft sind auch differenzialdiagnostische Fragen im Übergangsbereich zu neurodegenerativen Erkrankungen

mit affektiven Symptomen zu beantworten.

In allen drei Berufsgruppen steigt die Nachfrage, aber aufgrund des ambulanten Tarifsystems kann in den Bereichen Pflege und Soziale Arbeit nicht kostendeckend gearbeitet werden, weil sich viele Leistungen nicht abbilden lassen. Auch sind die personalintensiven Hausbesuche oft aus finanzieller Sicht defizitär. Dieser Umstand stellt für die Zukunft des AGIL eine Herausforderung dar. Der Ausbau der Fallsupervisionen und des Fortbildungsangebots soll neue Einnahmequellen generieren. Leider begünstigt die Entwicklung des Tarifsystems nicht die interprofessionell aufgebauten aufsuchenden Dienste, obwohl diese nachweislich helfen die Gesamtkosten durch Vermeidung der stationären Aufnahmen zu senken.

Fazit

Der AGIL ist ein erfolgreiches Modell, vor allem weil er ein interprofessionelles Angebot darstellt und gut erreichbar ist. Der Dienst spricht nicht nur Betroffene zu Hause und in den Institutionen, sondern auch Angehörige an und hilft die alterspsychiatrische Fachkompetenz bei den Betreuern zu verbessern. Er schließt eine wichtige alterspsychiatrische Versorgungslücke. Ambulante Angebote, die den Erhalt der Selbstständigkeit der Betroffenen im Blick haben, Frühdiagnostik und Therapie zu den Patienten bringen und dabei helfen Institutionalisierung möglichst zu vermeiden, werden in Zukunft entscheidend sein in der Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung. Nachfrage und Akzeptanz sind vorhanden. Der Erfolg wird nicht zuletzt von der Entwicklung neuer Finanzierungsmodelle für solche interprofessionelle Dienste abhängen. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Prof. Dr. med. Egemen Savaskan
Chefarzt, Klinik für Alterspsychiatrie
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Minervastr. 145, CH-8032 Zürich
E-Mail: egemen.savaskan@puk.zh.ch

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M (2000) Gemeindeintegrierte Akutversorgung. *Nervenarzt* (71): 691-699.
2. Marks IM, Connolly J, Muijen M et al. (1994) Home-based versus hospital based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* (164): 179-194.
3. Merson S, Tyrer P, Onyet S et al. (1992) Early intervention in psychiatric emergencies : a controlled clinical trial. *Lancet* (339) : 1311-1314.
4. Dean C, Phillips J, Gadd EM et al (1993) Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe illness. *Br Med J* (307) : 473-476.
5. Wasylenki D, Gehrs M, Goering P et al. (1997) A home-based programme for the treatment of acute psychosis. *Com Ment Health J* (33) : 151-162.
6. Catty J, Burns T, Knapp M et al. (2002) Home treatment for mental health problems : a systematic review. *Psychol Med* (32): 383-401.
7. Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J et al. (1996) Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcome. *Am J Psychiatry* (153) : 1065-1073.



Psychiatrische Kasuistik

Therapieresistente Major Depression

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 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: Chloroquinassoziierte psychotische Störung

NT 3/2016

N: Motorische Unruhe bei Demenz

NT 4/2016

P: Katatonie

NT 5/2016

N: Thorakaler Bandscheibenvorfall – oft falsch eingeschätzt

NT 6/2016

P: Therapieresistente Major Depression

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

Aktuelle Anamnese

Ein 33-jähriger Patient stellte sich zur elektiven stationären Aufnahme vor und berichtete bei Aufnahme, bereits seit 2012 an einer anhaltenden depressiven Symptomatik mit niedergedrückter Stimmung und Freudlosigkeit, dem Gefühl der Verzweiflung, innerer Anspannung, Antriebsverlust und Konzentrationsstörungen zu leiden. Er müsse sich zu allem zwingen, die Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und von sozialen Kontakten sei nur mit erheblicher Anstrengung möglich. Er könne aufgrund von Konzentrationsstörungen kaum lesen und obwohl er ein sehr geselliger Typ sei, sei ihm eine Kommunikation mit anderen nur noch für kurze Zeiträume möglich. Seit eineinhalb Jahren sei er aufgrund der Symptomatik krankgeschrieben. Bislang sei trotz verschiedenster medikamentöser Behandlungsversuche keine Besserung der Symptomatik erreicht worden.

Psychiatrische Vorgeschichte

2003 erste leichte depressive Episode in zeitlichem Zusammenhang mit einem Partnerschaftskonflikt, anschließend tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, im Verlauf Remission.

2008 Beginn einer zweiten, mittelschweren und im Verlauf schweren, therapieresistenten depressiven Episode. Damals Beginn einer ambulant psychiatrischen Behandlung und ambulante medikamentöse Behandlungsversuche mit Sertralin und Amitriptylin ohne Erfolg. Im Verlauf, bei Zunahme der depressiven Symptomatik, erster stationär-psychiatrischer Aufenthalt mit Diagnose einer schweren depressiven Episode bei rezidivierend depressiver Störung. Im

Verlauf des Aufenthaltes (anhand der Aktenlage) medikamentöse Therapieversuche mit Moclobemid, Venlafaxin (bis 375 mg/Tag), Mirtazapin, Olanzapin und Risperidon ohne wesentlichen Erfolg. Letztlich Entlassung mit einer Kombination aus Tranylcypromin (60 mg/Tag) und Lithiumcarbonat und unverändert anhaltender depressiver Symptomatik. In einem sich anschließenden, weiteren stationären Aufenthalt sei unter einer Medikation bestehend aus Duloxetin (120 mg/Tag), Reboxetin (6 mg/Tag), Amisulprid (100 mg/Tag) und Clozapin (200 mg/Tag) letztlich eine Remission erreicht worden. Die Entlassungsmedikation sei als Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe zwei Jahre lang unverändert fortgeführt worden, bis 2011 ein Versuch der Dosisreduktion erfolgte. Hierunter kam es zu einer erneuten, langsam zunehmenden depressiven Symptomatik, die sich trotz erneuter Dosiserhöhung und Rückführung der Medikation auf die zur Remission führende Medikamentenkombination weiter verschlechterte.

Ab 2012 folgten bei im Verlauf dann schwerer depressiver Symptomatik weitere stationäre Aufenthalte mit einer kombinierten Behandlung aus Clozapin und Lamotrigin plus Duloxetin, Citalopram und Bupropion ohne Erfolg. Im weiteren blieb ein Behandlungsversuch mit Lithiumcarbonat, Lamotrigin, Quetiapin sowie vier Sitzungen einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) ohne wesentliche Besserung. Ambulant erfolgte bei weitgehend unveränderter Symptomatik eine Beendigung der Gabe von Lamotrigin und Lithium sowie der Behandlungsversuche mit Agomelatin, Nortriptylin, Amitriptylin und Vortio-



xetin in Kombination mit Quetiapin. Suizidversuche, hypomane oder manische Episoden lassen sich in der Vorgeschichte nicht eruieren.

Familienanamnese

Eine Tante väterlicherseits habe in der Vergangenheit unter schweren depressiven Episoden gelitten, sonst leer.

Medikation bei Aufnahme

Quetiapin (200 mg/Tag).

Soziobiografische Anamnese

Der Patient wurde 1983 als zweites Kind in Frankfurt am Main geboren. Er beschreibt seine Kindheit als behütet. Nach Abschluss des Abiturs habe er Chemie studiert und mit einem Diplom abgeschlossen. Anschließend habe er eine Krankenpflegeausbildung absolviert und diese trotz der seit 2011 zunehmend schweren depressiven Symptomatik abgeschlossen. In dem Beruf sei er etwa ein halbes Jahr tätig gewesen, seit Mitte 2014 jedoch aufgrund der dann schweren depressiven Symptomatik arbeitsunfähig erkrankt. Aktuell verbringe er viel Zeit mit seiner Ursprungsfamilie, pflege mit viel Überwindung einen kleinen Freundeskreis und zwingt sich, regelmäßig etwa eine halbe Stunde täglich Sport zu treiben.

Suchtmittelanamnese

Der Patient berichtet von gelegentlichem Alkoholkonsum, die Einnahme von anderen legalen oder illegalen Suchtmitteln wird verneint.

Internistisch-neurologische Untersuchung

Ohne pathologischen Befund.

Weitere Diagnostik

Laborchemisch findet sich kein richtungsweisender Befund, das Elektroenzephalogramm stellt sich regelrecht dar, die cMRT (kraniale Magnetresonanztomografie) ergibt einen unauffälligen Befund des Neurokraniums.

Therapie und Verlauf

Der Patient zeigte zum Aufnahmezeitpunkt eine seit etwa vier Jahren bestehende, trotz verschiedenster medikamentöser Behandlungsversuche thera-

pieresistente mittelschwerere depressive Episode bei rezidivierend depressiver Störung.

Ketamin

In Anbetracht des therapieresistenten Verlaufs und des Wunsches auch des Patienten nach alternativen Behandlungsmethoden unternahmen wir nach ausführlicher Aufklärung des Patienten über mögliche Nebenwirkungen und Risiken zunächst einen individuellen Heilversuch mit Ketamin i. v. in subanästhetischer Dosis. Hierunter zeigte sich auch nach wiederholter Gabe allerdings keine Besserung der depressiven Symptomatik.

EKT, Augmentation, MPH

Bei fortbestehender depressiver Symptomatik entschieden wir uns nachfolgend für die Durchführung einer EKT. Nach neun EKT-Sitzungen begannen wir eine parallele medikamentöse antidepressive Behandlung mit Escitalopram (bis 20 mg/Tag). Bei auch nach zwölf EKT-Sitzungen unverändert depressiver Symptomatik und zunehmenden Gefühlen der Hoffnungslosigkeit ergänzten wir als Augmentation Aripiprazol (5 mg/Tag). Insgesamt erfolgten 15 EKT-Sitzungen, ohne dass es zu einer Besserung der depressiven Symptomatik kam. Es erfolgte ein zusätzlicher Behandlungsversuch mit Methylphenidat (MPH), auch hierunter zeigte sich eine nur vorübergehende Besserung der Antriebsstörung bei aber im Weiteren subjektiv als sehr quälend empfundener innerer Anspannung, sodass wir die Gabe wieder beendeten.

T3-Augmentation, Schlafentzug, multimodales Therapieprogramm

Auch eine Schilddrüsenaugmentation mit Gabe von 25–50 µg/Tag Trijodthyronin (T3) erbrachte keine wesentliche Besserung des depressiven Syndroms. Während des stationären Aufenthaltes erfolgten zusätzlich zweimalig ein totaler Schlafentzug, eine Lichttherapie ebenso wie die Teilnahme an einem multimodalen Therapieprogramm mit Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Wohnortnahe ambulante Weiterbehandlung

Letztlich zeigte sich während der gesamten Dauer des stationären Aufenthaltes

eine unveränderte, mittelschwere depressive Symptomatik ohne Suizidalität. Wir entschieden uns gemeinsam mit dem Patienten daraufhin für eine wohnortnahe ambulante Weiterbehandlung unter zunächst Fortführung der kombinierten Gabe von Escitalopram, Aripiprazol und T3 in der Hoffnung, trotz Fehlens einer frühen Verbesserung („early improvement“) als Prädiktor für eine spätere Response vielleicht dennoch bei Beibehaltung dieser Behandlung im Verlauf von zum Beispiel weiteren zwölf Wochen eine Besserung der depressiven Symptomatik zu erzielen. So entließen wir den Patienten schließlich mit weitestgehend unveränderter depressiver Symptomatik in die ambulante Weiterbehandlung.

Zusammenfassung und Diskussion

Der Fall beschreibt den Verlauf einer bereits langjährig bestehenden, therapieresistenten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung. In diesem Fall zeigte die depressive Symptomatik auch unter alternativen Therapieformen wie der intravenösen Gabe von Ketamin und EKT keine Besserung. Auch Augmentationen mit Aripiprazol, Methylphenidat oder Schilddrüsenhormonen erzielten in diesem Fall keine Verbesserung der Symptomatik. Im Allgemeinen profitieren etwa 60 % der depressiven Patienten klinisch nicht in ausreichendem Maße von einem ersten Therapieversuch von acht Wochen mit einem Antidepressivum; bei 30 % tritt auch nach einem zweiten Versuch keine Remission ein. Schließlich verbleibt auch nach mehreren Therapieversuchen eine Restgruppe chronisch Depressiver von zirka 15 %. □

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

Wann spricht man bei der Behandlung einer Depression meistens von Therapieresistenz?

- Bei unzureichender Adhärenz.
- Bei fehlender Response auf wenigstens zwei Antidepressiva mit ausreichender Dosierung und Therapiedauer.
- Bei fehlender Response auf eine EKT.
- Bei einer Dauer der aktuellen Episode über sechs Monate.
- Bei einer Dauer der aktuellen Episode über ein Jahr.

Lösung

Richtig ist Antwort b. Für eine Therapieresistenz gibt es bislang keine unumstritten akzeptierte Definition. In Bezug auf unipolar depressive Störungen wird meist von Therapieresistenz gesprochen, wenn zwei verschiedene Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkprofilen jeweils nach vier bis sechs Wochen Behandlung in ausreichender Dosis wirkungslos waren.

Frage 2

Welche Behandlungsoptionen bestehen bei therapieresistenter Major Depression?

- Augmentation mit Olanzapin
- Augmentation mit Buprenorphin
- Intranasale Gabe von Ketamin
- Tiefe Hirnstimulation
- Alle Antworten (a–d) sind richtig.

Lösung

Richtig ist Antwort e. Für die Augmentationsstrategie von SSRI/SNRI (selektive Serotonin-/Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) mit atypischen Antipsychotika (AAP) liegen im Vergleich zu anderen Augmentationsstrategien gegenwärtig die meisten Daten vor; die Kombination aus Olanzapin (6–18 mg/Tag) und Fluoxetin (25–50 mg/Tag) ist hierbei seit 2009 in den USA zur Behandlung der therapieresistenten Major Depression zugelassen. Im Hinblick auf eine mögliche Rolle von Modulatoren des Opioidsystems in der Behandlung depressiver Störungen fand sich in einer aktuellen randomisierten kontrollierten Studie (RCT) und in offenen Pilotstudien ein positiver Effekt einer Gabe von Buprenorphin – hier in Form einer fixen Kombination aus Buprenorphin und dem μ -Opiatrezeptorantagonisten Samidorphan (ALKS 5461) – als

add-on zu Antidepressiva [1]. In einer weiteren aktuellen RCT zeigte eine niedrigdosierte Gabe von Buprenorphin Wirksamkeit in der Reduktion von Suizidideationen auf dem Boden verschiedener psychiatrischer Grunderkrankungen [2]. Die i. v.-Gabe des Anästhetikums und Analgetikums Ketamin stellt zunehmend eine alternative Behandlungsmöglichkeit bei therapieresistenten (uni- und bipolaren) depressiven Episoden dar. Hier weisen aktuelle Studien auf eine antidepressive Wirksamkeit auch alternativer Applikationsformen hin. In einer kleinen RCT zeigte eine intranasale Applikation von Ketamin (50 mg), wie sie in der Behandlung von Schmerzen bereits erfolgreich angewendet wird, ebenfalls Wirksamkeit [3]. Einzelfallberichte deuten auf eine mögliche Wirksamkeit einer wiederholten, intranasalen Gabe (50–80 mg etwa alle drei bis sieben Tage) zur Erhaltungstherapie hin, kontrollierte Studien fehlen jedoch. Die tiefe Hirnstimulation in der Behandlung von schweren, therapieresistenten depressiven Episoden befindet sich im experimentellen Stadium, die Datenlage ist widersprüchlich. In offenen Studien schienen die Ergebnisse vielversprechend, eine erste, kontrollierte Studie zur tiefen Hirnstimulation bei 30 Patienten mit therapieresistenter Major Depression ergab jedoch keinen signifikanten Effekt [4].

Frage 3

Welche Aussage zur Schilddrüsenaugmentation trifft zu?

- Eine Schilddrüsenaugmentation sollte nur durch einen Endokrinologen durchgeführt werden, da sie mit einem hohen Nebenwirkungsrisiko verbunden ist.
- Ziel ist eine hyperthyreote Stoffwechsellage.
- Eine Schilddrüsenaugmentation ist nur bei Patienten mit Störung der Schilddrüsenfunktion erfolgsversprechend.
- Die meisten Daten liegen zu einer Augmentation von Antidepressiva mit Levothyroxin (T4) vor.
- Bei langfristiger Gabe sollte besonders bei postmenopausalen Frauen auf die Knochendichte geachtet werden.

Lösung

Richtig ist Antwort e. Trijodthyronin (T3) war in Studien in Dosen von 25–50 μ g zur Aug-

mentation trizyklischer Antidepressiva (TZA) und SSRI bei therapieresistenter Depression – auch bei euthyreoter Stoffwechsellage – erfolgreich [5]. Die meisten Daten liegen zu einer Augmentation von TZA mit T3 vor, dabei zeigte sich T3 sowohl als Augmentation als auch zum Erreichen eines früheren Wirkeintritts („acceleration“) wirksam. Im Rahmen der STAR*D-Studie fand sich in der dritten Behandlungsstufe hinsichtlich der Wirksamkeit kein signifikanter Unterschied zwischen einer Augmentation mit Lithium oder T3 [6]. Vorteile einer Augmentation mit T3 gegenüber Lithium ergaben sich in dieser Studie in Bezug auf die Verträglichkeit (seltener Nebenwirkungen, weniger Therapieabbrüche aufgrund von Nebenwirkungen) und die Einfachheit der Anwendung. Schilddrüsenhormone sollen eine modulierende Wirkung auf die Neurotransmission haben. TSH, das durch das hypothalamische TRH reguliert ist, führt zur Freisetzung insbesondere von Levothyroxin (T4) und zu einem geringeren Anteil von T3 aus der Schilddrüse. Dabei gilt T4 als „Prohormon“ mit geringer intrinsischer Aktivität, das im Zielgewebe in T3 als die biologisch aktive Form umgewandelt wird. Eine Augmentation mit Schilddrüsenhormonen wird vergleichsweise selten angewandt, sie kann insbesondere bei fehlendem Ansprechen auf AAP oder Lithium in Erwägung gezogen werden. Bei Ansprechen (bei bis zu 50%) kann auch eine langfristige Gabe von T3 mit den Antidepressiva im Sinne einer Erhaltungstherapie und gegebenenfalls Rezidivprophylaxe erwogen werden. Die Schilddrüsenparameter sollten nach drei Monaten, nach sechs Monaten sowie im Weiteren einmal jährlich oder bei klinischen Anzeichen einer Hyperthyreose (z. B. erhöhte Ängstlichkeit, Zittern, Palpitationen, Insomnie) bestimmt werden. Ziel ist ein niedrignormales oder auch supprimiertes TSH bei euthyreoter Stoffwechsellage. Zu achten ist auf eine mögliche arterielle Hypertonie, Tachykardien, Osteoporose, Arrhythmien und Hyperglykämien, die durch eine T3-Gabe verschlechtert werden könnten. Bei langfristiger Gabe sollte besonders bei postmenopausalen Frauen auf die Knochendichte geachtet werden (Vitamin-D-Substitution, gegebenenfalls Kalziumsubstitution, Knochendichtemessungen alle zwei Jahre) [5].

Literatur

1. Fava M, Memisoglu A, Thase ME, Bodkin JA, Trivedi MH, de Somer M, Du Y, Leigh-Pemberton R, DiPetrillo L, Silverman B, Ehrich E. Opioid Modulation With Buprenorphine/Samidorphan as Adjunctive Treatment for Inadequate Response to Antidepressants: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2016 May 1;173(5):499-508.
2. Yovell Y, Bar G, Mashiah M, Baruch Y, Briskman I, Asherov J, Lotan A, Rigbi A, Panksepp J. Ultra-Low-Dose Buprenorphine as a Time-Limited Treatment for Severe Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2016 May 1;173(5):491-8.
3. Lapidus KA, Levitch CF, Perez AM, Brallier JW, Parides MK, Soleimani L, Feder A, Iosifescu DV, Charney DS, Murrrough JW. A randomized controlled trial of intranasal ketamine in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 2014;76(12):970-6.
4. Dougherty DD, Rezai AR, Carpenter LL, Howland RH, Bhati MT, O'Reardon JP, Eskandar EN, Baltuch GH, Machado AD, Kondziolka D, Cusin C, Evans KC, Price LH, Jacobs K, Pandya M, Denko T, Tyrka AR, Brelje T, Deckersbach T, Kubu C, Malone DA Jr. A Randomized Sham-Controlled Trial of Deep Brain Stimulation of the Ventral Capsule/Ventral Striatum for Chronic Treatment-Resistant Depression. *Biol Psychiatry*. 2015;78(4):240-8.
5. Rosenthal LJ, Goldner WS, O'Reardon JP. T3 augmentation in major depressive disorder: safety considerations. *Am J Psychiatry*. 2011 Oct;168(10):1035-40.
6. Nierenberg AA, Fava M, Trivedi MH, Wisniewski SR, Thase ME, McGrath PJ, Alpert JE, Warden D, Luther JF, Niederehe G, Lebowitz B, Shores-Wilson K, Rush AJ. A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006 Sep;163(9):1519-30

Riechstörung

Olfaktorik und Lebensqualität

Ein Riechverlust ist meist mit gravierenden Einschränkungen in vielen Lebensbereichen verbunden, vor allem bei der Essenaufnahme und -zubereitung, in der sozialen und allgemeinen Sicherheit, in der persönlichen Hygiene und im Sexualleben.

ANTJE HÄHNER UND ILONA CROY, DRESDEN

Das Riechen ist eines der phylogenetisch ältesten Sinnessysteme. Durch Gerüche werden basale Fakten für die Selbst- und Arterhaltung signalisiert: Gibt es verträgliche Nahrung, potenzielle Partner oder Feinde im Umkreis?

Die Bedeutung des Riechens

Beim Menschen werden Informationen durch andere Sinneskanäle präziser und schneller verarbeitet, allen voran das Sehen und Hören. Daher wird die Bedeutung des Riechsinnens für Menschen eher unterschätzt, obwohl Gerüche für uns höchst wichtige Funktionen im Alltag vermitteln. Der Geruchssinn trägt zur Orientierung und Warnung bei Gefahren bei, beeinflusst die Wahl des Sexualpartners, kontrolliert die Nahrungsaufnahme und hat letztendlich Einfluss auf die gesamte Gefühlswelt und unser Sozialverhalten. Während beispielsweise das Sehen im Schlaf abgeschaltet ist, funktioniert der Geruchssinn Tag und Nacht und lässt sich auch nicht willentlich abstellen.

Riechen bestimmt, was wir essen und ob Essen eine Freude oder Pflicht ist. Über unsere Fähigkeit des retronasalen Riechens nehmen wir Aromen wahr und damit den Feingeschmack des Essens. Der Wegfall des retronasalen Riechens nimmt uns meist auch die Freude am Essen. Gerüche können uns vor Gefahren warnen, indem sie rasch Ekelgefühle auslösen, was eine wichtige Funktion zur Abwehr potenzieller Krankheiten hat. Gerüche beeinflussen – häufig unbewusst – menschliches Sozialverhalten. So signalisieren Gerüche beispielsweise

die Gefühlslage anderer Menschen, spielen eine Rolle in der Mutter-Kind-Bindung und können die Partnerwahl beeinflussen, was ihre wichtige Rolle in der zwischenmenschlichen Kommunikation widerspiegelt. Auch haben sich Gefühle und Riechwahrnehmung vermutlich evolutionär gemeinsam entwickelt. Die zentrale Verarbeitung olfaktorischer Stimuli beruht weitgehend auf limbischen Strukturen, und als Resultat der evolutionären Geschichte werden Riechfunktionen hauptsächlich in den gleichen Zentren verarbeitet, die auch das Gefühlsleben steuern. Diese Verbindung macht den Effekt von Gerüchen unmittelbar und emotional. Fehlt der Riechsinn, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für De-

pressionen deutlich. Umgekehrt zeigen sich auch bei Menschen mit Depressionen deutliche Einschränkungen in der Riechfunktion und -verarbeitung, die teilweise reversibel sind. Daher hat der Riechsinn entscheidenden Einfluss auf die Aufrechterhaltung unseres psychischen Gleichgewichts.

Riechstörungen

Etwa 5 % der Gesamtbevölkerung sind von einer funktionellen Anosmie betroffen und zirka 20 % von einer Hyposmie. Dabei nimmt die Riechleistung etwa ab dem 60. Lebensjahr in einer Weise ab, dass 50 % der 65- bis 80-Jährigen und über 70 % der über 80-Jährigen als hyposmisch bezeichnet werden. Frauen

Der Riechsinn hat entscheidenden Einfluss auf die Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichts.



Tab. 1: Fragebögen zur Erfassung von Auswirkungen der Riechstörung [2]

Referenz	Test/Beschreibung
Anderson et al. (1999)	— Sinonasal Outcome Test-16 Untersucht insbesondere nasale Dysfunktion
Croy et al. (2010)	— Importance of olfaction Untersucht Assoziationen, Anwendungen und Konsequenzen des Geruchssinns im täglichen Leben
DeJong et al. (1999)	— Appetite, hunger, subjective taste and smell questionnaire Messung der aktuellen Funktion verglichen mit früherer Wahrnehmung
Frasnelli und Hummel (2005), Neuland et al. (2011)	— Questionnaire of Olfactory Disorders Untersuchung von Problemen des täglichen Lebens, die mit dem Riechverlust assoziiert sind
Hufnagl et al. (2003)	— Questionnaire for the assessment of self-reported olfactory functioning
Miwa et al. (2001)	— Questionnaire on the impact of olfactory impairment on quality of life and disability Messung der Beeinträchtigung von 15 geruchsbezogenen Aktivitäten des täglichen Lebens und der allgemeinen Lebensfreude
Nordin et al. (2003)	— Scandinavian adaptation of the Multi-Clinic Smell and Taste Questionnaire Beurteilung der Auswirkungen olfaktorischer Dysfunktion
Pusswald et al. (2012)	— Brief Self-Report Inventory to Measure Olfactory Dysfunction and Quality of life Beurteilung der subjektiven allgemeinen und duftspezifischen olfaktorischen Funktion und der Geruchssinn-abhängigen Lebensqualität
Takebayashi et al. (2011)	— Self-administered odor questionnaire Messung der Wahrnehmungsintensität von 20 Düften
Varga et al. (2000)	— Impact of chemosensory disorders on everyday life Beurteilung geruchsbezogener Änderungen der Lebensqualität

mit Riechstörungen nach Virusinfekten und nach Traumata vorstellig. Eine große Gruppe bilden die Patienten mit idiopathischer Riechstörung; bei einigen von diesen Patienten liegt jedoch eine neurodegenerative Ursache zugrunde, und im Verlauf entwickelt sich eine neurologische Erkrankung. Das Auftreten der kongenitalen Anosmie wird mit 1 : 5.000 – 10.000 angegeben, wobei diese Erkrankung immer noch häufig übersehen wird. Neben den genannten sind etwa 200 weitere Ursachen von Riechstörungen gegenwärtig dokumentiert.

Qualitative Riechstörungen sind deutlich seltener als quantitative Defizite. In der Allgemeinbevölkerung wird das Auftreten einer Phantosmie (Wahrnehmung eines objektiv nicht vorhandenen Geruchs) mit 0,8 – 2,1% und einer Parosmie (veränderte Wahrnehmung eines vorhandenen Duftstoffes) mit zirka 4% angegeben. Unter Patienten mit Riechstörung schwanken die Angaben jedoch zwischen 10% und 60%.

Riechverlust mindert die Lebensqualität

Riechstörungen sind mit gravierenden Einschränkungen in vielen Bereichen des Lebens assoziiert. Diese betreffen insbesondere die Essensaufnahme und -zubereitung, soziale und allgemeine Sicherheit, persönliche Hygiene und das Sexualleben [1, 2]. Vor diesem Hintergrund wurden weltweit bereits verschiedene Fragebögen erarbeitet, um die mit einem Riechverlust verbundenen Veränderungen systematisch zu erfassen (Tab. 1) [2]. Als Haupteinschränkung werden größtenteils Probleme bei der Nahrungsaufnahme angegeben und ein versehentliche Verzehr verdorbener Lebensmittel. Etwa zwei Drittel der Patienten berichten, ihr Essen seit Beginn der Störung weniger genießen zu können, über die Hälfte von Problemen bei der Essenzubereitung. Bei zirka 30% der Patienten hat der Appetit deutlich abgenommen, wobei sowohl Gewichtsabnahmen als auch Gewichtszunahmen durch den kompensatorischen Gebrauch von Süßstoffen beschrieben werden (Abb. 1, [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]). Ein weiteres Problem ist das Fehlen der Warnfunktion zum Beispiel vor Gas oder Feuer, das von der Hälfte der Patienten benannt wird.

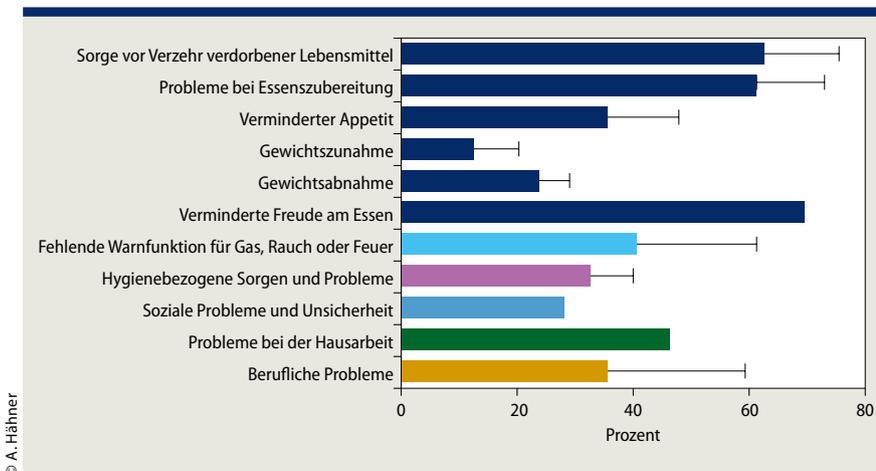


Abb. 1: Probleme im Alltag bei Patienten mit Riechstörungen. (Ergebnisse aus acht internationalen Studien mit n = 1.394 Befragten [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10])

weisen typischerweise ein besseres Riechvermögen als Männer auf und interessieren sich auch weitaus mehr für Düfte als soziale Signale (z. B. Körper- und Essenserüche). Die häufigsten Ur-

sachen von Riechstörungen sind sinusale Erkrankungen (Entzündungen der Nase und der Nasennebenhöhlen, nicht entzündliche respiratorische Störungen). Sehr oft werden ebenfalls Patienten

Bei Menschen mit Riechverlust finden sich häufig hygienebezogene Sorgen, die unter anderem den eigenen Körpergeruch, schlechten Atem und die Hygiene der eigenen Kinder betreffen. Das mag ein wichtiger Grund für eine erhöhte soziale Unsicherheit bei zirka einem Drittel der Befragten sein. Auch die eingangs genannte Bedeutung der Gerüche für die zwischenmenschliche Kommunikation führt dazu, dass sich bei „Riechpatienten“ mit erworbenen oder angeborenen Störungen eine erhöhte soziale Unsicherheit und ein verminderter sexueller Appetit finden. Entscheidend mag dabei auch eine mit der Riechstörung assoziierte Depression sein, die sich bei ungefähr einem Drittel der Patienten findet. Dabei sind insbesondere Patienten mit begleitender qualitativer Störung betroffen, die durch die wiederkehrenden Fehlwahrnehmungen ständig auf das Defizit fokussieren und sich stark stigmatisiert fühlen. Ein weiterer Faktor ist das Geschlecht der Betroffenen. Frauen geben

eine stärkere Beeinträchtigung durch die Riechstörung an als Männer, was sich auch in der größeren Bedeutung des Riechens für Frauen im Alltag niederschlägt.

Die überwiegende Mehrheit der Personen mit erworbenem und angeborenem Riechverlust scheint relativ gut mit den Einschränkungen klarzukommen. Bei mindestens einem Drittel der Betroffenen treten jedoch stärkere Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Situation auf, sodass es zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität kommt.

Fazit für die Praxis

Das Riechvermögen spielt eine wichtige Rolle bei der Nahrungsaufnahme, der zwischenmenschlichen Kommunikation, der Vermeidung von Gefahren und bei der Aufrechterhaltung des psychischen Gleichgewichtes. Ein Riechverlust ist daher mit gravierenden Einschränkungen in vielen Lebensbereichen verbunden, wobei vor allem die Essensaufnahme und -zubereitung, soziale und allgemeine Sicherheit, die persönli-

che Hygiene und das Sexualeben betroffen sind. Über ein Drittel der Betroffenen weist erhebliche Probleme bei der Bewältigung der Folgen einer Riechstörung auf. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

PD Dr. med. Antje Hähner

Interdisziplinäres Zentrum
„Riechen und Schmecken“
Klinik für HNO-Heilkunde,
Universitätsklinikum TU Dresden
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Haus 5
E-Mail: Antje.Haehner@uniklinikum-dresden.de

Dr. rer. medic., Dipl. Psych. Ilona Croy

Interdisziplinäres Zentrum
„Riechen und Schmecken“,
Klinik für HNO-Heilkunde,
und
Klinik für Psychosomatik,
Universitätsklinikum TU Dresden

Hier steht eine Anzeige.

Literatur

1. Hummel T, Nordin S. 2005. Olfactory disorders and their consequences for quality of life. *Acta otolaryngologica*. 125(2):116–121.
2. Croy I, Nordin S, Hummel T. 2014 Olfactory disorders and quality of life--an updated review. *Chem Senses*. 39(3):185–94
3. Aschenbrenner K, Hummel C, Teszmer K, Krone F, Ishimaru T, Seo HS, Hummel T. 2008. The influence of olfactory loss on dietary behaviors. *Laryngoscope*. 118(1):135–144.
4. Blomqvist EH, Bramerson A, Stjarne P, Nordin S. 2004. Consequences of olfactory loss and adopted coping strategies. *Rhinology*. 42(4):189–194.
5. Bramerson A, Nordin S, Bende M. 2007. Clinical experience with patients with olfactory complaints, and their quality of life. *Acta Otolaryngol*. 127(2):167–174.
6. Ferris AM, Duffy VB. 1989. Effect of olfactory deficits on nutritional status. Does age predict persons at risk? *Ann N Y Acad Sci*. 561: 113–123.
7. Miwa T, Furukawa M, Tsukatani T, Costanzo RM, DiNardo LJ, Reiter ER. 2001. Impact of olfactory impairment on quality of life and disability.
8. Nordin S, Blomqvist EH, Olsson P, Stjarne P, Ehnhage A. 2011. Effects of smell loss on daily life and adopted coping strategies in patients with nasal polyposis with asthma. *Acta Otolaryngol*. 131(8):826–832. *rch Otolaryngology—Head Neck Surg*. 127(5):497–503.
9. Temmel AF, Quint C, Schickinger-Fischer B, Klimek L, Stoller E, Hummel T. 2002. Characteristics of olfactory disorders in relation to major causes of olfactory loss. *Arch Otolaryngology—Head Neck Surg*. 128(6):635–641.
10. Tennen H, Affleck G, Mendola R. 1991. Coping with smell and taste disorder. In: TV Getchell, RL Doty, LM Bartoshuk, JB Snow, editors *Smell and taste in health and disease*. New York: Raven Press; 787–802.

Aphasie, eine durch Hirnschädigung erworbene Sprachstörung, wird durch eine Läsion sprachrelevanter Areale der sprachdominanten Hemisphäre verursacht. Sie tritt bei zirka 30 % aller Patienten mit initialem Schlaganfall auf. Ein Schlaganfall ist auch die häufigste Genese einer Aphasie; zirka 80 % der Aphasien lassen sich auf zerebrovaskuläre Erkrankungen zurückführen. Die jährliche Inzidenz neu aufretender behandlungsbedürftiger Aphasien nach Schlaganfall liegt bei etwa 25.000.

Bei etwa 50 % aller betroffenen Patienten bildet sich die Aphasie im Verlauf von sechs bis zwölf Monaten weitestgehend zurück; bei weiteren 50 % verbleiben sprachliche Defizite, die zu leicht bis stark ausgeprägten Kommunikationsstörungen führen. Da bei Aphasie zentrale Sprachareale geschädigt sind, wirkt sich die Störung sowohl auf rezeptive (Lesen und Verstehen) als auch produktive sprachliche Leistungen (Schreiben und Sprechen) aus; Aphasie wird daher auch als „multimodale“ Störung bezeichnet. Mitteilungsabsicht und Mitteilungsinhalte sind bei Aphasie nicht gestört. Die Patienten haben den Wunsch, zu kommunizieren, und sind sich im Klaren darüber, was sie mitteilen möchten.

Für Patienten im erwerbsfähigen Alter sind chronische Aphasien der häufigste Grund für eine ausbleibende berufliche Wiedereingliederung nach einem Schlaganfall [1]. Die Patienten sind in ihrer Teilhabe am sozialen Leben in der Regel deutlich beeinträchtigt und beschreiben starke Einbußen in ihrer Lebensqualität [2]. Daher wird intensiv an effizienten und nachhaltigen Behandlungsmethoden geforscht.

Vieles deutet daraufhin, dass bei Aphasie das sprachliche Wissen nicht unwiederbringlich verloren ist, sondern dass dieses Wissen nicht zugänglich beziehungsweise nicht abrufbar oder nur teilweise zerstört ist. So sind die Sprachfähigkeiten der Patienten mit Aphasie häufig innerhalb eines Tages oder von Tag zu Tag variabel. Sprachliche Leistungen sind mit geeignetem sprachlichem Kontext in vielen Fällen zumindest teilweise stimulierbar. Zudem sind sie stark von der Aufgabenstellung abhängig. So können sich die sprachlichen Leistungen beispielsweise zwischen Bildbeschreibung, Nacherzählen und

spontanem Sprechen unterscheiden. In der Aphasietherapie geht es daher vor allem darum, die Enkodierung und den Abruf sprachlicher Information wieder zu ermöglichen und somit die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern.

Intervention

Die konventionelle Sprachtherapie gilt nach wie vor als interventioneller Goldstandard. Dabei mehrten sich Hinweise darauf, dass die Sprachtherapie intensiv (das heißt mit mindestens fünf Stunden pro Woche) stattfinden muss, um dauerhaft wirksam zu sein. Zunehmend kommen auch (bisher nur experimentell) adjuvante Verfahren (Pharmakotherapie, Hirnstimulation) zum Einsatz, die die mentale Leistungsfähigkeit durch „Neuroenhancement“ direkt beeinflussen sollen.

Indirekt: Intensiv-Sprachtherapie

Aktuelle Behandlungsansätze integrieren in der Therapie sowohl sprachsystematisch-linguistische als auch alltagsnahe, funktionale Übungen (Tab. 1). Eine an das individuelle Störungsprofil angepasste Sprachtherapie setzt voraus, dass das sprachliche Defizit und die Einschränkungen des Patienten zunächst sowohl in den verschiedenen linguistischen Ebenen als auch in funktionaler Sicht der Teilhabe genau erfasst werden

Tab. 1.: Inhalte der integrativen Aphasietherapie

Sprachsystematische Therapie	Kommunikativ-pragmatische Therapie
Rehaziel: Verbesserung der gestörten linguistischen Funktion	Rehaziel: Verbesserung der gestörten Handlungsfähigkeit
In der Regel unimodal	Multimodal
Trainieren des gestörten sprachlichen Mechanismus	Verstärken von Umweg- und Kompensationsstrategien
Fokus auf Defizit	Fokus auf Ressourcen
Linguistische Strukturen	Alltagsnahe kommunikative Situationen

müssen. Das bedeutet, dass zunächst die Leistung in den linguistischen Ebenen Phonologie, Morphologie, Syntax, Lexikon, und Semantik mithilfe verschiedenster rezeptiver und produktiver Aufgaben untersucht wird. Hier sollen die Patienten zum Beispiel ein Situationsbild aus einer Auswahlmenge das korrekte Ziel-Item identifizieren oder kürzere und längere Items nachsprechen. Funktionale Kommunikationsfähigkeit dagegen wird mithilfe alltagsnaher kommunikativer Testaufgaben wie zum Beispiel der (Rollenspiel-) Situation, einen Katalogartikel per Telefon zu bestellen, erhoben. Anhand der Untersuchungsergebnisse wird dann ein auf das Störungsprofil und die Einschränkungen in der sozialen Teilhabe des Patienten individuell abgestimmter Therapieplan konzipiert. Ein Patient mit einer vorwiegend semantischen Störung hätte dann beispielsweise im Rahmen der sprachsystematischen Therapie die Aufgabe, ein bestimmtes Objekt anhand einer Umschreibung zu identifizieren oder mehrere Objekte einander anhand ihrer semantischen Eigenschaften zuzuordnen. Auf kommunikativ-pragmatischer Ebene könnte eine Aufgabe darin bestehen, dem Therapeuten mithilfe eines Stadtplans den Weg zur nächsten Post verbal zu beschreiben.

Frequenz und Intensität

In den letzten Jahren wurde in der klinischen Sprachforschung vermehrt die Frage diskutiert, wie viel Sprachtherapie mit welcher Frequenz angeboten werden muss, um nachhaltige Erfolge zu erzielen. Eine einflussreiche Metaanalyse ergab statistisch signifikante Nachweise für die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit konventioneller Sprachtherapie nur für diejenigen Studien, in denen die Sprachtherapie für mehrere Wochen hochdosiert (mit fünf bis zehn Stunden) stattfand [3]. Die Anzahl der verabreichten Therapiestunden pro Woche und die Gesamtzahl an Therapiestunden korrelierte dabei signifikant mit stärkeren sprachlichen Verbesserungen [3]. Die Wirksamkeit intensiver Sprachtherapie wurde in RCT (randomisierten kontrollierten Studien) mit kleineren Stichproben auch für Patienten mit chronischer (> sechs Monate anhaltender) Aphasie nachgewiesen [4]. Die Prinzipien der intensiven Therapie („massed practice“) sind für motorische und sprachliche Funktionsverbesserungen nach Schlaganfall offenbar gleichermaßen wirksam [5].

Die Grundprinzipien der intensiven Sprachtherapie bei Aphasie umfassen

- störungsspezifisches Üben (zur Reaktivierung relevanter neuronaler Netzwerke),
- eine hohe Intensität (eine oder mehrere Stunden pro Tag) sowie
- eine über mehrere Wochen hohe Trainingsfrequenz (tägliche Übungen).

Diese Grundprinzipien wurden in die aktuelle Leitlinie der DGN „Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall“ aufgenommen [6] (www.dgn.org/leitlinien/2434-ll-92-2012-rehabilitation-aphasischer-stoerungen-nach-schlaganfall).

Direkt: Pharmakotherapie und nicht invasive Hirnstimulation

Pharmakotherapie und nicht invasive Hirnstimulation sind direkte Interventionsansätze, deren adjuvanter klinischer Ein-

satz begleitend zur Sprachtherapie zurzeit intensiv erforscht wird. Diese Methoden werden in der klinischen Forschung teilweise erfolgreich eingesetzt, haben aber die Klinikreife noch nicht erreicht.

Pharmakotherapie

Seit längerem wird der adjuvante Effekt von Pharmaka auf die sprachliche Leistungs- und Lernfähigkeit bei Aphasie erforscht (Übersicht [7, 8]; Cochrane-Review [9]). Dabei wurden verschiedene Wirkstoffe zur Erhöhung allgemein kognitiver Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit und Lernfähigkeit eingesetzt. Eine Aphasie geht oft mit einer primär sprechmotorischen Störung (Dysarthrie) einher; auch die pharmakologisch unterstützte Verbesserung solcher (sprech-) motorischen Fähigkeiten wurde untersucht. Zur Erhöhung der Aufmerksamkeit wurden insbesondere die Effekte von d-Amphetamin und Levodopa untersucht; zur verbesserten Gedächtnisspeicherung vor allem Donepezil, Memantin, Levodopa und Dopaminagonisten, und zur Erhöhung des Energiestoffwechsels der Wirkstoff Piracetam. Der derzeit gültige Cochrane Review (2001) schlussfolgert, dass für die Praxis keine konkrete Empfehlung bezüglich einer adjuvanten Pharmakotherapie gegeben werden kann. Er empfiehlt aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse weitere Untersuchungen insbesondere für den Wirkstoff Piracetam. Ein neuerer Übersichtsartikel von Berthier et al. [8] kommt zu dem Schluss, dass intensive konventionelle Sprachtherapie bessere und nachhaltigere Ergebnisse zeigt, wenn sie mit Wirkstoffen kombiniert wird, die die cholinergen und glutamatergen Neurotransmittersysteme modulieren. Levodopa konnte dagegen den Behandlungserfolg hochdosierter Sprachtherapie nicht zusätzlich steigern [10]. Zusammenfassend ist der Einfluss der verschiedenen Wirkstoffe auf die sprachliche Funktionsrestitution noch zu wenig verstanden, um konkrete Handlungsempfehlungen für den klinischen Einsatz von Pharmaka in der Aphasietherapie geben zu können [7].

Nicht invasive Stimulation

Unter den nicht invasiven Stimulationsmethoden werden zurzeit insbesondere die repetitive transkortikale Magnetstimulation (rTMs) und die transkortikale Gleichstromstimulation (tDCS) als adjuvante Interventionen zur Sprachtherapie erforscht.

Repetitive transkortikale Magnetstimulation

Da die Wirkung von rTMS je nach den angewendeten Stimulationsparametern auch über den Stimulationszeitraum hinweg anhalten kann, wird seit einigen Jahren intensiv erforscht, ob die rTMS zur Unterstützung der sprachlichen Funktionsrestitution bei Aphasie nach Schlaganfall eingesetzt werden kann – entweder, indem sie die (Rest-) Funktion perilesioneller Areale der sprachdominanten Hemisphäre unterstützt, oder indem sie eine möglicherweise maladaptive Funktion homologer kontralateraler Areale (also Areale der nicht läsierten Hemisphäre) hemmt. Eine Kombination von inhibitorischer rTMS über dem rechtshemisphärischen Broca-Homolog und konventioneller Sprachtherapie über einen Zeitraum von drei Wochen führte beispielsweise bei Personen mit schwergradiger Aphasie

in der subakuten Phase zu sprachlichen Verbesserungen, die auch knapp vier Monate nach Therapieende nachweisbar waren [11]. Dieser positive Effekt einer inhibitorischen kontralateralen Stimulation ist jedoch umstritten. Zurzeit deuten die Forschungsergebnisse mehrheitlich darauf hin, dass eine anhaltende Funktionsrestitution nur durch noch funktionsfähige oder wieder stimulierbare Teile des sprachlichen Netzwerkes der sprachdominanten Hemisphäre erreichbar ist [7]. Der aktuelle Cochrane Review [12] gibt aufgrund der uneindeutigen Studienlage keine Empfehlung für den klinischen Einsatz der rTMS in der Behandlung funktioneller Störungen nach Schlaganfall, hält jedoch größer angelegte RCT zur weiteren Erforschung geeigneter rTMS-Protokolle sowie der Langzeitwirkungsweise der Methode für sinnvoll.

Transkortikale Gleichstromstimulation

Die tDCS wird als adjuvante Therapie zur Sprachtherapie erst seit wenigen Jahren erforscht; allerdings hat die Zahl der experimentellen Untersuchungen aufgrund der relativ einfachen Anwendung der Methode in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Gegenwärtige Forschungsansätze beschäftigen sich mit der Frage, wie entscheidend für einen positiven Effekt die räumliche Spezifität der Stimulation ist, und welche Stimulationsfrequenz und -intensität die nachhaltigsten Verbesserungen erzeugen. Es bestehen Hinweise darauf, dass die Nachhaltigkeit der erreichten Verbesserung durch eine längere Interventionsdauer erhöht werden kann [13]. Bezogen auf eine adjuvante Anwendung der tDCS in der Behandlung von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen ist zu klären, ob eine Stimulation mit tDCS insbesondere in Kombination mit Sprachtherapie effektiv ist, und ob anodale versus kathodale Stimulation eine stärkere Verbesserung der sprachlichen Leistungen bewirkt. Abhängig davon, ob sich eine Intervention mit tDCS auf die Durchführung einer Aufgabe oder auf die Konsolidierung des Gelernten auswirkt (was zurzeit noch unklar ist), könnte zudem eine Stimulation vor, während oder sogar im Anschluss an eine sprachtherapeutische Intervention am effektivsten sein [13]. Ein neuerer Cochrane-Review konstatiert, dass gegenwärtig keine Evidenz dafür vorliegt, dass anodale, kathodale oder bihemisphärische Gleichstromstimulation, verglichen mit einer Sham (Schein)-Stimulation, die funktionelle Kommunikation oder die kognitiven Fähigkeiten bei Patienten mit Aphasie verbessert [14]. Die Autoren fordern jedoch aufgrund einzelner positiver Effekte weitere Forschung in diesem Bereich.

Formen und Verlauf der Therapie

Die Sprachtherapie bei Aphasie bedient sich zunehmend moderner Medien, um die Intensität und Frequenz der (Verhaltens-) Intervention außerhalb der therapeutenbegleitenden Therapie zu erhöhen. Es bestehen erste Hinweise auf die (zusätzliche) Wirksamkeit eines computergestützten Eigentrainings durch die Patienten [15]. Entsprechend dynamisch ist der Markt in Bezug auf Computer-Apps für Aphasiepatienten. Als neues Medium wird zudem die Vermittlung der sprachlichen Übungen per Teletherapie erforscht; hier reicht die Datenlage jedoch noch nicht aus, um die Wirksamkeit dieses Ansatzes zu überprüfen.

Als anerkanntermaßen sinnvoll wird neben der Einzel- die Gruppentherapie bei Aphasie angesehen, da sie insbesondere die sozialen und kommunikativ-pragmatischen Kompetenzen der Patienten stärkt und den Anpassungsprozess an die häufig weiterbestehende Erkrankung unterstützt. In diesem Rahmen erfahren auch die Diagnose und Behandlung prognostisch relevanter Begleitstörungen wie Depression in den letzten Jahren vermehrte Aufmerksamkeit. Ebenso hat sich die Beratung und Einbeziehung des sozialen Umfeldes der Patienten als wichtiges Element der Therapie bewährt. Das geschieht zum Beispiel in Form von Trainings- und Beratungsseminaren für Angehörige. Zunehmend werden auch therapiebegleitende Konzepte für Freiwillige erprobt, die die Betroffenen als Tandempartner im Alltag unterstützen. Um die Wirksamkeit dieser diversen therapieunterstützenden Maßnahmen zu erheben, werden zunehmend Fragebögen zur Einschätzung der Lebensqualität eingesetzt, die sowohl mit den Angehörigen als auch mit den Betroffenen selbst angewendet werden können (z. B. Hilari et al., 2003 [16]; deutsche Übersetzung ist in Vorbereitung).

Die Sprachtherapie sollte so früh wie möglich nach dem Ereignis beginnen, um die Spontanremission zu unterstützen, um Fehlentwicklungen wie Automatismen zu hemmen, und um den Leidensdruck der Betroffenen zu mildern. Über den weiteren Behandlungsbedarf und -umfang entscheiden die individuellen Zielsetzungen und das Lernpotenzial des Patienten.

Die aktuellen Therapiestandards der deutschen Rentenversicherung (DRV) sehen für Schlaganfallpatienten der Rehabilitationsphase D in mindestens 40 % aller Fälle Sprach- oder Kommunikationstherapie im Umfang von mindestens 2,5 Stunden pro Woche vor, und bei mindestens 10 % dieser Patientengruppe („besonderer Bedarf“) eine Therapiefrequenz von mindestens fünf Stunden pro Woche über einen Zeitraum von sechs Wochen (DRV 2011). Viele stationäre Einrichtungen bieten inzwischen (teil-) stationär intensive Aphasietherapie auch für krankenversicherte Patienten an. Gegebenenfalls ist auch nach mehr als zwölf Monaten eine Wiederholung stationärer Intensivtherapie (sechs bis acht Wochen mit möglichst täglichen Therapiestunden) notwendig.

Prinzipiell kann eine Intensivsprachtherapie auch ambulant durchgeführt werden. Dabei verordnet der Haus- oder Facharzt über die Heilmittelverordnung Muster 14 eine hochfrequente Sprachtherapie (z. B. fünfmal 60 Minuten pro Woche für zwölf Wochen = 60 Einheiten; im Anschluss erfolgt in der Regel ein behandlungsfreies Intervall von zwölf Wochen). Mehrere Einheiten Sprachtherapie pro Tag müssen nach den Rahmempfehlungen des GKV-Spitzenverbands für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie vom 1. Juli 2013 der jeweiligen Krankenkasse zuvor zur Genehmigung vorgelegt werden. Anzumerken ist, dass das Verordnungsbudget durch die Verordnung von ambulanter Logopädie innerhalb des ersten Jahres nach Schlaganfall nicht belastet wird.

Fazit für die Praxis

Die DGN empfiehlt entsprechend den S1-Leitlinien bei Aphasie nach Schlaganfall [6] folgendes Vorgehen:

- Systematische Sprachtherapie soll bereits in der frühen Phase der Spontanerholung beginnen.

- Sprachtherapie soll bei Vorliegen behandlungsbedürftiger Kommunikationsstörungen möglichst täglich stattfinden. Nachweisbar wirksam ist die Sprachtherapie bei einer Intensität von mindestens fünf bis zehn Stunden pro Woche.
- Je nach den individuellen Rehabilitationszielen und der Dynamik der erreichbaren Verbesserungen sind intensive Intervallbehandlungen auch mehr als zwölf Monate nach dem Schlaganfall zu empfehlen.
- In den späteren Verlaufsphasen ist es sinnvoll, den Transfer der erworbenen sprachlichen Fähigkeiten und die Anpassung an spezifische Alltagsanforderungen sowie die Aufrechterhaltung der wiedergewonnenen Sprachfähigkeiten weiterhin therapeutisch zu unterstützen.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Der Artikel basiert auf einer modifizierten und aktualisierte Zusammenfassung eines Vortrags auf der Fortbildungsakademie der DGN 2014 im Halbtageskurs „Umsetzung von Neurorehabilitation in Klinik und Praxis/Aphasietherapie: Was, wieviel, bei wem, warum?“

AUTORIN

Prof. Annette Baumgärtner, PhD
Fachbereich Gesundheit & Soziales
Hochschule Fresenius, Standort Hamburg
Alsterterrasse 1, 20354 Hamburg
E-Mail: baumgaertner@hs-fresenius.de

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. 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.



Top bewertet in der e.Akademie



Neurologie

- ▶ **Neurologie in der Gravidität: Zerebrovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft**
aus: NeuroTransmitter 4/2016
von: S. H. Meves, K. Hellwig
Zertifiziert bis: 12.4.2017
Medienformat: e.CME, e.Tutorial
- ▶ **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

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

CME-Fragebogen

FIN: NT1606oL

gültig bis 28.06.2016

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/s15016-016-5398-6

Aphasietherapie und Neurorehabilitation

Weshalb wird Aphasie als multimodale Störung bezeichnet?

- Alle motorisch-expressiven Leistungen (Schreiben, Sprechen) sind betroffen.
- Alle rezeptiven und expressiven sprachlichen Leistungen sind betroffen.
- Schreiben und Lesen sind betroffen.
- Vor allem die rezeptiven Leistungen sind betroffen.
- Nicht nur Sprechen, sondern auch Verstehen ist betroffen.

Welche Aussage zur Aphasie ist falsch?

- Gestörte Denkprozesse können sich in gestörter Sprache äußern.
- Die Mitteilungsabsicht ist bei Aphasie nicht gestört.
- Aphasie ist Ausdruck gestörter Denkprozesse.
- Der Wunsch zu kommunizieren ist bei Aphasie ungestört.
- Aphasie bedeutet, nicht mehr kommunizieren zu können.

Welche Aussage trifft nicht auf sprachliche Leistungen bei Aphasie zu?

- Sind mit geeignetem Material stimulierbar
- Sind von der Aufgabenstellung abhängig
- Sind Tagesschwankungen unterlegen
- Sind unbehandelt konsistent gestört
- Sind meist nicht dauerhaft verloren

Woraus besteht eine integrative Aphasie-therapie?

- Multi-sensorische kombiniert mit sprachlichen Übungen
- Funktional-pragmatische kombiniert mit sprachlich-linguistischen Übungen

- Spontansprachliche kombiniert mit Übungen auf Einzelwortebene
- Sprachliche kombiniert mit motorischen Übungen
- Sprachliche Übungen kombiniert mit psychotherapeutischen Verfahren

Mit welcher Frequenz und Intensität sollte Sprachtherapie bei Aphasie leitliniengerecht verabreicht werden?

- Fünf bis zehn Stunden pro Woche, über mehrere Wochen hinweg
- Ein bis zwei Stunden pro Woche, über mindestens sechs Monate
- Mindestens eine Stunde pro Woche, für mindestens drei Monate
- Hochdosiert zehn Stunden pro Woche, für zwei Wochen
- Maximal zehn Stunden pro Woche, für zwei Wochen

Welche Methode wird als indirekte Intervention bei Aphasie bezeichnet?

- Transkranielle Dopplersonografie
- Transkranielle Magnetstimulation
- Transkranielle Gleichstromstimulation
- Intensiv-Sprachtherapie
- Konventionelle Verhaltenstherapie

Welche Aussage zur Aphasie-therapie ist richtig?

- Pharmakotherapie bei Aphasie hat sich als unwirksam erwiesen.
- Aphasie-therapie ist ohne unterstützende Pharmakotherapie unwirksam.
- Die Wirksamkeit von Pharmakotherapie bei Aphasie ist noch offen.

- Levodopa ist ein vielversprechender Wirkstoff in der Aphasie-therapie.
- Cholinerge und glutamaterge Wirkstoffe haben keinen Einfluss auf Sprachfunktionen.

Welche Annahme zur Wirkungsweise von rTMS (repetitive Transkranielle Magnetstimulation) bei Aphasie ist falsch?

- rTMS unterstützt Restfunktion der sprachdominanten Hemisphäre.
- rTMS kann auch über den Stimulationszeitraum hinweg anhalten.
- rTMS kann als Ersatz für konventionelle Sprachtherapie angesehen werden.
- rTMS kann Sprachfunktionen sowohl unterstützen als auch hemmen.
- rTMS kann auch in der kontralateralen Hemisphäre eingesetzt werden.

Welche Maßnahme ist nicht geeignet, die Intensität der Aphasie-therapie zu erhöhen?

- Computergestütztes Eigentaining
- Teletherapie
- Gruppensprachtherapie
- Ergotherapie
- Trainingsseminare für Angehörige

Welche generelle Aussage zur Intensiv-Sprachtherapie bei Aphasie ist falsch?

- Sollte nur in Reha-Zentren erfolgen.
- Kann teilstationär verabreicht werden.
- Sollte so früh wie möglich beginnen.
- Kann für jeden Patienten individuell erstellt werden.
- Die Therapiestandards der deutschen Rentenversicherung (DRV) enthalten unter anderem Intensiv-Sprachtherapie.

Literatur

1. Hofgren C, Björkdahl A, Esbjörnsson E, Sunnerhagen KS. (2007). *Acta Neurol Scand* 115(2):73-80.
2. Hilari K (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disabil Rehabil* 33(3):211-8.
3. Bhogal SK, Teasell R, Speechley M (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, 34: 987-993.
4. Allen L, Mehta S, McClure JA, Teasell R (2012). Therapeutic interventions for aphasia initiated more than six months post stroke: a review of the evidence. *Top Stroke Rehabil* 19(6):523-535.
5. Teasell R, Foley N, Salter K, Bhogal S, Jutai J, Speechley M (2009). Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation: executive summary, 12th edition. *Top Stroke Rehabil* 16(6):463-88.
6. DGN S1-Leitlinie: Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall (<http://www.dgn.org/leitlinien/2434-II-92-2012-rehabilitation-aphasischer-stoerungen-nach-schlaganfall>)
7. Zumbansen A, Thiel A (2014). Recent advances in the treatment of post-stroke aphasia. *Neural Regen Res* 9(7):703-6.
8. Berthier ML, Pulvermüller F, Dávila G, Casares NG, Gutiérrez A (2011). Drug therapy of post-stroke aphasia: a review of current evidence. *Neuropsychol Rev*, 21:302-317.
9. Greener J, Enderby P, Whurr R (2001). Pharmacological treatment for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. [Kommentar von Greener et al., 2010, mit Korrektur einer Referenz in Issue 5.]
10. Breitenstein C, Korsukewitz C, Baumgärtner A, Flöel A, Zwitserlood P, Dobel C, Knecht S (2015). L-dopa does not add to the success of high-intensity language training in aphasia. *Restor Neurol Neurosci* 33(2):115-20.
11. Seniów, J., Waldowski, K., Leśniak, M., Iwański, S., Czepiel, W. & Członkowska, A. (2013). Transcranial magnetic stimulation combined with speech and language training in early aphasia rehabilitation: a randomized double-blind controlled pilot study. *Topics in Stroke Rehabilitation* 20(3):250-61.
12. Hao Z, Wang D, Zeng Y, Liu M (2013). Repetitive transcranial magnetic stimulation for improving function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5.
13. Vines BW, Norton AC, Schlaug G (2011). Non-invasive brain stimulation enhances the effects of melodic intonation therapy. *Front Psychol* 2:230.
14. Elsner B, Kugler J, Pohl M, Mehrholz J (2015). Transcranial direct current stimulation (tDCS) for improving aphasia in patients with aphasia after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5.
15. Salter K, Teasell R, Foley N, Allen L (2013). Aphasia. In: *The evidence-based review of stroke rehabilitation (EBRSR)* 16th edition. www.ebrsr.com
16. Hilari K, Byng S, Lamping DL, Smith SC (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39): evaluation of acceptability, reliability, and validity. *Stroke* 34(8):1944-50.

MS – Adhärenz entscheidet

„Die Wahl der geeigneten MS-Therapie wird von drei Faktoren bestimmt: Wirksamkeit, Sicherheit und Adhärenz“, erläuterte Professor Sven G. Meuth, Universitätsklinikum Münster, im Rahmen eines Pressegesprächs zum 12. Interaktiven MS-Symposium in Berlin. Eine robuste Studienlage mit klinischen Daten aus 20 Jahren belegen die Wirksamkeit und Sicherheit der Therapie mit Interferon beta-1a s. c. (3 x 44 µg). Positiv auf den Therapieerfolg wirkt auch ein hohes Adhärenzverhalten; die Patientenadhärenz kann sich durch elektronische Injektionshilfen (z. B. RebiSmart™) verbessern.

Nach Informationen von Merck Serono

ZNS-Dialoge® 2016

Bereits zum siebten Mal bot die zertifizierte Fortbildungsveranstaltung ZNS-Dialoge® der UCB Pharma GmbH zahlreichen Teilnehmern aus Klinik und Praxis in Berlin die Möglichkeit, sich über neueste Forschungsergebnisse zu informieren und zum interaktiven Austausch mit Kollegen zu aktuellen Themen aus der Neurologie. Praxiserfahrungen und neue Erkenntnisse aus den Bereichen Morbus Parkinson und Restless-Legs-Syndrom (RLS) wurden in Workshops und Vorträgen vorgestellt. Die teilnehmenden Neurologen diskutierten ebenso über moderne Forschungsansätze in diesen Erkrankungsfeldern wie über neue Aspekte in der Diagnostik und Behandlung. Non-Ergot-Dopaminagonisten wie das Rotigotin transdermale System haben ihren Stellenwert für die Therapie beider Erkrankungen unter Beweis stellen können.

Nach Informationen von UCB Pharma

Duloxetine generisch

Depressionen, generalisierte Angststörungen und Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie sind neurologische Erkrankungen, die die Lebensqualität der Betroffenen durch ihre starken Auswirkungen auf ihr berufliches und soziales Leben in hohem Maß beeinträchtigen. Mit Duloxetine Glenmark 30 mg und 60 mg steht ab sofort eine qualitätsvolle und preiswerte Therapieoption zur Behandlung dieser Krankheitsbilder zur Verfügung.

Nach Informationen von Glenmark

Schlaganfallprävention – direkter Faktor-Xa-Inhibitor bewährt sich auch im klinischen Alltag

➔ Neue Daten aus dem klinischen Alltag bestätigen das aus der Phase-III-Zulassungsstudie ROCKET AF und weiteren Studien bekannte positive Nutzen-Risiko-Profil von Rivaroxaban (Xarelto®) bei Patienten mit Vorhofflimmern.

REVISIT-US, die auf dem 12. Jahreskongress der European Cardiac Arrhythmia Society (ECAS) vorgestellte neue Studie aus dem klinischen Behandlungsalltag, untersuchte retrospektiv das Auftreten von ischämischen Schlaganfällen und intrakraniellen Blutungen bei fast 23.000 Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern, die entweder Rivaroxaban oder Warfarin eingenommen hatten.

Unter Rivaroxaban (n=11.411) wurde im Vergleich zu Warfarin (n=11.411) eine nicht signifikante Verminderung von 29% an ischämischen Schlaganfällen beobachtet und eine um 47% signifikant reduzierte Rate an intrakraniellen Blutungen. Beim kombinierten Studienendpunkt aus intrakraniellen Blutungen und ischämischen Schlaganfällen zeigte sich mit Rivaroxaban eine signifikante Verminderung um 39% im Vergleich zu Warfarin.

Die Raten der beobachteten ischämischen Schlaganfälle unter Rivaroxaban war 0,54% pro Jahr verglichen mit 0,83% pro Jahr unter Warfarin (HR=0,71; 95%-KI: 0,47 – 1,07). Die Rate an intrakraniellen Blutungen unter Rivaroxaban lag bei 0,49% pro Jahr gegenüber 0,96% pro Jahr unter Warfarin

(HR=0,53; 95%-KI: 0,35 – 0,79). In der Phase-III-Studie ROCKET AF waren die Raten an ischämischen Schlaganfällen unter Rivaroxaban und unter Warfarin vergleichbar (1,6% pro Jahr in beiden Gruppen), während die Rate an intrakraniellen Blutungen unter Rivaroxaban mit 0,5% pro Jahr signifikant niedriger war als unter Warfarin (0,7% pro Jahr, HR=0,67; 95%-KI: 0,47 – 0,93).

„Bei der Behandlung von Patienten mit Vorhofflimmern sind ischämische Schlaganfälle und intrakranielle Blutungen die klinischen Ereignisse, die von Ärzten und Patienten am meisten gefürchtet werden“, sagte Professor Craig Coleman, Professor für Pharmakotherapie an der Universität Connecticut, USA. „Das Ziel ist immer, eine angemessene Balance zwischen Nutzen und Risiko zu finden. Es ist daher äußerst beruhigend, weitere Belege aus der klinischen Praxis zu erhalten, die zeigen wie Rivaroxaban bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern einerseits das Schlaganfallrisiko senkt und andererseits das Risiko für Hirnblutungen verringert.“

REVISIT-US ist Teil des umfangreichen weltweiten Studienprogramms für Rivaroxaban. Nach Abschluss aller Studien wird das Programm insgesamt mehr als 275.000 Patienten umfassen, sowohl in klinischen Studien als auch in nicht interventionellen Studien unter Bedingungen des Praxisalltags. **red**

Nach Informationen von Bayer

Viel Bewegung im Epilepsiemangement

➔ Das medizinische Management der Epilepsie entwickelt sich weiter: Genetische Tests und der routinemäßige MRT-Einsatz sorgen für mehr Behandlungssicherheit und nicht invasive Neurostimulation eröffnet neue Behandlungsoptionen. Rund zwei Drittel der bundesweit etwa 500.000 Epileptiker sind laut Professor Christian Bien, Chefarzt des Krankenhauses Mara, Epilepsie-Zentrum Bethel, Bielefeld, „gut eingestellt“. Tablettenmüdigkeit, Generikawechsel oder Stoffwechselveränderungen können den Behandlungserfolg jedoch jederzeit gefährden. Deshalb ist auch bei gut

eingestellten Patienten ein regelmäßiges Monitoring von Therapieerträglichkeit und -wirksamkeit erforderlich. Zudem sollte die Adhärenz verbessert werden, etwa durch „günstigere Galenik wie Granulate, teilbare Tabletten und Retard-Präparate“, so Bien. Laut Professor Holger Lerche, Ärztlicher Direktor des Zentrums für Neurologie, Universitätsklinikum Tübingen, erlaubt genetische Diagnostik eine bessere prognostische Einschätzung und eine individuell passendere Medikation. Denn mit Gentests wie etwa Desitin® Diagnostik Antiepileptika 1.0 gelingt die Identifikation von

Mutationen, die einen Einfluss auf die Nebenwirkungen von Antiepileptika haben können. Dies trägt Lerche zufolge zur Risikoreduktion bei.

Im Hinblick auf die 120.000 bis 150.000 potenziell therapieresistenten Epilepsiepatienten müssen nach den Worten von Professor Bernhard J. Steinhoff, Ärztlicher Direktor des Epilepsiezentrums Kork, neue Therapie-

optionen gefunden werden. Eine bietet die kürzlich eingeführte nicht invasive Vagusnervstimulation mit Nemos®.

Ein wichtiges Therapietool ist auch die MRT. Entscheidend, so Professor Jörg Wellmer, Leiter des Epilepsie-Zentrum Ruhr-Epileptologie, Universitätsklinikum Bochum, ist dabei stets eine hohe Qualität der Bildgebung: „Ein schlechtes MRT kann die Ursache für ein

OP-Versagen sein.“ Zur Qualitätssicherung ist allerdings eine enge multidisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich. Neurologen und Epileptologen müssen die Radiologen unter anderem „mit einer guten Fokushypothese ausstatten“. **Birgit Frohn**

4. Hamburger Fachgespräch Epilepsie, Hamburg, 19.3.2016; Veranstalter: Desitin Arzneimittel

MS: Verbesserung der durch Spastik eingeschränkten Gangqualität

➔ Bis zu zwei Drittel der Patienten mit Multipler Sklerose (MS) leiden unter Spastik in den Beinen. Delta-9-Tetrahydrocannabinol/Cannabidiol (THC/CBD; Sativex®) hat einen günstigen Effekt auf die Gehgeschwindigkeit, Schrittlänge, Schrittfrequenz und physiologische Bewegung dieser Patienten. THC/CBD ist als Add-on-Therapeutikum für Patienten mit mittlerer bis schwerer MS-induzierter Spastik indiziert, wenn durch die bisherigen Therapieoptionen keine Besserung der Symptomatik erzielt werden kann. Als Oromukosalspray sorgt es für ein rasches Einsetzen der Wirkung. Eine unabhängige Studie untersuchte bei Patienten mit MS-induzierter Spastik den Effekt von THC/CBD auf die Gehfähigkeit über einen Zeitraum von vier Wochen anhand objektiver und quantitativer Messmethoden [Coghe G et al. J Neurol 2015; 262: 2472–7]. Bei den 20 aufgenommenen Patienten handelte es sich sämtlich um Non-Responder auf vorausgegangene antispastische Therapien.

Als valides Messinstrument zur dreidimensionalen klinischen Ganganalyse (räumlich, zeitlich, kinematisch) wurde ein optoelektronisches System mit acht Smart-D-Kameras eingesetzt. Unter THC/CBD kam es zu

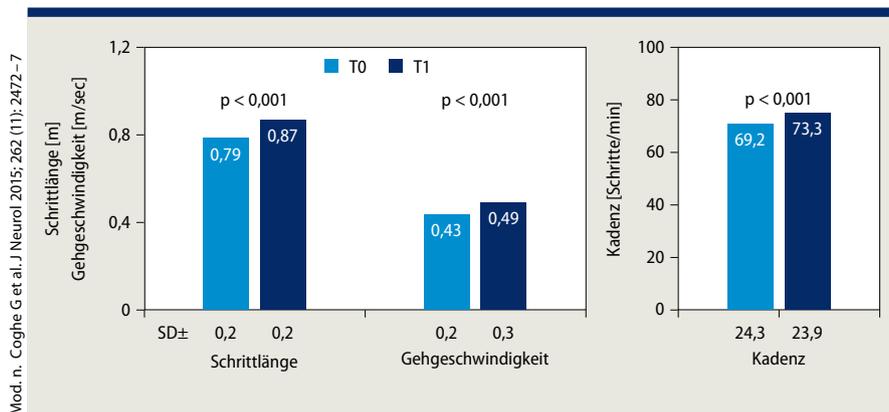


Abb. 1: Schrittlänge (+10%), Gehgeschwindigkeit (+15%) und Kadenz (+6%) nahmen unter THC/CBD signifikant zu (T0 = ein Tag vor Therapiebeginn, T1 = nach einem Monat konstanter Therapie).

einer statistisch signifikanten Zunahme der Schrittlänge um 10%, der Gehgeschwindigkeit um 15% und der Kadenz um 6% (**Abb. 1**). Beim Vergleich der kinematischen Daten der Studienteilnehmer mit gesunden Personen zeigte sich zudem eine Verbesserung der untersuchten Parameter Beckenklippung, Becken- und Hüftrotation sowie Flexion und Extension des Knies. „Die Ergebnisse weisen auf eine verbesserte Gangqua-

lität hin. Dies kann sich auch positiv auf die Lebensqualität der MS-Patienten auswirken“, so Professor Orhan Aktas, Klinik für Neurologie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Gudrun Girrbach

Fachpressekonferenz „Update zu THC/CBD: Neue Aspekte zur Therapie der durch Spastik eingeschränkten Gangqualität bei MS-Patienten“, Düsseldorf, 17.3.2016; Veranstalter: Almirall

Immunmodulator bremst Hirnatrophie – unabhängig von MS-Aktivität

➔ Bei MS-Patienten korreliert die Hirnatrophie deutlich mit der Behinderungsprogression: In Studien war der Hirnvolumenverlust bei MS-Patienten mit kognitiver Verschlechterung doppelt so hoch und bei solchen mit klinischer Verschlechterung dreimal so hoch wie bei stabilen Patienten, erläuterte Professor Daniel Pelletier von der Universität in Los Angeles. Umgekehrt

deutet eine ausgeprägte Hirnatrophie zum Beginn einer MS auf eine rasche Behinderungsprogression. Als Ursache wird eine kortikale Demyelinisierung angenommen, die zum Tod der betroffenen Nervenzellen führt. „Die Hirnatrophie zu bremsen ist daher ein wichtiges Ziel in der MS-Therapie“, sagte Pelletier.

Eine Therapie mit dem oralen Immunmodu-

lator Teriflunomid (Aubagio®) kann den Hirnvolumenverlust bei MS um etwa ein Drittel bremsen. Eine Auswertung der TEMSO-Studie ergab, dass sich bei schubförmiger MS die Hirnatrophie mit Teriflunomid bereits nach einem Jahr signifikant verzögern lässt [Radue EW et al. AAN 2016, P3-089]. Ärzte um Professor Ludwig Kappos vom Universitätsspital in Basel hatten über

800 Hirnscans zu Beginn und nach einem Jahr sowie mehr als 700 Scans nach zwei Jahren ausgewertet. Mit Teriflunomid 14 mg/Tag ging das Hirnvolumen im ersten Jahr um 0,39% zurück (als normal bei Gesunden gelten bis zu 0,4%). Unter Placebo war der Verlust mit 0,61% signifikant höher ($p=0,0001$). Nach zwei Jahren hatten die Patienten unter Teriflunomid 0,90% an Hirnvolumen eingebüßt, 1,29% waren es mit Placebo. Der Hirnvolumenverlust lag mit Teriflunomid im ersten Jahr folglich um 36,9% und im zweiten Jahr um 30,6% niedriger als unter Placebo.

Wurden die Patienten nach der Zahl der Schübe im Jahr vor dem Therapiebeginn und nach der Zahl der MRT-Läsionen zum

Behandlungsstart stratifiziert, so zeigte sich in den jeweiligen Subgruppen ein ähnliches Bild: Sowohl bei den Patienten mit aktiver als auch bei denen mit weniger aktiver MS schien der Immunmodulator den Hirnvolumenverlust zu bremsen [Wuerfel J et al. AAN 2016, Poster P3-052]. Am deutlichsten war der Effekt bei den Patienten, die während der Studie eine anhaltende Behinderungsprogression erlitten [Sprenger T et al. AAN 2016, Poster P3-047]. Bei Patienten mit mindestens zwölf Wochen anhaltender Progression lag der Hirnvolumenverlust mit Teriflunomid um knapp 69%, bei denen mit 24 Wochen anhaltender Behinderungsprogression sogar um 78% unter dem mit Placebo ($p=0,0037/$

0,001). Nach zwei Jahren fanden die Ärzte noch Unterschiede von jeweils 44% und 51% ($p=0,0043/0,0063$).

Eine Behinderungsprogression lässt sich mit Teriflunomid jedoch bei vielen Patienten verhindern. Darauf deutet eine Langzeitauswertung einer Phase-II-Studie mit 147 MS-Kranken [Kremenchtzky M et al. AAN 2016, P3-027]. Nach der 36 Wochen dauernden verblindeten Phase wurde allen Teilnehmern eine Therapie mit Teriflunomid 7 mg/Tag oder 14 mg/Tag angeboten. 57 Patienten (39%) nahmen bis zum Ende der 13 Jahre dauernden Verlängerungsstudie teil. Mit der 14-mg-Dosierung kam es bei ihnen im Schnitt zu keiner nennenswerten Behinderungsprogression, mehr als die Hälfte (52%) blieb schubfrei, 40% waren es mit der 7-mg-Dosis. Neue oder unerwartete unerwünschte Wirkungen traten nicht auf, Therapieabbrüche aufgrund von Unverträglichkeiten wurden bei lediglich einem Fünftel der Patienten beobachtet.

Bei der Wirksamkeit muss Teriflunomid (14 mg/Tag) auch einen Vergleich mit Fingolimod (0,5 mg/Tag) nicht scheuen: Die number needed to treat (NNT), um einen Schub zu verhindern, lag in der TEMSO-Studie bei 5,9 und in der TOWER-Studie bei 5,6. Mit Fingolimod wurde in den Studien FREEDOMS eine NNT von 4,5 und in FREEDOMS II von 5,3 erreicht [Freedman MS et al. AAN 2016, P6-171].

Thomas Müller

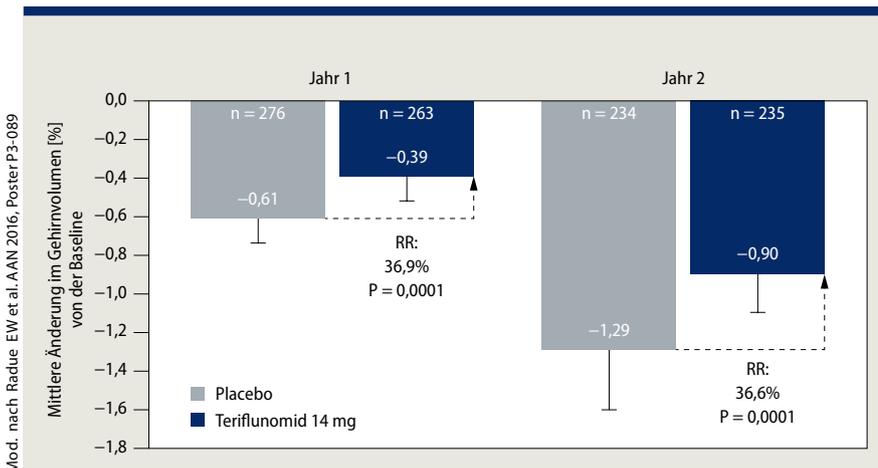


Abb. 1: SIENA-Analyse der TEMSO MRI-Daten. Jährliche prozentuale Veränderung im Gehirnvolumen. Teriflunomid bremst die Hirnatrophie im Vergleich zu Placebo.

Industrial Therapeutic Update: Preserving Brain and Function in Multiple Sclerosis, 68. AAN-Kongress, Vancouver, 15.–21.4.2016; Veranstalter: Genzyme

Epilepsie – neue, einmal tägliche Monotherapie in Sicht

Die Ergebnisse einer auf dem 68. Jahreskongress der American Academy of Neurology (AAN) vorgestellten Phase-III-Studie bei Erwachsenen [Trinka et al. AAN 2016; abstract 001] zeigen, dass eine Eslicarbazepinacetat-Monotherapie (Zebinix®) zur Behandlung von neu diagnostizierten fokalen Anfällen in täglicher Einmalgabe hinsichtlich der Wirksamkeit einer Standardtherapie mit verzögert freigesetztem Carbamazepin zweimal täglich nicht unterlegen ist und gut vertragen wird. Eslicarbazepinacetat ist aktuell in Europa als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung zu-

gelassen, im Rahmen der Studie sollte Eslicarbazepinacetat als Option zur Monotherapie bewertet werden.

Der primäre Endpunkt der randomisierten, doppelblinden Nichtunterlegenheitsstudie im Parallelgruppendesign mit aktiver Kontrolle war der Anteil anfallsfreier Patienten über die gesamte Beurteilungsphase von 26 Wochen. Zu den sekundären Endpunkten gehörten Zeit bis zum ersten Anfall, Beurteilung der Lebensqualität gemäß QOLIE-31-Score und Sicherheit.

Die Wirksamkeitsanalyse dieser Studie mit 785 Patienten ergab unter der letzten ausgewerteten Dosis nach \geq sechs Monaten für

Eslicarbazepinacetat Einmalgabe (800–1.600 mg/Tag) im Vergleich zu verzögert freigesetztem Carbamazepin (400–1.200 mg/Tag) ähnliche Anfallsfreiheitsraten (71,1% gegenüber 75,6%; mittlere Risikodifferenz: $-4,28\%$, 95%-KI: $-10,3\%$; $1,74\%$). Die einjährige Anfallsfreiheitsrate betrug unter der letzten ausgewerteten Dosis 64,7% in der Eslicarbazepinacetat-Gruppe und 70,3% in der Gruppe mit verzögert freigesetztem Carbamazepin (mittlere Risikodifferenz: $-5,46\%$; 95%-KI: $-11,88\%$; $0,97\%$).

Die Sicherheitsanalyse [Kowacs P et al. AAN 2016; abstract 002] zeigt, dass einmal täglich Eslicarbazepinacetat gut vertragen wird;

die Nebenwirkungen waren leicht bis mittelschwer. Die Inzidenz von während der Behandlung aufgetretenen, unerwünschten Ereignissen (treatment emergent adverse events; TEAE) war in beiden Gruppen ähnlich, wobei TEAE bei Patienten unter Eslicarbazepinacetat gegenüber Patienten unter verzögert freigesetztem Carbamazepin jedoch etwas seltener (77,8% bzw. 80,1%) auftraten. TEAE mit möglichem Zusammenhang mit der Therapie betrug 43,6% für Eslicarbazepinacetat, verglichen mit 51,5% für verzögert freigesetztes Carbamazepin. Schwerwiegende behandlungsbezogene TEAE traten unter Eslicarbazepinacetat im Vergleich zu verzögert freigesetztem Carbamazepin bei 2,0% bzw. 2,7% der behandelten Patienten auf; die Inzidenz zum Therapieabbruch führender TEAE betrug 13,5% bzw. 18%. Die am häufigsten

berichteten TEAE mit möglichem Zusammenhang mit der Therapie waren für Eslicarbazepinacetat Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Übelkeit, Müdigkeit und Somnolenz. „Diese Daten belegen klar die Wirksamkeit einer Eslicarbazepinacetat-Monotherapie, da 71% der Studienteilnehmer in sechs aufeinander folgenden Monaten anfallsfrei blieben. Mit einem ähnlichen Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil wie verzögert freigesetztes Carbamazepin hoffen wir, dass Eslicarbazepinacetat in der Zukunft eine weitere potenzielle Behandlungsoption für Patienten werden kann“, kommentierte Eugen Trinka, Professor und Vorstand der Salzburger Universitätsklinik für Neurologie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Österreich. **red**

Nach Informationen von Eisai und Bial

Ein Jahrzehnt kausale Therapie von Morbus Pompe

➔ Morbus Pompe, auch „Glykogenose Typ II“ genannt, ist die schwerste Form der Glykogenspeichererkrankungen. Seit der Entwicklung der ersten und bisher einzigen Enzyersatztherapie mit Alglucosidase alfa (Myozyme®), einer rekombinanten humanen sauren α -Glucosidase (rhGAA), vor zehn Jahren wurde Morbus Pompe kausal therapierbar. Als Herausforderung bleibt die rechtzeitige Diagnostik.

Die Erstmanifestation von Morbus Pompe ist in jedem Alter möglich, doch trifft er Kleinkinder besonders hart. „Bis zur Einführung der Enzyersatztherapie haben Neugeborene mit dem infantilen Typ des Morbus Pompe oft nur wenige Monate überlebt“, erklärte Professor Andreas Hahn, Kinderneurologe an der Universität Gießen. Im Gegensatz zu Jugendlichen oder Erwachsenen, die bis zu 30% Restaktivität an GAA aufweisen können, fehlt ihnen das Enzym gänzlich. In der Folge kann das lysosomale Glykogen nicht zu Glukose abgebaut werden, akkumuliert vor allem im Muskelgewebe und führt zu irreversiblen Zell-, Gewebe- und Organschäden.

Als kausale Therapie ist die 14-tägige Infusionstherapie mit Alglucosidase alfa das Mittel der Wahl. Sie vermag ebenso wie körpereigenes GAA das Glykogen in den

Lysosomen hydrolytisch zu Glukose abzubauen und eine weitere Speicherung zu verhindern.

Ohne Neugeborenen-Screening erfolgt die Diagnosestellung nach Auftreten der ersten Symptome – bei Kindern im Mittel nach drei Monaten, bei Jugendlichen und Erwachsenen nach sieben Jahren. „Schließlich treffen selbst Neurologen im Alltag nicht routinemäßig auf Patienten mit Morbus Pompe, der eine Inzidenz von 1:40.000 bis 1:200.000 aufweist“, betont Professor Benedikt Schoser von der Neurologischen Klinik der LMU München. Deshalb hat Schoser zusammen mit Kollegen anhand von Leit-symptomen einen vereinfachten Diagnosealgorithmus für die Praxis entwickelt. Er ist als Download unter www.lysosolutions.de zu finden.

Zur Sicherung der Diagnose durch Aktivitätsmessung des Enzyms GAA steht ein Trockenbluttest zur Verfügung. Mit Unterstützung von Sanofi-Genzyme kann er kostenfrei über Archimed Life Science GmbH angefordert werden.

Dr. Ellen Jahn

„10 Jahre Myozyme®: Blick auf die erste kausale Therapieoption für Morbus Pompe“ am 15.4.2016 in Frankfurt am Main; Veranstalter: Genzyme

Neues MS-Therapiebegleitprogramm

Seit dem 1. Januar 2016 stehen die Therapiebegleitprogramme von Biogen für Multiple-Sklerose-Patienten unter einem gemeinsamen Dach: Bei GEMEINSAM STARK™ steht die ganzheitliche, individuelle Betrachtung des Patienten und seiner Bedürfnisse im Mittelpunkt. Kompetenten Rat geben MS-Schwestern und -Pfleger sowie die persönlichen Ansprechpartner im MS Service-Center. Digitale Hilfestellung bieten eine App sowie der Austausch mit anderen Patienten im Forum auf MS-life.de.

Nach Informationen von Biogen

Junior-Forschungspreis 2016 für neuromuskuläre Erkrankungen

Im Rahmen der 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie (DGKN) wurde der Junior-Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM) an Dr. Marina Dusl vom Labor für Molekulare Myologie am Friedrich-Baur-Institut der LMU München für ihre Arbeit zum Thema „3'-UTR mutation creates a potential microRNA target site in the GFPT1 gene of LG-CMS patients“ verliehen. Mit dieser Arbeit konnten neue Pathomechanismen bei kongenialen myasthenen Syndromen aufgezeigt werden. Der mit 2.500 € dotierte Preis wurde bereits zum zwölften Male vergeben, in diesem Jahr erstmalig von der Hormosan Pharma.

Nach Informationen von Hormosan

Chronifizierung von Schmerzen

Im Rahmen der von Hexal unterstützten Fortbildungsveranstaltung „Tegernseer Schmerzforum“ erläuterten Schmerzexperten, dass es zusätzlich zur Reduktion der Schmerzen auch darum geht, die Patienten aus der Abwärtsspirale der psychosozialen Folgen herauszuholen. Voraussetzung ist eine multimodale, patientenindividuelle Behandlungsstrategie. Hexal mit seiner Kompetenz in der Pflaster-Technologie und der Entwicklung innovativer transdermaler therapeutischer Systeme stellt ein breites Sortiment an Fentanyl-Pflastern zur Verfügung und unterstützt Ärzte durch ein umfassendes Fortbildungs- und Serviceangebot.

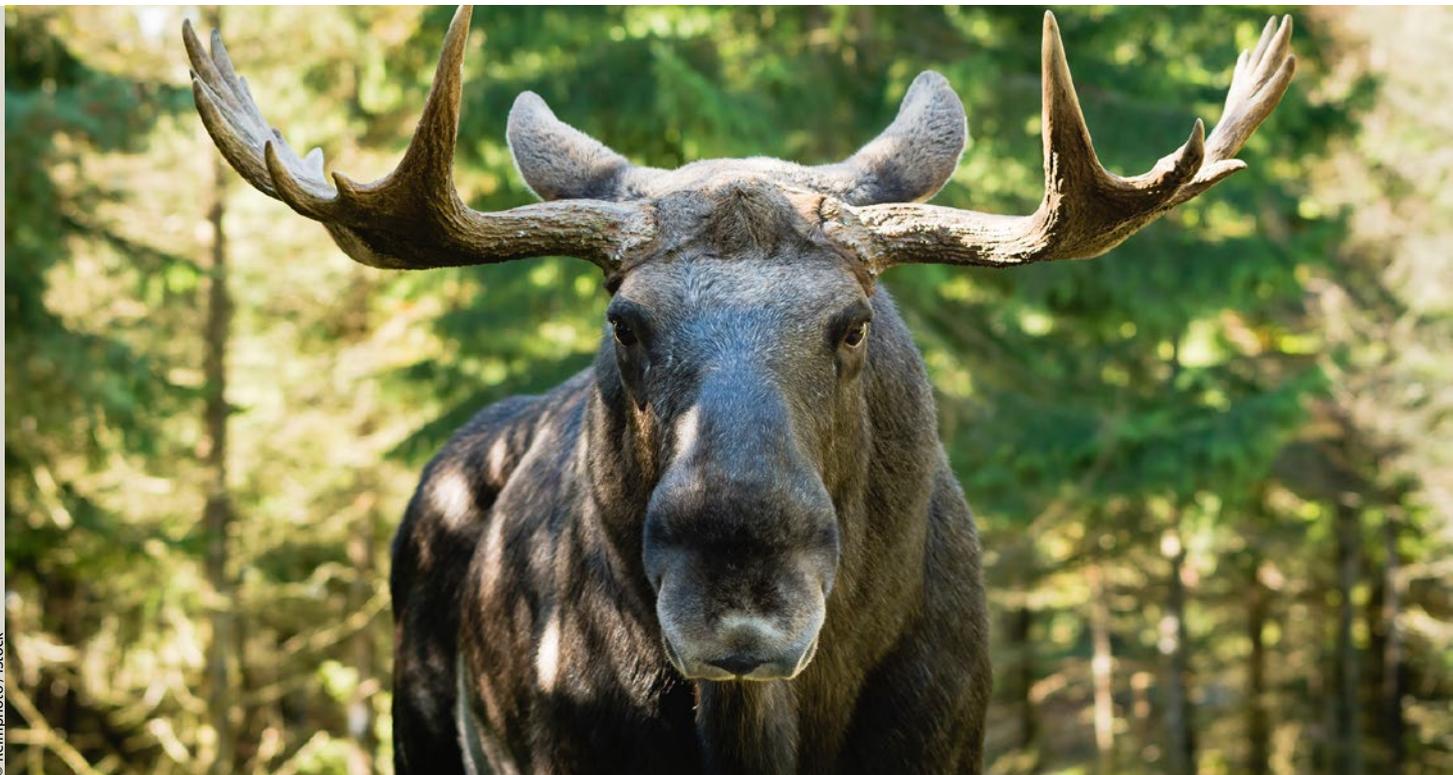
Nach Informationen von Hexal

Journal

Zwischen Elchjagd und EEG

Lars Gustafssons letzter Roman „Doktor Wassers Rezept“

Die internationale Presse hat auf den überraschenden Tod von Lars Gustafsson im April 2016 mit erstaunlicher Intensität reagiert. Das mag zum einen mit der Doppelbegabung von Philosoph und Schriftsteller zu tun haben, zum anderen aber auch mit der sympathischen Erscheinung des Schweden, in dem manche bisweilen eine Mischung aus Petterson, dem Helden aus dem Kinderbuch, und August Strindberg sahen. Vielen galt Gustafsson als der Autor, der das literarische Bild vom modernen Schweden in Deutschland entscheidend geprägt hat. Immer wieder wurde in den Nachrufen auch auf die seltene Verbindung von hohem literarischem Anspruch und fein gesponnenem Witz hingewiesen.



66 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Doktor Wassers Rezept“

Was geschieht mit einem, der sich im Leben immer wieder neu erfindet und der, um möglichst wenig durch Behandlungsfehler aufzufallen oder jemanden mit dem Skalpell zu gefährden, sich für die Schlafmedizin entschied?

70 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Carsten Nolte holt digitale Bilder ins Analoge zurück und gibt den Bildern, die aus einem realen Zuhause in eine virtuelle, nicht verortbare Welt entsandt worden sind, wieder einen festen Bezugspunkt. Wie er das macht, verrät er noch vor seiner ersten Ausstellung dieser Werke im Juni 2016.

Mit Lars Gustafsson starb am 3. April 2016 im Alter von knapp 80 Jahren einer der bedeutendsten schwedischen Schriftsteller und Philosophen der Gegenwart. Ausgebildet in Uppsala und Oxford, promoviert in theoretischer Philosophie, 1978 habilitiert über „Sprache und Lüge. Drei sprachphilosophische Extremisten: Friedrich Nietzsche, Alexander Bryan Johnson, Fritz Mauthner“, wurde Gustafsson rasch zum polyglotten, weithin international anerkannten Autor und 1983 bis 2006 Professor für Germanistische Studien und Philosophie in Austin/Texas. Der vielfach ausgezeichnete Autor von Lyrik, Prosa, Romanen und Essays war Mitglied zahlreicher Akademien und zweifellos ein würdiger Kandidat für den Nobelpreis.

Gustafsson hatte, was insbesondere deutsche Leser an Schriftstellern schätzen: „Er brachte sich ein und setzte sich aus, seine Bücher sind hochkonstruiert und zugleich durch die eigene Lebenserfahrung beglaubigt. Ob er seine Romane in der ersten oder dritten Person erzählte, ob er einen Mann oder ein Mädchen ins Zentrum stellte, ob er der Revolte oder der Melancholie, dem Sinn oder der Verzweiflung, dem Wissen oder dem Tod, der Einsamkeit oder der Lieb nachhing – stets floss das Herzblut mit ein. Dabei hat Gustafsson im Existenzialismus des Erzählens selbst Ermutigung und Antrieb gefunden – ein Glück, das sich auf den Leser überträgt. Aus seinen Büchern spricht die Würde dessen, der neugierig war auf die Höhen und Abgründe des Lebens, der nicht anders

konnte, als sich immer neu dem Absurden auszusetzen – und der dabei zu ungekannter Leichtigkeit, ja vielleicht gar zum Glück fand. Gerne verhandelte er die Welträtsel – und hielt doch stets den kleinen Leuten und den einfachen Dingen seines Herkommens die Treue“, resümiert Andreas Breitenstein in der NZZ. Und Gregor Dotzauer fügt im Tagesspiegel (4. April 2016) hinzu: „Wie er dieses Denken in seinen unüberschaubar vielgestaltigen, rund 70 Büchern arrangierte und von aller Strenge befreite, hatte mitunter höchsten Unterhaltungswert. So, wie er Natur- und Geisteswissenschaften fusionierte, führte er auch toderne Themen mit verschmutzter Leichtigkeit bis ans Genrehafte heran.“

Natürlich weiß jeder Leser des NeuroTransmitter, dass es sich bei dem Motiv des „falschen Arztes“ um ein altbewährtes literarisches Muster handelt. Bei Rabelais begegnen wir einem als Arzt verkleideten Teufel, der einer stummen Braut zur Sprache verhilft, in Niccolò Macchiavellis „La Mandragola“ setzt der Student Callimaco dem alten Notar Nicia als Arzt verkleidet Hörner auf, in Molières „Der eingebildete Kranke“ verkleidet sich Toinette als Arzt, in seinem anderen Lustspiel namens „Der Liebhaber als Arzt“ kommt Clitandre in das Haus Sganarelles, um verkleidet als Arzt seiner Lucinde nahe zu sein. Die Motivreihe ist lang und reicht sogar bis zum Italo-Western „Rocco, der Mann mit den zwei Gesichtern“ von Franco Giraldis, wo Tom Cooper nach Snake Valley kommt, um als Arzt verkleidet das Verschwinden

einiger Offiziere aufzuklären – um nur einige Beispiele zu nennen. Kurz: Die Reihe reicht von Rabelais bis zu Andrea Camilleris Erzählung „Der falsche Arzt“ (NeuroTransmitter 10/2014) und weiter bis zum Briefträger Postel. Und Gustafsson hat sie mit seinem letzten Roman um eine neue Variante bereichert.

Dr. Kurth Wolfgang Wasser

Erzählt wird auf knapp 140 süffigen Seiten die ebenso verquere wie amüsante und äußerst kurzweilige Geschichte von Dr. Kurth Wolfgang Wasser aus Weimar. Anfangs lernt der Leser einen skurrilen Achtzigjährigen kennen, der alberne Preisausschreiben gewinnt, weswegen der erste Satz lautet: „Ich bin ein Gewinner“. Dass dieser Satz enorm tiefe existenzielle Dimensionen hat, wird sich zeigen. Das letzte Kapitel trägt die Überschrift „In Memoriam“ und besteht aus einem fiktiven Nachruf im Svenska Dagbladet vom 18. März 2012 auf den im Alter von 84 Jahren verstorbenen Ich-Erzähler Dr. Wasser, geboren in Erfurt am Rand des Thüringer Waldes, DDR-Flüchtling, später Generaldirektor und Pionier der Schlafforschung: „Arbeitskollegen und Patienten erinnern sich an Kurth Wasser als einen zurückgezogen lebenden, aber immer hilfsbereiten und exemplarisch höflichen Fachmann mit bedeutenden Kenntnissen und weitverbreiteten Kontakten innerhalb seiner speziellen Tätigkeitsbereiche. Als Klinikchef ebenso wie später bei der anspruchsvollen Aufgabe als Generaldirektor zeigte er seine Fähigkeit zu positivem

Lars Gustafsson
Der Tod eines
Bienenzüchters
Roman

Buch-Tipps

Lars Gustafsson
Der Tod eines Bienenzüchters
S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt/M.

Wer noch keine Gustafsson-Werke kennt, dem sei der wunderschöne Roman „Der Tod eines Bienenzüchters“ (1978) empfohlen und von seiner Lyrik der Band mit dem Titel „Die Stille der Welt vor Bach“ (1982). Die frühen Werke wurden von Hans Magnus Enzensberger, die meisten anderen aber kongenial von Verena Reichel ins Deutsche übersetzt.

Denken und sein Talent, neuen Menschen und neuen Herausforderungen mit Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen zu begegnen – und nicht selten mit nachsichtigem Humor.“ Das liest sich wunderschön für einen Verstorbenen, bekommt aber einen doppelten Boden, da der Leser am Ende des Romans längst weiß, dass es sich bei Kurth Wasser um einen Hochstapler handelt, der in Wirklichkeit Kent Andersson hieß, Bootsmotoren reparierte, in einer Reifenwerkstatt arbeitete und als Fensterputzer jobbte, bis er eines Morgens die Papiere eines tödlich verunglückten Motorradfahrers fand und sich in jenen DDR-Flüchtling Dr. Kurth Wasser verwandelte, als der er schließlich allseits geschätzt und hochgeehrt starb. Er konnte der Versuchung, sich seines eigenen Lebens zu entledigen und als ein anderer zu leben, einfach nicht widerstehen. Und daraus nährt sich die philosophische Frage des kleinen großen Romans: Was geschieht mit einem, der sich im Leben immer wieder neu erfindet und der, um möglichst wenig durch Behandlungsfehler aufzufallen oder jemanden mit dem Skalpell zu gefährden, sich für die Schlafmedizin entschied?

Die einzelnen Kapitel sind kurz, gewissermaßen homöopathische Dosen, und sie enthalten nicht selten eine Sentenz, die zum Schlüssel für das Rätsel von Dr. Wassers Rezept wird. Die Sentenz des ersten Kapitels lautet: „Das Wichtigste ist nicht zu kämpfen. Es kommt darauf an zu gewinnen.“ Das nur zweieinhalb Seiten lange zweite Kapitel führt den Leser in eine weitere wichtige Dimension des Romans ein: die eroti-

sche Welt des Dr. Wasser. Sie ist wichtig, denn sie ist eine zuverlässige Säule seiner Erfolgsgeschichte. Eine zentrale Rolle spielt Caroline Sundborn, rothaarig, 17 Jahre älter als ihr Liebhaber, vollbusig, wie überhaupt Gustafsson eine Vorliebe für gut gebaute Frauen zu haben schien und darin durchaus Heimito von Doderer glich, worüber Henner Löfflers gelehrte Abhandlung „Dicke Damen oder Ein schwerer Fall von Busenfetischismus“ Auskunft gibt. Caroline Sundborn, eine Frau von „eigentümlicher zweideutiger Maskulinität“ und Büstenhaltern mit „fast feierlicher, andächtiger Farbe“, bietet als bestens vernetzte „Forschungspolitikerin“ Dr. Wasser erstmals die Möglichkeit, in die Schlafforschung einzusteigen. Die Verführung verläuft nicht nur in beidseitigem Interesse, sondern auch entlang der ungeklärten Frage, wer wen verführte, wobei dies insofern von Bedeutung ist, als sich beide gegenseitig in der Hand haben. Der Ich-Erzähler stellt hierzu fest: „Im Leben von Frau Professor Sundborn war ich über ein Jahr lang die wichtigste Medizin. Das Heilmittel gegen Konkurrenten und Bremsklötze im Ministerium und bei den Reichstagsparteien, in Korridoren und auf Konferenzen, gegen schiefes Lächeln und ironisierende alte Herren, die keine Professorinnen mochten. Wir pflegten darüber zu scherzen. Mit einem unterdrückten Lachen in den Augen – glücklich, aber auch ein wenig herablassend, beschützend vielleicht – konnte sie, Caroline über Dr. Wassers Medizin scherzen.“ Aber was meint man eigentlich überhaupt mit einem Begriff wie „Verführung“? Dr. Wasser, der Schlafforscher, sagt: „Eine Person dazu zu bringen, etwas zu wollen, das sie ohnehin will? Den Willen eines anderen zu übernehmen? In meinem Leben ist es meistens so gewesen, dass beide wollten. Und eigentlich war es nur die Frage, wer es zuerst zeigen wollte; sie oder ich.“

Nun, Dr. Wasser ist ein Womanizer und gesteht treuherzig, ganz besonders von gut gekleideten, sehr reserviert wirkenden, rund 45-jährigen Damen, umgeben von Dokumenten und Unterlagen in Eisenbahnabteilen 1. Klasse, „fast unerträglich“ angezogen zu werden. Das fing bereits in der Schule mit der blonden Mathematiklehrerin an. Und was den

„Schlag“ bei Frauen angeht, so hatte schon der Vater des Kent Andersson selig diese Eigenschaft, die dann auf den Sohn überging. Auch, was das Flunkern betrifft: „Mein Vater nahm es mit der Wahrheit nicht immer ganz genau. Er war ein inspirierter Lügner.“ In diesem Punkt darf von dominantem Erbgang gesprochen werden, wobei beide Anderssons demselben Rezept anhängen: Sie verführten durch das Erzählen von Geschichten. Bei Kent kam noch die besondere Gabe eines eidetischen Gedächtnisses dazu, verbunden mit der Frage: „Was sehen die Blinden? Eine Dunkelheit? Oder sehen sie, dass sie gar nichts sehen?“

Den Weg zur Wissenschaft findet Dr. Wasser über das Fensterputzen im Akademska-Krankenhaus von Uppsala. Dort begegnet er auch zum ersten Mal dem Begriff der Schlafmedizin, obgleich er schon sein Leben lang selbst unter Schlafstörungen leidet. Eine freundliche Krankenschwester verschafft ihm einen Schlafplatz in einem Studentenheim für angehende Mediziner, die gerade wegen des drohenden Atomkrieges zum Militär eingezogen worden waren. Er verliebt sich in die schöne Helen und findet heraus, „dass jede wirkliche Verliebtheit ihren Ursprung in einer tiefen Unzufriedenheit mit uns selbst hat. Wir haben jemand anderen getroffen, der wir lieber wären.“ Das wird auch Teil der Erklärung dafür, dass sich Kent Andersson im Laufe seines Lebens mehr und mehr mit seiner Rolle als Dr. Wasser identifiziert.

Neben einer hübschen kleinen Reminiszenz an seinen Freund Per Olov Enquist, der hier als Poet und Theologe namens Osvald Björk auftritt, mit dem sich Gustafsson in Uppsala einst eine Studentenbude teilte, erfahren wir vom angehenden Schlafmediziner einiges über das studentische Leben in der Hauptstadt des schwedischen Akademikertums; konkrete Nachfragen über seine Herkunft blockt der falsche Dr. Wasser mit dem Hinweis ab, er wolle nicht über seine entsetzliche Zeit in der DDR-Diktatur sprechen: „Ich konnte ja eine große Szenerie ausmalen, mit Denunziantenparanoia und düsteren Erinnerungen (...).“ Zusammen mit seinem Mitbewohner Osvald hat der Ich-Erzähler dann auch erstmals das „eigenartige Gefühl, nicht mehr zu wissen, wer ich war. Kent

Andersson oder Kurth Wolfgang Wasser. Er entscheidet sich für die Wasser-Existenz, „weil die Verführung, die von der Idee eines eigenen freien Willens ausging, unwiderstehlich war.“ Ihm ist klar, dass es sich um Betrug und um ein Verbrechen handelte: „Betrug bedeutete, mit Gewinnabsichten irrezuführen.“ Um das Risiko zu minimieren, kommt schließlich die Schlafmedizin infrage, verbunden mit äußerster Zurückhaltung bei der Gabe von Medikamenten. Die erste Stelle allerdings bekommt er als Vertretung in der Mütterpflegezentrale: „Blutdruckmessen lernte ich, indem ich beobachtete, wie andere es machten. Und die Mütter waren schon dankbar dafür, wenn ihnen jemand zuhörte. Das schienen sie nicht gewöhnt zu sein. Die Sturzflut von Arzneimittelpföbchen, die sich in meinen Dienstbriefkasten ergoss, löste die meisten Rezeptprobleme.“

Langsam und sorgfältig arbeitet sich Dr. Wasser in die Schlafmedizin ein und findet heraus: „Der Schlaf des Menschen war ein viel komplizierteres Phänomen, als man es hätte vermuten können.“ Von der Elektroenzephalografie und der Wolfsstunde über Sozialisierungsaspekte bis hin zu den Grenzzuständen zwischen Schlafen und Wachen entwickelt sich ein stets wachsendes Interesse. Fazit: „Hier galten ungefähr dieselben Regeln wie bei der Elchjagd zu Hause. Geduld aufbringen, jede Menge Geduld, und dabei niemals die Aufmerksamkeit verlieren.“ Diese Einsicht beruht auf der Wissensgrundlage, „dass der Betrüger mit der Zeit das ganze Schauspiel als selbstverständlich empfindet“.

Kent Andersson verschwindet: „Und was wurde aus dem, der an seine Stelle trat? Sein Leben war ja verschwunden. Ich habe es getauscht. Man könnte also sagen, dass ich der bin, der ich bin. Aber ich bin auch der, der ich nicht bin. Die Erfahrung sagt mir, dass es mir nicht sehr guttut, über diese Paradoxa nachzugrübeln.“ Dagegen und gegen die aufkommende Einsamkeit gibt es ein probates Mittel: Den Busen von Professor Caroline Sundborn. „Es war (...) eine großartige Zeit. Ihre Launen, ihre zunehmende Eifersucht, ihre Wutausbrüche – all das kam später. Was mir von diesen ersten Wochen am besten in Erinnerung geblieben ist, das waren ihre

ausgedehnten und tiefen Orgasmen, ihre Dankbarkeit, ihre unverstellte Freude, jemanden wie mich gefunden zu haben.“

Dr. Wasser mutmaßt, er habe die „Kunst des Betrugs“ von den „großen Künstlern“ gelernt. Jedenfalls wird er Oberarzt, dann Klinikchef, schließlich Medizinalrat und zuletzt Generaldirektor, nicht zuletzt wegen seines Rufes ob seiner „skrupulösen Genauigkeit bei Dokumenten und Unterlagen.“ Damit und mit einem Trick gelingt es ihm – gewissermaßen als Krönung seiner Hochstaplerkarriere – den falschen Psychiater Ronne Hagen, der sich besonders auf Borderline-Mädchen aus der Stricher- und Drogenszene spezialisiert hat, als Rane (nicht Ronne) Hagen, Pfleger in der psychiatrischen Jugendklinik, zu enttarnen. „Die moralische Empörung, die ich empfand, war echt. Dieser Mann war ein Gauner, ein Fälscher und ein Stümper. Ein schlechter Künstler, der den Anspruch erhob, etwas Besseres zu sein.“ Zu seiner Selbstrechtfertigung und Verteidigung gibt Dr. Wasser an: „Mein Beruf hatte vielleicht als Rollenspiel begonnen. Aber in den letzten zwanzig oder dreißig Jahren war es eben mein Beruf geworden. Punktum. Niemals habe ich meine Stellung als Arzt oder Beamter missbraucht. Ich habe keine jungen Mädchen mit Problemen zu zweifelhaften Therapien gezwängt. (...) Schwindler zu entlarven und diskret hier und da in der psychiatrischen Branche diskret aufzuräumen ist keine schlechte Aufgabe. Wasser schafft so etwas, hieß es in der Branche. Niemand begreift, warum er das so gut kann. Ich bin ein Gewinner. Ich bin ja Dr. Kurth Wasser.“

Nach und nach kommt es dahin, dass sich der alte Schlafforscher mit pensionierten Ärzten trifft und sich in dem „für ältere Mediziner charakteristischen unsentimentalen Jargon“ unterhält. Er blickt zufrieden mit sich zurück auf sein Leben, denn „ein gewöhnliches Leben zu leben ist die tristeste Form von Selbstmord.“ Aber er vereinsamt zusehends. Zuletzt bleibt ihm nur noch ein alter blinder Hund, doch auch der stirbt: „Ich habe dafür gesorgt, dass dieser Hund ein angemessenes Begräbnis bekam. Der war möglicherweise der einzige Freund, den ich nie hinter das Licht geführt habe.“ Spätestens an dieser Stelle muss man dem

Schriftsteller Jochen Schimmang zustimmen, der sich (in der TAZ vom 5. April 2016) gerne über die knappen 140 Seiten hinaus noch länger von Gustafssons „hinterlistigem Spiel mit der eigenen Biografie zwischen Wunsch und Wirklichkeit“ (Breitenstein) hinter das Licht hätte führen lassen. Selten findet man in der zeitgenössischen Literatur so viel Charme, gepaart mit Witz und spielerischem Hintersinn, so viele „bezaubernde weise Sätze“, so dass Schimmang zuletzt Dr. Wasser noch über Thomas Manns „Felix Krull“ stellen mag. Breitenstein schwärmt in der NZZ (9. April 2016) vom hellwachen und zugleich somnambulen Ich-Erzähler, dem „im Rückblick auf ein Leben, das einer Vorspeise und einem ewigen Dessert gleicht“, Zeiten und Identitäten durcheinander driften: „Es ist die souveräne Kunst Gustafssons, den kleinen Roman sich nach wenigen Seiten in ein multiples Erzählarrangement entfalten zu lassen. In einem Strom bald fließender und bald gestauter, bald kreisender und bald mäandrierender, bald erhitzter und bald erkalteter, aber stets bildstarker Erinnerung“ wird das Vexierbild der schillernden Identität dieses Schlafmediziners entwickelt.

Literarisch ist Lars Gustafsson so vieles in seinem Leben gelungen, nur sein letzter Wunsch blieb ihm versagt: Er starb im Monat April. In einem Gedicht jedoch schreibt er:

*„Es soll ein Tag Anfang August sein/
die Schwalben fort, doch eine Hummel/
noch irgendwo, die im Himbeerschatten/
ihren Bogen ausprobiert.“*

*Ein leichter, doch nicht hartnäckiger
Wind/ soll über die Wiesen des August
gehen./ Du sollst da sein,/ aber du sollst
nicht viel reden,/ mir nur ein wenig über
die Haare streichen/ und mir in die
Augen sehen //*

*Mit diesem kleinen Lächeln/ zu-
nerst im Augenwinkel. Und dann will
ich nicht ohne Erleichterung//
diese Welt verschwinden sehen.“* □

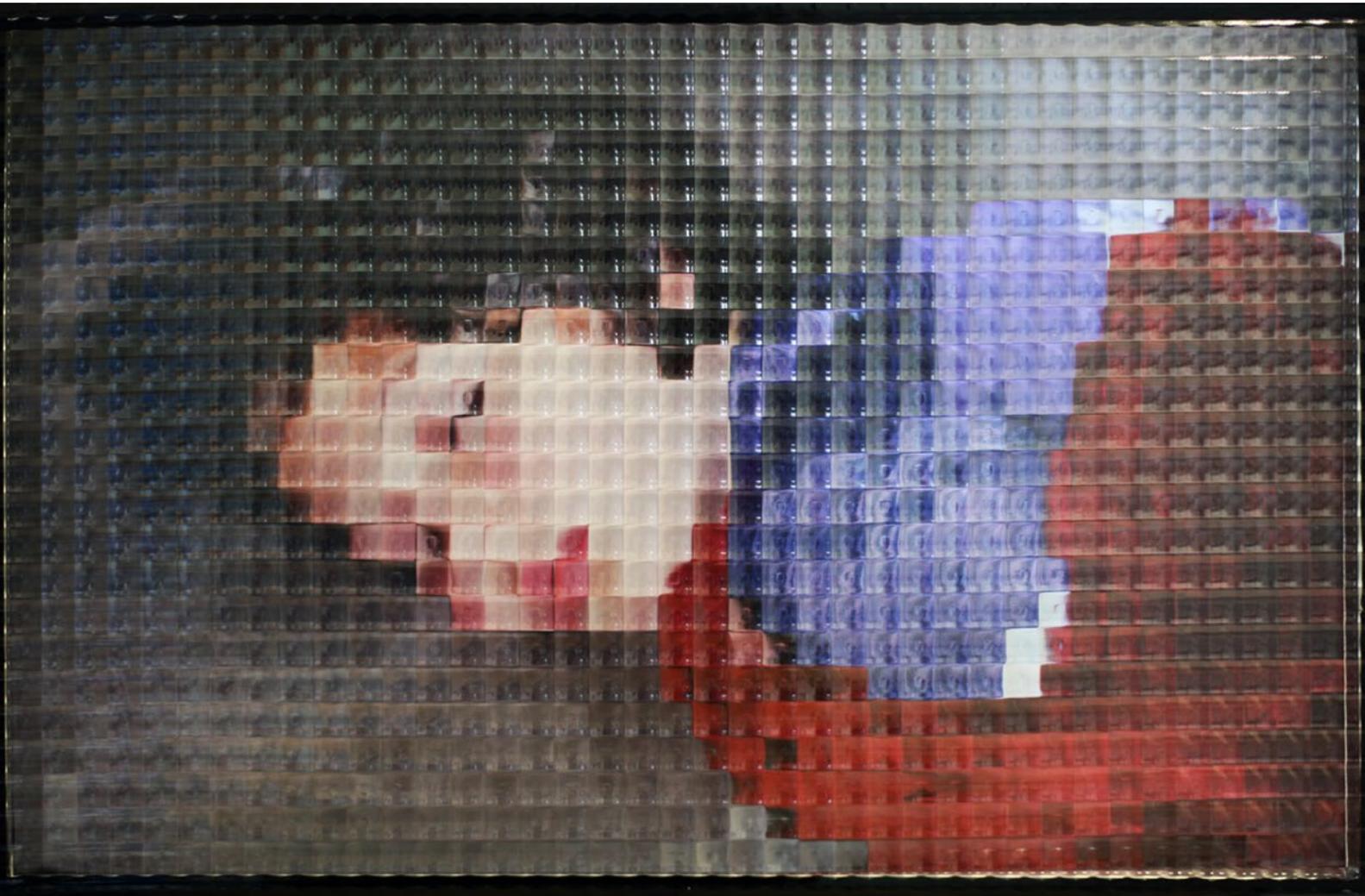
Literatur beim Verfasser

AUTOR

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

Fenster zur Außen- und Innenwelt

Welche Bilder zeigen uns ganz privat, ohne Maske und ungeschützt? Privat kommt von private „berauben“ und meint, dass man alleine ist, der Öffentlichkeit „beraubt“, im innersten Kreis der Familie, zu Hause. Besonders „privat“ erscheinen wir im Schlaf, wenn wir unsere Außendarstellung nicht kontrollieren können. Demgegenüber ist das World Wide Web ein Synonym für Öffentlichkeit geworden. Der Münchner Künstler Carsten Nolte geht anhand seines neuen Projekts mit Fotos schlafender Kinder aus dem Internet unserer Vorstellung von privat und öffentlich auf den Grund und reflektiert unser ureigenstes Bedürfnis nach Mitteilung.



„cute“, 2009/2016, 210 hits, Lambda Ausbelichtung, Isolorglas, 53 x 35 x 6 cm

„The weather is fine but
the food could be better“,
2013, Whiteboard, Dimen-
sion: 150 x 100 cm,
Courtesy Bayrische Staats-
gemäldesammlung



© Carsten Nolte

Das Internet mit seiner angeblichen Anonymität in der Masse vergibt die Möglichkeit, Erfahrungen und Empfindungen quasi anonym mit Mitmenschen zu teilen. Längst ist es für viele eine Art öffentliches Fotoalbum geworden. Haben wir, wie Carsten Nolte meint, früher unsere Familienalben eben mit der Familie, Freunden und vielleicht noch den Nachbarn geteilt, „sharen“ wir heute fast alles im Internet mit einem Publikum, das anders, größer und nicht kontrollierbar geworden ist. Doch die Kommentare auf unsere Fotos sind die gleichen. Besonders gerne werden beispielsweise in eine der größten Bilddatenbanken, namens „Flickr“, Haustier- und Kinderfotos hochgeladen und das Zuhause damit nach außen transportiert. Das Feedback ist oft prompt: „so sweet“ oder „wonderful“ und bleibt doch ohne Aussage rein bestätigend-affirmativ und damit austauschbar.

Carsten Nolte zeigt ab Ende Juni in der Ausstellung „Follow“ in München eine Auswahl von Aufnahmen schlafender Kinder aus dem Internet auf besondere Weise: Er holt digitale Bilder wieder ins Analoge zurück und gibt den Bildern, die aus einem realen Zuhause in eine virtuelle, nicht verortbare Welt entsandt worden sind, wieder einen festen Bezugspunkt. Indem er vor die Bilder Fensterscheiben aus Strukturglas mit kleinen quadratischen Feldern installiert, verhilft er den digital sichtbaren Porträts im Analogen wieder zur Anonymität und verkehrt damit die eigentlichen Parameter von Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit. Die Identität der Kinder ist durch die Brechungen des Glases nicht mehr erkennbar; sie wirken durch die kleinen Quadrate wie verpixelt. Auch verändern sich Farben und Gesichtsdrücke der Abgebildeten je nach Perspektive des Betrachters, wodurch sie sich einer festgelegten Wahrnehmung entziehen. Der Blick durch das Fenster verhüllt hier mehr, als dass er enthüllt. Nolte: „Der Zwischenraum der Glas-scheiben ist mit einem Edelgas gefüllt, das Krypton heißt. In der Glasindustrie dient es dazu, ein Beschlagen der Fenster zu verhindern. Seine etymologische Bedeutung ist jedoch: Das Verborgene.“

Carsten Nolte, 1976 in Marsberg geboren, studierte in Leipzig an der Hochschule für Grafik und Buchkunst bei Timm Rautert und Beate Gütschow. Er ist ein vielseitiger Künstler, der mit Installationen, Objekten, Fotografien und auch mit Filmen arbeitet. Bekannt geworden ist er vor allem durch seine Art, „prozesshaft zu arbeiten“. Er verwendet Materialien wieder, stellt sie in neue Konstellationen und fragt nach ihrem so neu gewonnenen „kontextuellen“ Sinn. Seine Arbeiten sind oft gesellschaftskritische Reflexionen über die Konsumwelt von heute und die „never ending story des Kapitalismus“.

In einem Projekt von 2013/2014 mit „Whiteboards“ von in Konkurs gegangenen Unternehmen, die eigentlich als B-Ware wieder auf den Markt gespielt werden sollten, schickt Carsten Nolte die Manifeste unseres täglichen kapitalistischen Zwangs zur Produktivität sozusagen in den Urlaub: „Ich habe die Oberfläche, also die Arbeitsfläche der Whiteboards abgerissen, so dass man die dahinterliegende Wabenstruktur des Grundträgers sieht. Durch die Papierplättchen, die teilweise noch in den Waben hängengeblieben sind, ergibt sich eine malerische Tiefenstruktur, die assoziativ an Bienenwaben erinnert.“ Die Innenansicht des oben abgebildeten Whiteboards weckt Assoziationen an eine alpine Urlaubslandschaft und tatsächlich stammt der Titel der Arbeit „the weather is fine, but the food could be better“ von einer Postkarte unter Arbeitskollegen, die Nolte zwischen ausrangierten Displays entdeckte. Nur ein Whiteboard dieser Serie ließ er intakt. Auf der Arbeitsfläche stehen noch die letzten Einträge der letzten Sitzung vor dem Konkurs: Eine Tabelle mit zwei Spalten, die mit „improvements“ und „good“ überschrieben sind.

Seit 2015 beschäftigt sich Carsten Nolte zunehmend nicht mehr mit den menschlich geformten Gegenständen, die mittelbar die Beschaffenheit unserer Welt ausdrücken, sondern unmittelbar mit diesem selbst als Projektionsfigur. Er arbeitet derzeit neben „Follow“ an einer Videoinstallation mit selbst programmierten Avataren, die im öffentlichen Raum in München zu sehen sein wird, und Werken, die in der Favoritenausstellung ab Juli im Kunstbau München gezeigt werden. □

AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

Weitere Informationen zum Künstler: www.carsten-nolte.com

Nächste Ausstellungen

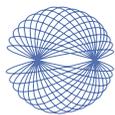
„Follow“, ab 23. Juni bei „Karin Wimmer contemporary art“
Amalienstr. 14, München
www.karinwimmer.com

„Billboard Installation“, Kunst-Insel am Lenbachplatz,
25. Juli bis 8. September 2016

„Favoriten III: Neue Kunst aus München“
26. Juli bis 30. Oktober 2016 im Kunstbau,
U-Bahnhof Königsplatz, München, Zwischengeschoss

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2016		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen2	Anmeldung
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
21./22.10.2016 in Irsee Kloster Irsee, Klosterring 4 CME-Punkte	Bayerischer Nervenärztetag 2016 Fortbildung Neurologie und Psychiatrie Mitgliederversammlung BVDN Bayern	Kloster Irsee Schwäbisches Tagungs- und Bildungszentrum Klosterring 4, 87660 Irsee Tel.: 08341 906-604, -606, -608, Fax: 08341 906-605 E-Mail: info@bildungswerk-irsee.de www.bildungswerk-irsee.de
Fortbildungsveranstaltungen 2016		
18.6.2016 in Mönchengladbach Krankenhaus St. Franziskus	2. Refresher-Seminar „Neurosonologie – Spezielle neurologische Ultraschalldiagnostik“	Chefarzt Prof. Dr. Carl-Albrecht Haensch Tel.: 02161 892-3001 E-Mail: neurologie@mariahilf.de
19. – 23.6.2016 in Berlin CityCube Berlin, Messedamm 22	20th International Congress of Parkinson’s Disease and Movement Disorders	International Secretariat 555 East Wells Street, Suite 1100 Milwaukee, WI 53202 USA Tel.: +1 414-276-2145, Fax: +1 414-276-3349 E-Mail: congress@movementdisorders.org
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 für 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
15. – 19.8.2016 in Berlin	International Symposium of the Group Analytic Society International (GASi) Crossing Borders: Social, Cultural and Clinical Challenges	Congress-Organisation Geber + Reusch Birgitta Geber Rheinparkstr. 2, 68163 Mannheim Tel.: 0621 82 66 11, E-Mail: geber@t-online.de
17. – 19.8.2016 in Basel/Schweiz	Schweizer Psychiatrie-Jahreskongress: „Psychische Gesundheit aus der Generationenperspektive“	Organizers Schweiz GmbH Obere Egg 2, CH-4312 Magden Tel.: 0041 61 836 98 78, Fax: 0041 61 836 98 77 E-Mail: registration@organizers.ch www.psy-congress.ch
31.8. – 2.9.2016 in München Holiday Inn Munich – City Centre, Hochstr. 3	10th International Conference on Frontotemporal Dementias	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Franziska Srp-Cappello Tel.: 03641 3116-400, Fax: 03641 3116-243 E-Mail: franziska.srp@conventus.de Nora Caune Tel.: 03641 3116-318, Fax: 03641 3116-243 E-Mail: nora.caune@conventus.de www.conventus.de

Fortbildungsveranstaltungen 2016		
3.9.2016 in Bremerhaven Atlantic Hotel Sail City, Am Strom 1 zirka 9.30 – 17.00 Uhr	NEURO 2016	MESSE BREMEN WFB Wirtschaftsförderung Bremen GmbH Findorffstr. 101, 28215 Bremen Tel.: 0421 3505 206, Fax: 0421 3505 340 E-Mail: info@neuro2016.de
7. – 10.9.2016 in Göttingen Georg-August-University Göttingen, Central Lecture Building, Platz der Göttinger Sieben 5	6th International Conference on Transcranial Brain Stimulation 2016	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Nadia Al-Hamadi/Sylvia Rudolph Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena, Germany Tel.: 3641 3116-315/-356 Fax: 03641 3116-243 E-Mail: tbs@conventus.de www.conventus.de
8. – 10.9.2016 in Wien/Österreich Universität Wien, Universitätsring 1	Borderline Congress 2016	CPO HANSER SERVICE Office Hamburg Zum Ehrenhain 34, 22885 Barsbüttel Tel.: 040 670882-0 E-Mail: borderline2016@cpo-hanser.de www.cpo-hanser.com
8. – 10.9.2016 in Bielefeld Jugendgästehaus und Bildungszentrum Bielefeld gemeinnützige GmbH, Hermann-Kleinewächter- Str. 1	10. Tagung der DTPPP (Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.): Transkulturelle Kompetenz in der Behandlung – Gesundheitsversorgung und Ethik als interdisziplinäre Herausforderung	CE-Management, Mag. Yasmin B. Haunold Scheibenbergstr. 39, A-1180 Wien E-Mail: office@ce-management.com Tel.: 0043 699 10430038, Fax: 0043 1 4784559 Online-Anmeldung: www.ce-management.com
16. – 17.9.2016 im Kloster Eberbach in Eltville am Rhein Kloster-Eberbach-Str. 1, 65341 Eltville am Rhein	„Mapping Alzheimer’s Pathology – from Research to Clinical Application“	Universitätsmedizin Mainz E-Mail: irene.lielieveld@unimedizin-mainz.de Fax: 06131 176690
21. – 24.9.2016 in Mannheim Congress Center Rosengarten, Rosengartenplatz 2	89. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit Fortbildungsakademie „Mensch im Blick – Gehirn im Fokus“	David Friedrich & Antje Herwig-Landry DGN Dienstleistungsgesellschaft mbH Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin Tel. 030 531437930, Fax 030 531437939 E-Mail: kongress@dgn.org
22. – 24.9.2016 in Hamburg Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Medizinhistorisches Museum Hamburg, Martinistr. 52	Joint-Meeting of the German Society for Neuropathology and Neuroanatomy (DGNN) and the Scandinavian Neuropathological Society (SNS) <i>Schwerpunkthemen:</i> Neurodegeneration, Neuroinflammation, Neurooncology, Neuromuscular biology	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Felix Angermüller Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-301 E-Mail: dgnn-conference@conventus.de www.conventus.de
5. – 7.10.2016 in Berlin CityCube, Messedamm 22	EUROSPINE 2016 Jahrestagung der Europäischen Wirbelsäulengesellschaft	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Justus G. Appelt/Nadia Al-Hamadi Carl-Pulfrich-Str. 1, 7745 Jena Tel.: 03641 3116-315 Fax: 03641 3116-243 E-Mail: eurospine@conventus.de www.eurospine2016.eu www.conventus.de



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach;
 Uwe Meier, Grevenbroich; Sabine Köhler, Jena;
 Gereon Nelles, Köln

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Birgit Imdahl
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Holger Marschner
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Rudolf Biedenkapp
Mecklenburg-Vorpommern:
 Ramon Meißner
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 Angehörigen: 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 Biniasch, Ingolstadt
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg;
 Frank Bergmann, Aachen; Greif Sander, Hannover

Referate

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

Geschäftsstelle des BVDN

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

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

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften

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

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkel
Hessen: Thomas Briebach
Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth
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 Biniasch, 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: N. N.
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Egbert Wienforth
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Sabine Köhler
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen



Ich will Mitglied werden!

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

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

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

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet:

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

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

bei der _____ BIC _____

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

Name: _____
 Adresse: _____
 Ort, Datum: _____
 Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband: BADEN-WÜRTTEMBERG						
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband: BAYERN						
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. M. Eder	Regensburg	nein	ÄK	0941 3690	0941 3691115	
Dr. W. Klein	Ebersberg	ja	ÄK	08092 22445		
Dr. Kathrin Krome	Bamberg	ja	ÄK	0951 201404	0951 922014	kathrin.krome@web.de
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. W. Schulte-Mattler	Regensburg	nein	ÄK	0941 944-0	0941 944-5802	
BVDN-Landesverband: BERLIN						
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband: BRANDENBURG						
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband: BREMEN						
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband: HAMBURG						
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
Dr. R. Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040 434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband: HESSEN						
Dr. K. Baumgarten	Gießen	ja	KV	0641 791379	0641 791309	kbaumgarten@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
P. Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband: MECKLENBURG-VORPOMMERN						
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.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. Faglesthaler	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vfrf@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

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

Dr. Gerd Benesch

Bundesallee 95, 12161 Berlin
Tel.: 030 3123783, Fax: -32765024
E-Mail: Dr.G.Benesch@t-online.de

Dr. Ulrike Bennemann

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

Dr. Frank Bergmann

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

Prof. Dr. Peter-Dirk Berlit

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

Dr. Rudolf Biedenkapp

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

Dr. Oliver Biniäsch

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

Dr. Jens Bohlken

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

Dr. Thomas Briebach

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

PD Dr. Elmar W. Busch

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

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Martin Delf

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

Dr. Ulrich Dölle

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

Dr. Reinhard Ehret

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

Dr. Günther Endrass

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

Dr. Peter Franz

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

Dr. Matthias Freidel

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

Dr. Frank Freitag

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

Prof. Dr. Wolfgang Freund

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

Dr. Klaus Gehring

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

Prof. Dr. Christian Gerloff

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

Dr. Heinrich Goossens-Merkt

Hohe Weide 17b, 20259 Hamburg
E-Mail: dr.goossens-merkt@neurologie-hamburg.net

Dr. Holger Grehl

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

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

Dr. Liane Hauk-Westerhoff

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

Dr. Angelika Haus

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

Dr. Annette Haver

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

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Guntram Hinz

Harksheder 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

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

Dr. Norbert Mönter

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

Prof. Dr. Gereon Nelles

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

Dirk Neubert

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

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: -227939
E-Mail: w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim

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

Dr. Greif Sander

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

Rüdiger Saßmannshausen

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

Babette Schmidt

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

Dr. Volker Schmiedel

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

Dr. Michael Schwalbe

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

Dr. Karl-Otto Sigel

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

Dr. Helmut Storz

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

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

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

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch

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

Dr. Gerd Wermke

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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

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

Athene Akademie

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

Cortex GmbH

Gut Neuhof
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)

Schanzenstr. 27, Schlosserei 4
51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95
Mobil: 0173 2867914
E-Mail: info@diqn.de

Fortbildungsakademie

Traubengasse 15, 97072 Würzburg
Tel.: 0931 2055516, Fax: -2055511
E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de
www.akademie-psych-neuro.de
Vorsitzender: Dr. Gunther Carl,
Würzburg

QUANUP e.V.

Verband für Qualitätsentwicklung in Neurologie und Psychiatrie e.V., Gut Neuhof
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
E-Mail: kontakt@quanup.de
www.quanup.de

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

Bundesärztekammer (BÄK)

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

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

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

Fortbildungsakademie der DGN

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

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)

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

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

Vorsitzender: Rolf Radzuweit
Godeshöhe, Waldstr. 2 – 10

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

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

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

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

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

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

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR)

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

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

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

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

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

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

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

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

Rhabanusstr. 3, 55188 Mainz
Tel.: 06131 6938070
Fax: -6938072
E-Mail: mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)

Brücker Mauspfad 601
51109 Köln
Tel.: 0221 842523, Fax: -845442
E-Mail: staeko@vakjp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e.V.

c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel. und Fax: 040 42803 5121
E-Mail: info@dgsuchtmedizin.de
www.dgsuchtmedizin.de/

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. Elmar Etzersdorfer
Furtbachkrankenhaus
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Furtbachstr. 6, 70178 Stuttgart
Tel.: 0711 6465126, Fax: -6465155
E-Mail: etzersdorfer@fbkh.org
www.suizidprophylaxe.de

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), 1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb), Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: -404972, E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

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

Schriftleiter: Dr. med. Gunther Carl (gc) (v.i.S.d.P.), Friedenstr. 7, 97318 Kitzingen, Tel.: 09321 5355, Fax: 09321 8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin

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

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

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leitung Zeitschriften Redaktion: Markus Seidl

Ressortleitung: Dr. rer. nat. Gunter Freese

Redaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szosteck (-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

Herstellung: Ulrike Drechsler (Leitung), Tel.: 06221 4878-662, Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung), Tel.: 06221 4878-104, E-Mail: ulrike.hafner@springer.com

Anzeigenverkauf: Peter Urban (Leitung), Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com
Zur Zeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 18 vom 1.10.2015.

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

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

Bezugspreise: Einzelheft 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 Gebühreinzahlung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, 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



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2014



© DragonImages / iStock / Getty Images / Thinkstock

Vorschau

Ausgabe 7 – 8/2016

August

erscheint am 17. August 2016

Chronotyp und depressive Störung

Die Chronobiologie hat sich zunehmend als eigenständiges Forschungsfeld der klinischen Psychologie und Psychiatrie etabliert. Mittlerweile konnten zahlreiche Studien auch den Zusammenhang zwischen dem Abendtyp und der Entwicklung, der Schwere sowie einem ungünstigen Verlauf depressiver Erkrankung zeigen.

Schulverweigerung

Schulverweigerung wird durch Ängste sowie depressive und psychosomatische Symptome verursacht. Die strategische Jugendlichen-therapie wurde auf ihre Wirksamkeit bei Jugendlichen mit internalisierenden Störungen und Schulverweigerung im teilstationären Setting untersucht.

Neuromuskuläre Erschöpfbarkeit

Bei neuromuskulären Übertragungsstörungen kommt es im Tagesverlauf zu einer fluktuierenden Muskelschwäche mit Zunahme der Symptomatik bei Belastung.