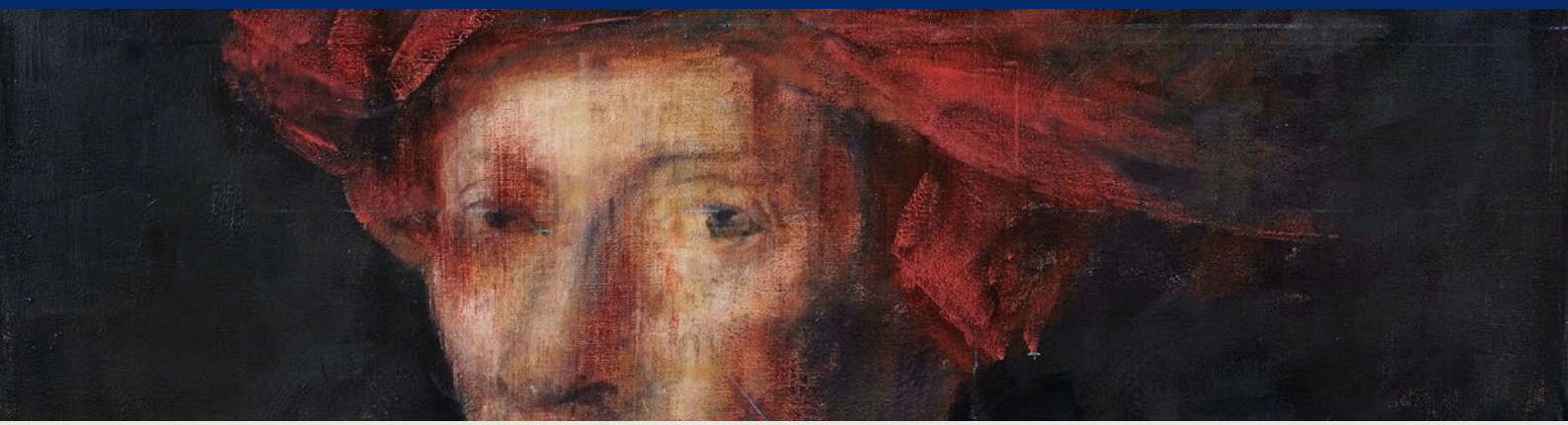
7/8 August 2016 _ 27. Jahrgang_www.BVDN.de

NeuroTransmitter

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



Novelle der Richtlinien-Psychotherapie

Kleine Schritte in die richtige Richtung

Leistungen in Heimen und bei Besuchen

Zwei neue EBM-Kapitel eingeführt

Neurologische Kasuistik

Tinnitus, Kopfschmerz und verdickte Meningen

CME: Depressive Störungen

Die Bedeutung des Chronotyps

NeuroTransmitter-Telegramm 2/2016
Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände:
„Heilmittelversorgung – modifizierte Praxisbesonderheiten ab 2017“

Springer Medizin BVDN BDN BVDP

Hier steht eine Anzeige.

Springer

» Es wurde ‚trendy' die weltweit einmalige pluralistische Vielfalt der stationären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebote als ‚unüberschaubares Labyrinth' zu denunzieren. «

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
Vorsitzender des BVDN

Home Treatment – das virtuelle Bett

Die Arbeit der Psychiatrie-Enquête führte zu größten Umwälzungen und Reformen in der psychiatrischen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland.

Bundestagsdrucksache 7/1124 vom 19. Oktober 1973: „(…) Die überwiegende Zahl psychiatrischer Krankenhausbetten ist in Fach- und Sonderkrankenhäusern untergebracht, die über keine direkte Verbindung zu Krankenhausabteilungen anderer medizinischer Fächer verfügen. (…)." Und weiter: „(…) Die primäre (niedergelassene Ärzte) und sekundäre (Akutkrankenhaus) Ebene der Versorgung psychisch Kranker (…) soll in Versorgungsgebiete eingeteilt werden. (…). Innerhalb eines solchen Standardversorgungsgebietes sollen alle (…) dienenden Personen und Einrichtungen im Sinne eines optimal gegliederten Systems Seelischer Gesundheitsfürsorge zusammenwirken. (…)."

Nach aufrüttelnden Berichten über die Verhältnisse in den damaligen psychiatrischen Anstalten ging der Abbau von Bettenkapazitäten mit einem Ausbau ambulanter Behandlungsstrukturen einher. Aus ehedem 1.000 niedergelassenen Nervenärzten wurden über 6.000 Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie; zudem stehen Behandlungskapazitäten bei mehr als 20.000 ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten zusätzlich zur Verfügung. Ideale Voraussetzungen, um das im Bericht der Psychiatrie-Enquête geforderte „optimal gegliederte Zusammenwirken" der verschiedenen Leistungsanbieter umzusetzen.

Weit gefehlt! Der schon 1973 beklagte Mangel wirksamer Koordination als Voraussetzung für eine „gemeindenahe, bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung in einer pluralistisch organisierten Gesellschaft" besteht auch 2016 mindestens im gleichen Umfang fort und ist nicht zuletzt Ausdruck kompetitiver Marketingstrategien. Unter anderem kämpfen auch Einrichtungen der Gebietskörperschaften sowie konfessionelle Häuser unverhohlen um „Marktanteile" vor allem in der für Krankenhäuser lukrativen ambulanten Versorgung. Das Konzept der „Psychiatrischen Institutsambulanzen" (PIA) wurde bald nach der Enquête politisch verankert und aus dem Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung herausgehalten. Hier hatte die damalige KBV geschlafen! Mittlerweile ist die ambulante Versorgungswelt längst kompetitiv.

Es wurde „trendy" die weltweit einmalige pluralistische Vielfalt der stationären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebote als „unüberschaubares Labyrinth" zu denunzieren. Dabei besteht meist kein wirklicher Veränderungswunsch, dient doch dieses Narrativ den jeweiligen Protagonisten als Legitimation, sich als „rettende Steuerer" zu empfehlen. Das sind mal Kliniken, mal Krankenkassen, gerne auch gemeindepsychiatrische Strukturen. Mit der aktuell geplanten Legitimierung der Krankenhäuser für das „Home Treatment" (stationsäquivalente psychiatrische Behandlung) schafft der Gesetzgeber jetzt einen weiteren ambulanten Behandlungsstrang neben der vertragsärztlichen Versorgung und bewusst auch unabhängig von der Struktur der PIA, mit der Krankenhäuser bereits jetzt zur Erbringung ambulanter Komplexleistungen zugelassen sind. Zielführend wäre jedoch vielmehr die Einführung einer „Sektorübergreifenden psychiatrischen Versorgung im häuslichen Umfeld". Home Treatment alleine durch Krankenhäuser wird hingegen die Schnittstellenprobleme zum vertragsärztlichen Versorgungsbereich weiter vergrößern. Während zum Beispiel im Bereich der Onkologie in den letzten Jahren sehr kluge kooperative Versorgungsstrukturen geschaffen wurden, sind die aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie erschreckend rückwärtsgewandt.

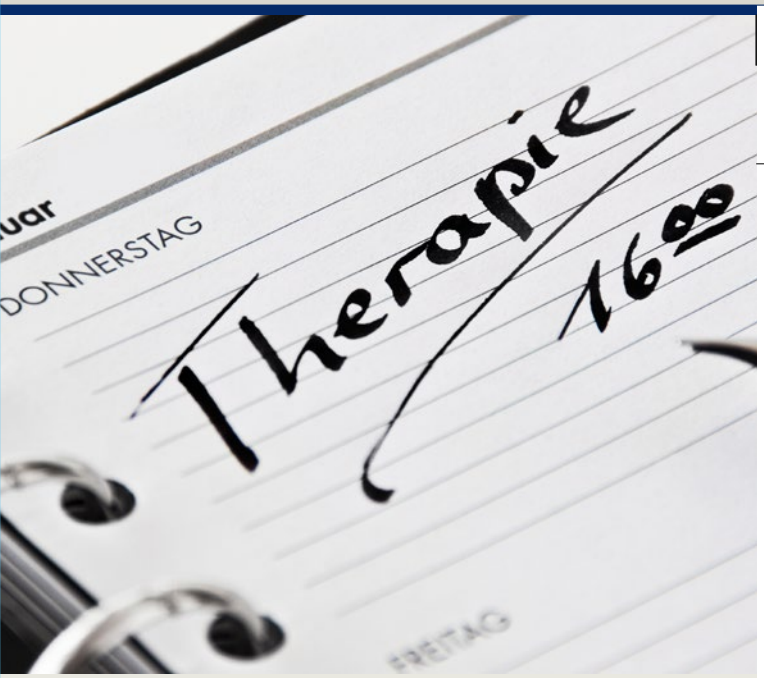
„Krankenhausbehandlung zu Hause": bizarre Erklärungsversuche auch im Rahmen des Anhörungsverfahrens im BMG. Einwände der Angehörigenvertretung, dass man besorgt sei angesichts der Verantwortung, die den Angehörigen schwer Erkrankter bei einem Home Treatment aufgebürdet würde, wurden durch einen Kliniklobbyisten heiter pariert: „Keine Sorge, wir machen das schon." – Autsch!

Übrigens: Erst im Zusammenhang mit antizipierten finanziellen Verlusten im Rahmen der geplanten Einführung des „Pauschalierten Entgeltsystems für Psychiatrische Einrichtungen" (PEPP) entdeckten die Vertreter des stationären Versorgungssektor das Home Treatment als eine mögliche Strategie. Da müssen wohl – jenseits aller Partizipationsutopien – Kritik und Bedenken schon einmal zurückstehen. *Honi soit qui mal y pense.*

Die Stellungnahme des Spitzenverbandes ZNS zum Home Treatment finden Sie auf Seite 12.

Hier steht eine Anzeige.

Springer



8 Novelle der Richtlinien-Psychotherapie

Die vom Gesetzgeber geforderte Reform der Richtlinien-Psychotherapie hat der G-BA nun fristgerecht beschlossen. Dem Ziel des niederschwelligeren Zugangs zur Psychotherapie kommt man so einen kleinen Schritt näher. Menschen mit langfristig verlaufenden oder chronischen psychischen Störungen werden davon jedoch kaum profitieren.

17 Zwei neue EBM-Kapitel eingeführt

Mit Wirkung zum 1. Juli hat der Bewertungsausschuss die beiden neuen EBM-Kapitel 37 und 38 beschlossen. Hierbei handelt es sich um delegierbare Leistungen in Pflegeheimen und bei Hausbesuchen sowie um haus- und fachärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen bei Patienten in Pflegeheimen.

Hinweis

Auf Seite 60 finden Sie „Pharmawissen aktuell“ mit dem Beitrag „Erhaltungstherapie bei Schizophrenie / Langanhaltende klinische Stabilität unter Aripiprazol-Depot“.

Titelbild (Ausschnitt): „7_12 (Bildnis eines Mannes mit rotem Turban)“ von Jochen Plogsties, Öl auf Leinwand, 2012

Inhalt 7/8

August 2016

3 **Editorial**
Home Treatment – das virtuelle Bett
Frank Bergmann, Aachen

Die Verbände informieren

8 **Novelle der Richtlinien-Psychotherapie**
Kleine Schritte in die richtige Richtung – und ein Wermutstropfen
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

10 **Psychische Erkrankungen zwischen Jugend- und Erwachsenenalter**
Das Scheitern und Gelingen von Übergängen
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

12 **Dringend gebotene Änderungen …**
Stellungnahme zum Referentenentwurf PsychVVG
Frank Bergmann, Aachen

14 **„Psychische Gesundheit und gelingende Integration – wie schaffen wir das?“**
Bericht vom Symposium der STÄKO im Juli in Berlin
Christa Roth-Sackenheim, Andernach

16 **Förderung der Weiterbildung in Neurologie und Psychiatrie dringend notwendig**
Spitzenverband ZNS

17 **Zwei neue EBM-Kapitel auch für unsere Fachgruppen eingeführt**
Leistungen in Pflegeheimen sowie bei Heim- und Hausbesuchen
Gunther Carl, Kitzingen

21 **Ärztliche Selbstverwaltung: Quo vadis KV?**
Frank Bergmann, Aachen

23 **„Von der Lust, ein Neurologe zu sein“**
BVDN-Award für PD Dr. Dr. Paul Reuther
Frank Bergmann, Aachen

Rund um den Beruf

24 **Nachhaltigkeit durch Stärkung des psychischen Wohlbefindens**
Umweltpsychologie und Psychotherapie
Andreas Meißner, München

28 **NeuroTransmitter-Umfrage zur Demenzversorgung: Bitte machen Sie erneut (oder erstmals) mit!**
Redaktion

28 **Große Allianz zur psychischen Versorgung**
Spitzenverband ZNS

30 **Serie Praxisproblem: Praxisausfall absichern**
Gunther Carl, Kitzingen

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Hier steht eine Anzeige.

Springer

44 Chronotyp und depressive Störungen

Die Chronobiologie betrachtet zeitabhängige Verläufe physiologischer Prozesse und deren Verhaltenskorrelate sowie die Anpassung an äußere Gegebenheiten. Das größte Risiko für gesundheitliche, somatische und psychische Störungen sind deutliche Diskrepanzen zwischen der endogenen zirkadianen Präferenz (Chronotyp) und äußeren sozialen oder physikalischen Rhythmen.

Wie Sie uns erreichen

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

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

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

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

BVDN BDN BVDP

Fortbildung

32 **Internalisierende Störungen und Schulverweigerung**
Wenn gesellschaftliche Positionierung im Jugendalter zu scheitern droht
Florian Sedlacek, Fürstenfeldbruck, Annette Jasmin Richter-Benedikt, München, Serge K. D. Sulz, Eichstätt

38 **Tinnitus, Kopfschmerz und verdickte Meningen**
Neurologische Kasuistik
Peter Franz, München

44 **Zirkadianer Rhythmus und affektive Störungen**
Die Bedeutung des Chronotyps für depressive Störungen
Anja Haag, Bernd Kundermann, Nicole Cabanel, Christiane Olschinski, Matthias J. Müller, Marburg, Gießen

51 **CME-Fragebogen**

Journal

62 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Eisenbahntrauma
Richard Flanagans Roman „Der schmale Pfad durchs Hinterland“
Gerhard Köpf, München

66 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Protokoll des Gesehenen
Werke des Leipziger Künstlers Jochen Plogsties
Angelika Otto, München

37 **Kleinanzeigen**
56 **Pharmaforum**
68 **Termine**
70 **Verbandsservice**
75 **Impressum/Vorschau**

Novelle der Richtlinien-Psychotherapie

Kleine Schritte in die richtige Richtung – und ein Wermutstropfen

Der G-BA hat die vom Gesetzgeber geforderte Reform der Richtlinien-Psychotherapie im Sinne einer Flexibilisierung und Vereinfachung fristgerecht beschlossen. Dadurch kommt man dem Ziel des niederschwelligeren Zugangs zur Psychotherapie einen kleinen Schritt näher. Als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im BVDP glauben wir jedoch nicht, dass Menschen mit langfristig verlaufenden oder chronischen psychischen Störungen erheblich davon profitieren werden. Die Zweiteilung der KZT ist ein dicker Wermutstropfen.

Am 16. Juni 2016 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die vom Gesetzgeber im GKV-VSG geforderte Reform der Richtlinien-Psychotherapie fristgerecht beschlossen. Wenn das Bundesministerium für Gesundheit keine Beanstandung vornimmt – wovon auszugehen ist – werden die Änderungen nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten. Sie werden jedoch erst voraussichtlich zum zweiten Quartal 2017 Anwendung finden können, da zur Umsetzung für die neuen Leistungen im EBM noch Regelungen und Bewertungen durch den Bewertungsausschuss getroffen werden müssen.

Die Reform umfasst mehrere Punkte:

1. Schaffung einer psychotherapeutischen Sprechstunde
2. Schaffung einer psychotherapeutischen Akutbehandlung
3. Zweiteilung der Beantragung der Kurzzeittherapie
4. Schaffung einer psychotherapeutischen Rezidivprophylaxe
5. Stärkung der Gruppentherapie, Kombinierbarkeit von Einzel- und Gruppentherapie
6. Vereinfachung der Begutachtung, Kontingentschritte, Regelung für die Qualifikation von Gutachtern
7. Dokumentationsbögen

Die Reform im Detail

1. Psychotherapeutische Sprechstunde: Die psychotherapeutische Sprechstunde soll zeitnah einen niedrigschwelligen Zugang der Patientin oder des Patienten zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen und dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind."

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist für den Patienten ein obligater Zugangsweg zur Richtlinien-Psychotherapie. Der Psychotherapeut hat die Wahl, ob er psychotherapeutische Sprechstunden grundsätzlich anbietet oder nicht.

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist gegenüber der Krankenkasse nicht anzeige- und nicht antragspflichtig und kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden; bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens zehnmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten).

2. Psychotherapeutische Akutbehandlung: Die psychotherapeutische Akutbehandlung soll bei Vorliegen von rasch behandlungsbedürftigen Symptomen eine zeitnahe psychotherapeutische Krisenintervention im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde ermöglichen. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist Bestandteil der Richtlinien-Psychotherapie, sie kann jedoch ohne Ableistung von probatorischen Sitzungen direkt nach der psychotherapeutischen Sprechstunde begonnen werden. Soll danach eine Kurz- oder Langzeittherapie (KZT/LZT) beginnen, werden die erbrachten psychotherapeu-

Die KZT-Sitzung ist auch weiterhin in 25-Minuten-Sitzungen teilbar, aber auch Doppelstunden in Verhaltenstherapie und tiefenpsychologischer Psychotherapie (neu) sind möglich.

© PhotoSG / Fotolia.com

tischen Akuttherapiestunden auf deren Kontingent angerechnet. Zudem sind dann vor dem Start der KZT oder LZT nach der psychotherapeutischen Akuttherapie mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen möglich.

Eine psychotherapeutische Akutbehandlung erfolgt als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24-mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) und ist gegenüber der Krankenkasse lediglich anzeigepflichtig. Die antragspflichtige Psychotherapie steht bekanntlich unter dem Schutz der BSG-Rechtsprechung, was zu festen Punktwerten führt. Inwieweit dies auf die nicht antrags- aber anzeigepflichtige Akut-Psychotherapie übertragen werden kann, ist unter Juristen umstritten.

3. Kurzzeittherapie (KZT): Die KZT ist weiterhin antrags- und genehmigungspflichtig, aber nicht mehr gutachterpflichtig. Wird in der (obligaten) psychotherapeutischen Sprechstunde die Indikation für eine KZT gestellt, sind zunächst mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen durchzuführen. Danach folgen zwei mögliche Kontingentschritte von je zwölf Sitzungen, die nacheinander zu beantragen sind. Diese Zweiteilung der KZT war ein wichtiges Anliegen des Spitzenverbandes der Krankenkassen, da nach deren Angaben 50 % der bisher genehmigten KZT nach zwölf Sitzungen abgeschlossen seien. Die Verbände haben das scharf kritisiert und das BMG hierzu um Beanstandung gebeten. Leistungen der psychotherapeutischen Akuttherapie werden auf das Kontingent der KZT angerechnet.

Nach der KZT wird weiterhin die Umwandlung in LZT sowie ein direkter Zugang zur antrags- und gutachterpflichtigen LZT nach Sprechstunde und probatorischen Sitzungen möglich sein. Die KZT-Sitzung ist nach wie vor in 25-Minuten-Sitzungen teilbar, aber auch Doppelstunden in Verhaltenstherapie und tiefenpsychologischer Psychotherapie (neu) sind möglich.

4. Psychotherapeutische Rezidivprophylaxe: Zwischen acht und 16 Stunden der bewilligten Sitzungen einer LZT (je nach vorheriger Dauer) können zum Ende einer Therapie als psychotherapeutische Rezidivprophylaxe verwendet werden. Die bisherige Regelung, dass die Therapie als beendet galt, wenn zwei Quartale keine psychotherapeutische Leistung mehr erbracht wurde, fällt weg. Die Leistungen der psychotherapeutischen Rezidivprophylaxe können innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der LZT erbracht werden. Die psychotherapeutische Rezidivprophylaxe muss bereits im Antrag an den Gutachter begründet werden.

5. Gruppentherapie, Kombinierbarkeit: Alle drei Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, analytische und tiefenpsychologische Psychotherapie) können als Einzeltherapie, als Gruppentherapie und als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie erbracht werden. Als Gesamtkontingent wird die Stundenzahl des ursprünglich beantragten Bewilligungsschritts gezählt. Dabei wird eine Stunde Einzeltherapie und eine Doppelstunde Gruppentherapie gleichwertig gezählt. Die Kombination ist im Antrag zu begründen. Bei der Kombination ist die Einzel- und die Gruppentherapie nicht zwingend vom selben Therapeuten zu erbringen. Probatorische Sitzungen können jedoch nur als Einzel-, nicht als Gruppentherapie erbracht werden.

6. Vereinfachung Gutachterverfahren, Kontingentschritte Langzeittherapie (LZT): Die KZT bleibt antrags- und genehmigungspflichtig, aber die Gutachterpflicht für KZT entfällt. Die Krankenkasse entscheidet über den Antrag auf KZT innerhalb von drei Wochen. Ist diese dazu innerhalb dieser Frist nicht in der Lage, gilt der Antrag als genehmigt („Genehmigungsfiktion"). Bei Fortführungsanträgen in der LZT kann die Krankenkasse entscheiden, ob sie einen Gutachter einschaltet oder nicht.

Es wird künftig eigene Gutachter nur für die tiefenpsychologische Psychotherapie geben, die nicht mehr die Doppelqualifikation für tiefenpsychologische Psychotherapie und analytische Psychotherapie nachweisen müssen.

Kontingentschritte (Wegfall eines antragspflichtigen Kontingentschrittes bei allen Verfahren in der LZT):

- Verhaltenstherapie bei Erwachsenen: Erster Bewilligungsschritt bis 60 Sitzungen, Höchstgrenze 80 Sitzungen (Einzel- und Gruppentherapie)
- Tiefenpsychologische Psychotherapie bei Erwachsenen: Erster Bewilligungsschritt bis 60 Sitzungen, (Einzel- und Gruppentherapie), Höchstgrenze 100 (Einzeltherapie) und 80 Sitzungen (Gruppentherapie)
- Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen: Erster Bewilligungsschritt 160 Sitzungen bei Einzeltherapie, bis 80 Doppelstunden bei Gruppentherapie, Höchstgrenze 300 Sitzungen bei Einzeltherapie, 150 Doppelsitzungen bei Gruppentherapie
- Bei Kindern und Jugendlichen gelten abhängig vom Verfahren abweichende Bewilligungsschritte/Höchstgrenzen.

7. Dokumentation: Die Dokumentation wird künftig bestimmten Standards folgen. Die Dokumentationsbögen sind in der Patientenakte abzulegen.

Die Sicht der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Dem Ziel des niederschwelligeren Zugangs zur Psychotherapie kommt man durch die Reform auf dem Papier einen kleinen Schritt näher. Die Kollegen der psychologischen und ärztlichen Psychotherapie können erstmals das Instrument der psychotherapeutischen Sprechstunde nutzen. Es bestehen hier aber bedeutende strukturelle Unterschiede zur psychiatrischen beziehungsweise ärztlichen Sprechstunde allgemein. Diese Unterschiede machen es zum jetzigen Zeitpunkt schwer einschätzbar, ob das Instrument der psychotherapeutischen Sprechstunde tatsächlich den Erfolg kürzerer Wartezeiten bringen wird, den sich die Politik erhofft hat. Letztlich wird entscheidend sein, ob die zu erwartende Vergütung, die langfristig wohl nicht (wie die Antragspsychotherapie) nach festen Punktwerten berechnet wird, ein ausreichender Anreiz ist, die psychotherapeutische Sprechstunde zu einem wirksamen Instrument der psychotherapeutischen Versorgung werden zu lassen. Andererseits gehen durch neue psychotherapeutische Sprechstundenangebote bisher geleistete Psychotherapiesitzungen verloren, da nicht anzunehmen

ist, dass die rein psychotherapeutisch tätigen Kollegen zusätzliche Arbeitszeit für die psychotherapeutische Sprechstunde zur Verfügung stellen werden.

Die lediglich anzeigepflichtige psychotherapeutische Akuttherapie könnte ein interessantes Instrument für die Behandlung von Menschen in akuten psychischen Krisen auch für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie werden, insbesondere in KVen, in denen sich Psychiater noch mit Regelleistungsvolumina herumschlagen müssen. Aber auch hier wird die Akzeptanz entscheidend von der Vergütung abhängen. In Selektivverträgen, in denen Vergütungsanreize für Formen der psychotherapeutischen Akuttherapie gegeben sind, scheint das durchaus gut zu funktionieren. Die Tatsache der Anzeigepflicht der psychotherapeutischen Akuttherapie im Gegensatz zur Antrags- und Genehmigungspflicht, die als Grundpfeiler für die BSG-Rechtsprechung gilt, birgt die Gefahr, dass die psychotherapeutische Akuttherapie möglicherweise nicht unter die Bedingungen der festen Vergütung je Zeiteinheit fallen wird. Die Entscheidung hierüber fällt allerdings nicht im G-BA, sondern im Bewertungsausschuss und eventuell in einigen Jahren beim BSG.

Die neue psychotherapeutische Rezidivprophylaxe ist dadurch, dass sie Bestandteil des bewilligten Kontingentes sein wird, sicher kein Durchbruch in der künftigen Versorgung. Letztlich ist es aber gern gesehen, dass der Baustein Rezidivprophylaxe grundsätzlich in der Richtlinien-Psychotherapie verankert wurde. Ob die Gruppentherapie durch die geplante bessere Kombinierbarkeit mit der Einzeltherapie wesentlich gefördert werden wird, bleibt abzuwarten.

Der beabsichtigte Bürokratieabbau ist sicher nur teilweise gelungen. Dem Wegfall eines antrags- und gutachterpflichtigen Schrittes steht die Zweizeitigkeit der KZT mit der Notwendigkeit eines zusätzlichen (nicht gutachterpflichtigen) Antrags nach der zwölften Sitzung gegenüber.

Letztlich ist die Reform der Richtlinien-Psychotherapie im Sinne einer Flexibilisierung und Vereinfachung zu begrüßen. Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie macht das aber nicht glaubhaft, dass Menschen mit langfristig verlaufenden oder chronischen psychischen Störungen erheblich davon profitieren. Es besteht die Sorge, dass die Kapazitäten der Psychotherapeuten-Kollegen durch psychotherapeutische Sprechstunden zulasten der bisher geleisteten Psychotherapiestunden in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig wird im berufspolitischen Umfeld energisch betont, dass die psychotherapeutische Sprechstunde nicht gleichzusetzen ist mit der strukturell wesentlich aufwendigeren psychiatrischen beziehungsweise nervenärztlichen Sprechstunde, die auch gleichzeitig die psychiatrisch-somatische Abklärung mit hoher Morbidität enthält und einen wesentlich höheren wirtschaftlichen Praxisaufwand voraussetzt.

Über die Umsetzungsschritte der Reform wird weiter zeitnah berichtet. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Psychische Erkrankungen zwischen Jugend- und Erwachsenenalter

Das Scheitern und Gelingen von Übergängen

DGPPN und DGKJPP hatten in den letzten Jahren parallel zum BVDP den hohen Stellenwert des Versorgungsthemas „Transition von der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie in die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie" für sich entdeckt. Auch bei ihrem gemeinsamen Hauptstadtsymposium am 23. Juni 2016 drehten sich alle Beiträge um diese Thematik.

Das Symposium stellte die Frage nach der optimalen Gestaltung des Übergangs von einer kindes- und jugendzentrierten hin zu einer erwachsenenorientierten Versorgung und einer passgenauen Unterstützung der Heranwachsenden bei der Lösung damit verbundener Schwierigkeiten.

Zu jedem der fünf Themen (s. Programmübersicht rechts) sprach jeweils ein Redner-Tandem aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie. Letztlich waren alle wissenschaftlichen Themen hervorragend geeignet, die besondere Vulnerabilität von betroffenen Personen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren und die negativen Auswirkungen durch Behandlungsübergänge und eventuell auch -brüche zu zeigen.

Insbesondere in der Weiterverfolgung von Patientenwegen aus der Psychosen-Früherkennungsambulanz im Jugendal-

ter zeigt sich, dass es einen mehrjährigen Zeitraum zwischen dem Vorliegen von Frühsymptomen und der tatsächlichen Manifestation einer Psychose im Alter von ungefähr Mitte bis Ende 20 gibt, in dem die Betroffenen auf dem „Radar" der Gesundheitsversorgung verschwinden.

Diskussion zwischen Medizinern und Politikern

Vertieft und beleuchtet wurden die Themen in der anschließenden moderierten Podiumsdiskussion mit Gästen aus Medizin und Politik. Betroffenenvertreter forderten eine bessere Information und Angebotstransparenz, sahen aber auch die Gefahr einer zu langen „Bewahrung" im Status des Nicht-Erwachsenwerdens. Als eine bürokratische Hürde wurde die Verortung von Jugend- und Eingliederungshilfe im Erwachsenenalter in verschiedene Sozialgesetzbücher (SGB VIII bzw. SGB XII) festgestellt.

Auch die Forderungen der Verbände BVDN, BDN und BVDP wurden – wie schon an vielen Stellen erfolgt – erneut vorgestellt:

- Bessere Vernetzung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
- Transitionsmanagement, möglichst beginnend im Alter von 17 Jahren mit einer Parallelbehandlung von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Bessere Verankerung in der WBO
- Bessere Vergütung der komplexen Diagnostik
- Entbürokratisierung der BTM-Verordnung

© pressmaster / Fotolia.com (Bearbeitung: CREST)

Rückblick Programm 22. Hauptstadtsymposium DGPPN und DGKJP, 23. Juni 2016 in Berlin

Situationsanalyse: Entwicklung der Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie
Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Prof. Dr. Harald J. Freyberger, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Greifswald

Schizophrenie und Früherkennung
Prof. Dr. Anne Karow, Oberärztin Adoleszentenbereich PA1, Früherkennungsambulanz für Psychische Störungen (FePS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Franz Resch, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Heidelberg

ADHS
Prof. Dr. Alexandra Philipsen, Klinikdirektorin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften in der Karl-Jaspers-Klinik, Oldenburg
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Präsident DGKJP und Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Selbstverletzendes Verhalten und Borderline Störung
Dr. Paul Plener, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Prof. Dr. Christian Schmahl, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Flüchtlinge und Trauma
PD Dr. Meryam Schouler-Ocak, Leiterin DGPPN-Referat „Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration", Berlin
Prof. Dr. Michael Kölch, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP), Ruppiner Kliniken, Hochschulklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

Gäste der Diskussionsrunde
Dr. Dirk Bange, Leiter der Abteilung Familie und Kindertagesbetreuung in der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI)
Hans-Dieter Nolting, Geschäftsführer und Bereichsleiter Qualität-Evaluation-Reporting, Arbeitswelt & Demografie, Empirische Sozial- & Marktforschung des IGES Instituts, Berlin
Dr. Christa Roth-Sackenheim, DGPPN-Vorstandsmitglied, niedergelassene Ärztin, Andernach
Dr. Thomas Stracke, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
Dr. Johannes Streif, 2. Vorsitzender des ADHS Deutschland e. V., Berlin
Katrin Zeddies, Standortleitung Berlin von Grenzgänger e. V., Betroffene und Rehabilitationspsychologin (B.Sc.)

Einige Modellprojekte und Projekte der integrierten Versorgung haben offenbar gute Ergebnisse gezeigt, wie sie insbesondere von den an der Podiumsdiskussion teilnehmenden Gästen aus Berlin und Hamburg angesprochen wurden.

Deutlich wurde wieder einmal, dass die Sozialpsychiatrieverordnung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein hervorragendes Instrument der Komplexversorgung darstellt. Im vertragsärztlichen Bereich können Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ihre Patienten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres behandeln. Dies stellt sich in den Kliniken und Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie anders dar, sie müssen die Patienten mit Erreichen des 18. Lebensjahres abgeben. Bis zu einer gemeinsam gedachten Behandlungsplanung ist es jedoch noch ein weiter Weg.

Die Veranstaltung war mit 170 Teilnehmern aus Klinik und Praxis sehr gut besucht, was die Versorgungsrelevanz des Themas eindrucksvoll belegt. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

SPIZ SPITZEN VERBAND ZNS

Stellungnahme zum Referentenentwurf PsychVVG

Dringend gebotene Änderungen …

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Entwurf eines Gesetzes zur „Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen" (PsychVVG) vorgelegt. Der Spitzenverband ZNS – SPiZ – sieht Änderungsbedarf insbesondere im Bereich des geplanten „Home Treatment". Nachfolgend im originalen Wortlaut abgedruckt der Brief des SPiZ-Vorstands Dr. Frank Bergmann an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe!

Die dem Spitzenverband ZNS angeschlossenen Verbände begrüßen grundsätzlich die Überlegungen zur Weiterentwicklung der stationären Versorgung und der Vergütung für stationäre psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Wir möchten auf einige aus unserer Sicht dringend gebotene Änderungen aufmerksam machen, die es möglich machen würden, das erklärte Ziel zu erreichen, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern.

Der Spitzenverband ZNS lehnt eine rein sektorale Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser im Interesse einer patientenorientierten Versorgung ab.

Die Teilnahme stationärer Einrichtungen an der ambulanten Versorgung wurde durch den Gesetzgeber bislang insbesondere durch die Regelungen des § 118 Abs. 1 und 2 ermöglicht, ferner u. a. durch Hochschulambulanzen. Die im PsychVVG skizzierte Möglichkeit stationsersetzender Leistungen durch Home Treatment (SGB V, § 39, Abs. 1, § 115 d) soll nun möglich sein „in geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen Wohnortnähe sachgerecht ist". Es ist hier aus Sicht des Spitzenverbandes ZNS eine weitere Präzisierung erforderlich. Die wohnortnahe ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen erfolgt zum ganz überwiegenden Teil durch vertragsärztlich tätige Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte, Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

Insbesondere im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung hat sich die Struktur der Sozialpsychiatrievereinbarung als Möglichkeit einer Komplexbehandlung in besonderer Weise bewährt. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie wurde diese bewährte Struktur noch nicht etabliert und wartet auf eine Übertragung.

Insofern Home Treatment jetzt als eine Möglichkeit angesehen wird, Hospitalisierung zu vermeiden und Patienten in ihrem Wohnumfeld ambulant mit Komplextherapie zu behandeln, ist dies im Sinne der Patienten und einer Verbesserung der Versorgung durchaus zu begrüßen. Der Spitzenverband ZNS fordert allerdings, hier eine Einbeziehung des vertragsärztlichen Sektors, um für diese Behandlungsform Kooperationen zu ermöglichen, aber auch, um den Übergang von der Versorgung durch den stationären Sektor in den vertragsärztlichen Sektor durch eine Definition und Strukturierung der Schnittstelle besser zu ermöglichen.

Vertragsärzte und Psychotherapeuten haben bereits für den Erwachsenenbereich ein Versorgungskonzept entwickelt, das neben der Klärung der erforderlichen Qualifikation verbindliche Regelungen zur Kooperation und zeitnahen Überweisungen sowie patientenorientierte Steuerung im lokalen Verbund vorsieht. Der Spitzenverband ZNS fordert daher den Gesetzgeber auf, alle maßgeblichen Akteure der Selbstverwaltung mit der zeitnahen Entwicklung eines entsprechenden sektorenübergreifenden Versorgungsauftrages – unter Einschluss des Home Treatments – zu beauftragen.

Für die Regelungen zum Home Treatment in § 115 d des PsychVVG bedeutet dies, dass Versorgung im häuslichen Umfeld obligatorisch die Kooperation zwischen einem Krankenhaus und Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten zur Voraussetzung haben sollte. Auch z. B. in der ambulanten spezialärztlichen onkologischen Versorgung sind derartige Regelungen aus gutem Grund bereits vorgesehen.

In der Versorgung muss durch die Leistungserbringer sichergestellt werden, dass erforderliche multiprofessionelle Teams und die nötigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung zur Verfügung stehen.

Schriftliche Vereinbarungen zwischen den zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften einerseits und psychiatrischen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung oder Allgemeinkrankenhäusern mit selbstständigen fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung andererseits, können die erforderlichen Voraussetzungen (§ 115 d, 2) zur Erbringung sektorenübergreifender psychiatrischer Leistungen sicherstellen. Dazu ist eine vertragliche Einbindung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Abschluss der nötigen Vereinbarungen und Verträge, z. B. zu den Anforderungen an die Dokumentation, den Vorgaben zur Qualität und Leistungserbringung, erforderlich.

Für weitere Erläuterungen stehen wir gern zeitnah zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Frank Bergmann

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Symposium der STÄKO

„Psychische Gesundheit und gelingende Integration – wie schaffen wir das?“

Deutschland als Staat und Gesellschaft und damit auch das Gesundheitssystem wurden durch Zustrom von mehr als einer Million Asylbegehrender im letzten Jahr vor enorme Herausforderungen gestellt. Die STÄKO organisierte am 9. Juli 2016 in Berlin ein Symposium um bestehende Untersuchungen und Erfahrungen zusammenzutragen und künftige Handlungskonsequenzen abzuleiten.

Die in der Ständigen Konferenz Ärztlicher Psychotherapeutischer Verbände (STÄKO) zusammengeschlossenen Gesellschaften und Berufsverbände haben gemeinsam mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg diese Veranstaltung konzipiert. Die Begrüßung übernahm Dr. U. Clever, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Er ist zudem im Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) verantwortlich für den Themenbereich der psychischen Störungen und zusätzlich Menschenrechtsbeauftragter der BÄK.

In den einleitenden Grußworten der Präsidenten der beteiligten Fachgesellschaften, Dr. Iris Hauth, Präsidentin der DGPPN, Professor Johannes Kruse, Präsident der DGPM, Professor Banaschewski, Präsident der DGKJPP, wurde übereinstimmend sehr deutlich, wie wichtig es ist, hier gemeinsam als Verbände auf die Politik zuzugehen. Bei weitem handele es sich bei Flüchtlingen und Asylbegehrenden nicht regelhaft um das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sondern man habe es mit einer Vielfalt von psychischen Störungen zu tun.

© Jonathan Stutz / Fotolia.com

Die Art der Willkommenskultur hat Auswirkungen auf die Entwicklung von psychischen Störungen.

Die Art der Willkommenskultur hat Auswirkungen auf die Entwicklung von psychischen Störungen. Bei einer Unterbringung in Form einer Kasernierung sind es 60 %, andere Integrationsformen zeigen zu 20 % in der Folge die Entwicklung von psychischen Störungen bei den Betroffenen. 30 % der Flüchtlinge sind Kinder, davon 60 % jünger als 14 Jahre.

Das Asylpaket II wurde insbesondere kritisiert wegen des Ausschlusses der PTSD als Diagnose für die Begründung einer Abschiebung. Auf die UN-Kinderrechtskonvention mit den besonderen Rechten unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge wurde hingewiesen, nicht ohne zu kritisieren, dass die Kinder, die mit ihren Familien kommen, dagegen deutlich weniger geschützt und unterstützt werden.

Im Folgenden werden einige Kernaussagen aus den sechs Vorträgen des Symposiumprogramms referiert.

Warten auf Asyl

In seinem Vortrag „Warten auf Asyl – psychische Störungen bei Asylbewerbern in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern“ stellte Professor Günter Niklewski, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Nürnberg, ein Projekt des Bayerischen Staatsministeriums zur nachhaltigen Einrichtung eines Unterstützernetzwerkes vor. Man habe kein therapeutisches Angebot machen wollen, das Ziel sei das Erheben von Daten gewesen, berichtete Niklewski. Bereits vor der Flüchtlingswelle in 2015 wurde eine Gutachterstelle eingerichtet. Etwa 7.000 Menschen wurden in 15 Monaten in einer Erstaufnahmeeinrichtung aufgenommen, verwertbare Daten konnten von 300 Menschen erhoben werden.

Der Zeitaufwand für die mit Dolmetschern durchzuführenden Untersuchungen wurde vollkommen unterschätzt, räumte Niklewski ein. Auch die häufige Verlegung von Asylbegehrenden in andere Einrichtungen und dadurch ihr „Verschwinden“ habe die Verstetigung eines Angebots unmöglich gemacht. Die Art der Unterbringung und die Dauer bis zur Entscheidung über den Asylantrag habe eine „institutionelle Verwahrlosung“ bei den Asylbegehrenden erzeugt.

Festgestellt wurden überwiegend F3- und F4-Diagnosen, in erheblichem Umfang auch Schlafstörungen. Häufiger Vorstellungsgrund war aggressives Fehlverhalten von Männern. Zudem kamen Menschen mit seltenen Erkrankungen, die man in Deutschland seit Jahren aus verschiedenen Gründen (z. B. Beendigung einer Schwangerschaft bei Fehlbildungen) fast nicht mehr erlebe. Niklewski betonte, das Stellen einer Diagnose sei nicht gleichzusetzen mit Behandlungsbedarf. Für ihn zeigte sich deutlich, dass die Frauen die größere Belastung haben: „Sie haben das Leben für alle organisiert,

(...) die Männer haben geraucht und sich geprügelt", so Niklewski lapidar.

Das Ziel des Aufbaus eines Therapeutennetzwerks wurde nicht erreicht, die Versorgung laufe insbesondere durch engagierte vertragsärztlich tätige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und die Psychiatrische Institutsambulanz.

Sprachmittler

Über die „Dolmetschergestützte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge in der Tagesklinik" berichtete Dr. Ferdinand Haenel, leitender Arzt der Tagesklinik des Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin (www.bzfo.de) in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik Campus Mitte der Charite (Professor Andreas Heinz).

Die Forderungen nach ausreichend Sprachmittlern ist in allen Positionspapieren der entsprechenden Verbände und Gesellschaften enthalten. Dass damit aber noch nicht alle Probleme gelöst sind, brachte Haenel mit dem Satz „Dolmetscher sind Bezugspersonen, keine Übersetzungsmaschinen" auf den Punkt. Insofern brauche es am Behandlungsort vorgehaltene Expertise zur Begleitung/Coaching der Dolmetscher, um die Beziehungstriade möglichst symmetrisch zu halten. Regelmäßige Entlastungsgespräche mit Dolmetschern seien genauso notwendig wie externe Supervision und Konfliktmanagement. Häufige Wechsel des Dolmetschers seien zu vermeiden. Das Abstinenzgebot in der Beziehungstriade gelte auch für Dolmetscher.

Haenel verwies darauf, dass in der Tagesklinik auch eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie mit Dolmetschern möglich sei.

Trauma, Flucht, psychische Belastungen

Der Vortrag von Professor Jan I. Kizilhan, Duale Hochschule Villingen-Schwenningen, war besonders berührend. Er ist selbst Jeside und inzwischen weltweit bekannt für das Projekt „Sonderkontingent Nordirak Baden-Württemberg", bei dem jesidische Mädchen und Frauen, die Opfer von Gräueltaten des „Islamischen Staates" (IS) wurden, nach vorheriger Diagnosestellung vor Ort aus den Flüchtlingslagern zur Therapie nach Baden-Württemberg geholt wurden. Kizilhan identifizierte den IS als faschistische islamistische Ideologie, der derzeit weiterhin Genozid an religiösen Minderheiten der Jesiden und orientalischen Christen verübe, Gräueltaten begehe und Kindersoldaten ausbilde. Er zeigte viele Parallelen unter anderem zur nationalsozialistischen Ideologie auf. Kizilhan stellte sich zudem der häufig geäußerten Kritik nicht zuletzt auch von der UN, seine Organisation entwurzele die Frauen, indem sie einfach aus ihrer Heimat weggeholt würden. Kizilhan antwortet auf diesen Vorwurf, da man in den riesigen Flüchtlingslagern im Nahen Osten, wo sich bis an den Horizont Zelt an Zelt reihe, keine Wurzeln habe, und die Frauen als Vergewaltigungsopfer vor Ort ausgegrenzt und aus der Gemeinschaft ausgeschlossen würden, sei die Maßnahme gerechtfertigt, insbesondere da inzwischen gute Ergebnisse vorlägen. Es handelte sich um eine schwer erkrankte Bevölkerungsgruppe mit einer hohen Suizidrate. Ein ganz wesentlicher, in der Geschichte der Jesiden seit 4.000 Jahren revolutionärer Schritt sei jedoch die kürzliche Entscheidung des religiösen Oberhauptes gewesen, die durch den IS vergewaltigten Frauen nicht aus der Gemeinschaft auszuschließen. Denn die Akzeptanz von außen für das erlittene Trauma habe grundsätzlich eine hohe Bedeutung für eine Heilung.

Kizilhan forderte ein neues Konzept der Traumadiagnostik, die Akuttraumata, aber auch Kollektive und transgenerationelle Traumata einschließt.

Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen

Über Erfahrungen mit der Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen konnte Dr. Ljiljana Joksimovic, leitende Oberärztin an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Düsseldorf, berichten. Sie hat seit den Kriegen im ehemaligen Jugoslawien ein im Wesentlichen durch Drittmittel gefördertes „Düsseldorfer Modell" der Behandlung auf den Weg gebracht. Es enthält eine barrierefreie Anmeldesituation, eine verlängerte Diagnostik von fünf Stunden verbunden mit der Aufklärung dass es länger dauere, bis als wesentliches Ziel eine stabilisierende niederfrequente psychodynamische PT im Einzelsetting beginnen könne.

Veranstaltungshinweise

Dachverband für transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP) in Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern:
10. DTPPP-Kongress – Transkulturelle Kompetenz in der Behandlung – Gesundheitsversorgung und Ethik als interdisziplinäre Herausforderung
8.– 10.9.2016, Bielefeld
Weitere Informationen: www.transkulturellepsychiatrie.de/aktuelle-kongresse/

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit der Deutsch-Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit e. V.:
Deutsch-Türkischer Psychiatriekongress – Psychosoziale Versorgung im interkulturellen Kontext
14. – 17.9.2016, Hamburg
Weitere Informationen:
www.deutsch-tuerkischer-kongress.de

Versorgung begleiteter und unbegleiteter Minderjähriger

Ein innovatives Projekt in einer größeren Würzburger vertragsärztlichen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Versorgung minderjähriger Asylbegehrender wurde von Dr. K. Gardehold, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Diplompsychologe D. Schmitt vorgestellt. Durch die Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Verordnung und den Inhalten der UN-Kinderhilfsrichtlinie bestehen hier gute strukturelle Voraussetzungen in der Regelversorgung.

Traumainformierter Peer-Berater

Dr. A. Möllering, Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, EvK Bielefeld und Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge Bielefeld, ist eine der Vertreterinnen in der Versorgungslandschaft, die aufgrund der schieren Zahl von traumatisierten Flüchtigen auf das Konzept der Unterstützung durch Peers setzt. Sie hat gemeinsam mit ihrer Arbeitsgruppe ein

SPiZ: Förderung der Weiterbildung in Neurologie und Psychiatrie dringend notwendig

Die ambulante Weiterbildung in den neuropsychiatrischen Fächern braucht Unterstützung. Darauf weist der Spitzenverband ZNS (SPiZ) hin. „Wir benötigen dringend Nachwuchs in Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sonst werden die Wartezeiten für die Patienten auf Dauer noch viel länger werden als sie es heute schon sind", sagte der Vorsitzende des SPiZ, Dr. Frank Bergmann. Er fordert daher, die ZNS-Fächer unbedingt in die neue Förderung der fachärztlichen Weiterbildung aufzunehmen.

Bergmann nannte fünf Gründe, die es erforderlich machen, die Weiterbildung in den ZNS-Fächern zu unterstützen:

1. Aufgrund des zunehmenden Durchschnittsalters der Bevölkerung in Deutschland erkranken immer mehr Menschen an neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen. „Die Demenz ist nur das bekannteste Beispiel dafür, welche Patienten in Zukunft vermehrt fachärztliche neurologische und psychiatrische Versorgung benötigen werden. Zunehmen werden auch andere altersbedingte Erkrankungen, zum Beispiel Depressionen, Folgen von Suchterkrankungen – vor allem von Alkoholmissbrauch – und altersbedingte neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall und Parkinson", sagte der Vorsitzende des SPiZ.
2. Der Abklärungs- und Behandlungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen ist unverändert hoch, wie die Erhebungen des Robert-Koch-Instituts eindrücklich belegen (KIGGS-Erhebung). Zusätzlich kommen durch die Migrationsströme viele junge Menschen nach Deutschland. In dieser Gruppe ist mit steigenden Behandlungsbedarfen zu rechnen. Deutschlandweit sind längst nicht alle gemäß Bedarfsplanung erforderlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Arztsitze besetzt. In vielen Regionen braucht es noch einen Ausbau der ambulanten Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.
3. Die Behandlung von Erkrankungen des Gehirns und des Nervensystems macht im Augenblick große Fortschritte. „Ein Beispiel sind die neuen Therapien der Multiplen Sklerose. Aber auch in anderen Bereichen macht die Forschung große Fortschritte, zum Beispiel in der Behandlung von Bewegungsstörungen", sagte Bergmann. Viele dieser Therapien sind betreuungsintensiv. „Es braucht viel Zeit und Zuwendung – und damit Ärztinnen und Ärzte – damit die Patienten vom medizinischen Fortschritt bei den ZNS-Erkrankungen wirklich profitieren können", betonte Bergmann.
4. Nachwuchs ist außerdem dringend nötig, weil durch die Altersstruktur der Nervenärzte bundesweit Praxen nachbesetzt werden müssen. Bergmann verwies stellvertretend für andere Regionen auf den Fachärztereport der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen, der ein steigendes Durchschnittsalter von Nervenärzten festgestellt hat und einen vermehrten Nachbesetzungsbedarf in den nächsten Jahren prognostiziert – insbesondere auf dem Land. Danach entfallen 36,92 % der Nervenärzte auf die Altersgruppe 50 bis 59 Jahre und 36,67 % auf die Gruppe der 60-Jährigen oder Älteren. „Wir werden Patienten mit altersbedingten neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen künftig nur dann gut versorgen können, wenn es bald mehr Fachärzte für die ZNS-Fächer gibt", ist Bergmann überzeugt.
5. Ein spezifisches Problem der ZNS-Fächer verschärft den Ärztemangel: Scheiden Nervenärzte, die neurologische und psychiatrische Patienten versorgt haben, aus Altersgründen aus der Versorgung aus, werden ihre Praxen in der Regel alternativ von einem Psychiater oder Neurologen übernommen. Die Versorgung im jeweils anderen Fachbereich wird dadurch schwieriger.

Ab Herbst dieses Jahres werden für Facharztgruppen in der ambulanten Medizin deutschlandweit 1.000 Stellen gefördert. Die Weiterbildungsassistenten können dann mit einem monatlichen Gehaltszuschuss von 4.800 € rechnen. Damit erhalten Weiterbildungsassistenten, deren Stelle gefördert wird, ein Gehalt, das mit dem von Ärzten auf derselben Stufe der Weiterbildung in der Klinik vergleichbar ist.

Die KV und die Landesverbände der Krankenkassen müssen bis Anfang Oktober verhandeln, wo es für welche Facharztgruppen einen Förderbedarf gibt.

„Diese 1.000 Stellen sind ein erster Schritt in die richtige Richtung", sagte Bergmann. Jetzt gehe es darum, unbedingt auch die ZNS-Fächer wegen des enormen Bedarfs in diese Förderung aufzunehmen und mittelfristig die Zahl der geförderten Stellen zu erhöhen.

Nach einer Pressemitteilung des Spitzenverbands ZNS (SPiZ)

Konzept zur Ausbildung traumainformierter Peer-Berater entwickelt und Voraussetzungen formuliert, die ein solcher Berater mitbringen muss, damit die Arbeit gelingen kann (keine eigene Traumatisierung, regelmäßige Supervision). Die Methode selbst muss robust genug sein, damit sie leicht lehr- und lernbar ist, aber auch nicht viel Schaden anrichtet, sofern sie fehlerhaft oder unvollständig angewendet wird. Möllering war es wichtig, zu betonen, dass ressourcenfördernde und stützende Interventionen ähnlich gute Ergebnisse liefern wie Methoden der Traumaexposition.

Podiumsdiskussion

In der abschließenden Podiumsdiskussion[1] waren sich Publikum und Experten einig: Es braucht in erster Linie die Schaffung eines sicheren, stress- und übergrifffreien Umfeldes nach der Ankunft, eine medizinische Basisversorgung einschließlich der Diagnostik von psychischen Störungen, spezifische Kenntnis über die Lebenswelten und ethnisch unterschiedlichen Körper-Seele-Konzepte der Geflüchteten und Asylbegehrenden bei den Vertretern des Gesundheitssystems, die Möglichkeit sich mit Familienangehörigen zusammenzufinden, psychotherapeutisch-psychoedukative und psychosoziale Interventionen sowie bei wenigen der Betroffenen auch Richtlinien-Psychotherapie, letztere am besten jedoch im vernetzten Kontext.

Man muss sich klarmachen, dass die geflüchteten Menschen eine Lebenswirklichkeit in unser hiesiges Gesundheitssystem mitbringen, die häufig jenseits unserer Vorstellungskraft liegt. Das bedeutet das Aufeinanderprallen völlig verschiedener Welten. Wir können diesen Menschen nicht mit den Maßstäben unserer postmodernen Sicht auf Psyche und Gesellschaft begegnen, sondern müssen uns bewegen. □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach

[1]Teilnehmer Podiumsdiskussion: Dr. rer. nat. D. Munz (BPtK), Dr. med. C. Roth-Sackenheim (BVDP), Dr. med. G. Berg (BKJPP), Dr. med. H. Menzel (BPM), A. Windgasse (PSZ für Flüchtlinge Düsseldorf), Dr. med. U. Clever (LÄK B.W. BÄK)

Leistungen in Pflegeheimen sowie bei Heim- und Hausbesuchen

Zwei neue EBM-Kapitel auch für unsere Fachgruppen eingeführt

Mit Wirkung zum 1. Juli hat der Bewertungsausschuss neue, etwas höher bewertete delegierbare EBM-Leistungen beschlossen, die von unseren Arzthelferinnen in Alten- und Pflegeheimen und bei Hausbesuchen erbracht werden können. Außerdem wurden Ziffern für haus- und fachärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen sowie Fallkonferenzen bei Patienten in Pflegeheimen beschlossen Für die beiden neuen EBM-Kapitel 37 und 38 sind unsere Fachgruppen ausdrücklich zugelassen.

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

» Praxisökonomisch mitentscheidend wird sein, ob sich das neu entstehende Honorar im RLV, in einem QZV oder extrabudgetär niederschlägt. «

Am 22. Juni 2016 hat der Bewertungsausschuss neue, bereits ab 1. Juli 2016 wirksame, etwas höher bewertete delegierbare EBM-Leistungen beschlossen, die von unseren Arzthelferinnen in Alten- und Pflegeheimen und bei Hausbesuchen erbracht werden können (GOP 38100, 38105, 38200, 38205). Die GOP 40240 und 40260 werden dafür gestrichen. Außerdem wurden Ziffern für haus- und fachärztliche Kooperations- und Koordinationsleistungen sowie Fallkonferenzen bei Patienten in Pflegeheimen beschlossen (GOP 37102, 37105, 30113, 37120). Für die beiden neuen EBM-Kapitel 37 und 38 sind unsere Fachgruppen ausdrücklich zugelassen. Plausibilitätszeiten wurden nicht festgelegt. Leistungsausschlüsse mit Ziffern aus dem neurologischen EBM-Kapitel 16 oder dem psychiatrischen EBM-Kapitel 21 bestehen nicht. Zum Teil sind Qualifikations- und Vertragsvoraussetzungen zu erfüllen. Diese sind aber aus heutiger Sicht mit tragbarer Relation machbar, sofern der Arzt eine größere Anzahl von Heimpatienten versorgt. Praxisökonomisch mitentscheidend wird sein, ob sich das neu entstehende Honorar im Regelleistungsvolumen (RLV), in einem QZV oder extrabudgetär niederschlägt. Hier wird es auf die Honorarverteilung in den einzelnen Länder-KVen ankommen. Unabhängig hiervon sind außerdem noch die neuen geriatrischen EBM-Ziffern des EBM-Kapitels 30.13, die im NeuroTransmitter 6/2016 ausführlich dargestellt wurden. Die geriatrischen GOP haben grundsätzlich nichts mit den neuen Delegations- und Heimkooperationsziffern zu tun. Im Einzelfall kann es sich aber bei den geriatrischen Patienten nach EBM-Kapitel 30.13 auch um Heimbewohner handeln. Die neuen GOP in den EBM-Kapiteln 37 und 38 sind etwas schwer zu verstehen und möglicherweise verwechselbar, daher hier der Versuch einer Klärung in Kurzform.

Neues EBM-Kapitel 37: Kooperations- und Koordinationsleistungen in Heimen

Lebt ein Patient in einem Heim, mit dem der Vertragsarzt einen Kooperationsvertrag nach § 119 b geschlossen hat, können bei diesen Patienten Zuschläge zur Grundpauschale oder zu den Besuchsziffern abgerechnet werden. Auf Bundesebene gibt es bereits einen Musterkooperationsvertrag, der jedoch zwingend auf Länderebene anzupassen ist. Momentan arbeiten die KVen daran. Ziel ist unter anderem die Reduktion von unnötigen Krankenhauseinweisungen. Telefonische Erreichbarkeit und Koordination mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst sollen vereinbart werden. Die neuen GOP 37100, höchstens zweimal im Krankheitsfall (= pro Jahr), und 37102, je Behandlungsfall, (je 125 Punkte, zirka 13,00 €) sind Zuschläge zur Grundpauschale beziehungsweise zum Besuch nach GOP 01410 und 01413; Sie schließen sich gegenseitig aus. Die GOP 37105 (275 Punkte, 28,50 €) dient der Koordination mit anderen betreuenden Ärzten, den Pflegeberufen und anderen an der Versorgung Beteiligten. Dazu muss es einen Kooperationsvertrag mit den anderen Vertragsärzten geben. Zugelassen für die Koordinationsleistung sind ausdrücklich nur Hausärzte, Nervenärzte, Neurologen und Psychiater. Hier ergibt sich ein Koordinationsfeld zumindest bei der Betreuung von Heimen für psychiatrisch und neurologisch Langzeitkranke. Die GOP 37105 darf nicht neben GOP 37100 und 37102 abgerechnet werden. Die GOP 37113 (106 Punkte, zirka 11,00 €) ist ein Zuschlag zur Besuchsziffer 01413. Die GOP 37120 (64 Punkte, zirka 6,60 €)

kann bei einer – auch telefonischen – Fallbesprechung mit Pflegepersonal oder Ärzten angesetzt und darf nur dreimal im Krankheitsfall (= pro Jahr) abgerechnet werden.

Neues EBM-Kapitel 38: Delegation an nicht ärztliches Hilfspersonal

Die bisherigen absolut unterbewerteten GOP 40240 und 40260 (5,10 € und 2,60 €) für Besuche von Arzthelferinnen entfallen. Stattdessen werden ab 1. Juli 2016 die neuen GOP 38100 (76 Punkte, zirka 7,93 €) oder 38105 (39 Punkte, zirka 4,05 €) beim Besuch eines weiteren Kranken abgerechnet. Das Honorar erhöht sich hierfür also etwa um die Hälfte. Handelt es sich um den Besuch durch eine besonders qualifizierte Arzthelferin (EVA, VERAH, AGNES etc.) können als Zuschlag die neuen GOP 38200 (90 Punkte, zirka 9,35 €) und 38205 (83 Punkte, zirka 8,65 €) berechnet werden. Hierdurch würde sich das Honorar für den delegierten Besuch einer Medizinischen Fachangestellten (MFA) ungefähr verdreifachen. Andererseits waren diese Leistungen mit dem bisherigen Honorar gnadenlos unterfinanziert. Ob es also ökonomisch vertretbar ist, einer MFA die entsprechende Weiterbildung zu finanzieren, hängt im Wesentlichen von der Motivation der MFA ab und von der Anzahl der in solchen Kooperationsheimen betreuten Patienten. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die MFA sind nicht gering. Die Weiterbildung dauert in der Regel zwei bis drei Jahre nebenberuflich. Diese MFA muss mindestens halbtags beim Arzt beschäftigt sein und eine mindestens dreijährige Berufserfahrung vorweisen. Zudem muss diese MFA den Arzt bei 20 Hausbesuchen (zehn Hausbesuche in der Übergangsregelung bis 31. Dezember 2016) begleitet haben. Die Qualifikationen sind regelmäßig nachzuweisen. Manche Fachärzte beschäftigen möglicherweise ehemals hausärztliche MFA mit entsprechender Qualifikation, diese dürften ohne größere Probleme von der KV akzeptiert und anerkannt werden.

Die neuen Kapitel im Wortlaut

Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2016: Aufnahme eines Kapitels 37 in den EBM.

37 Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag Ärzte

37.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 können nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin
   - Praktischen Ärzten
   - (…)
   - Fachärzten für Neurologie
   - Fachärzten für Nervenheilkunde
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

   [und vielen weiteren Fachärzten, Anmerkung der Redaktion] berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

2. Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin
   - Praktischen Ärzten
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin
   - Fachärzten für Neurologie
   - Fachärzten für Nervenheilkunde
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

   berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels können von Ärzten gemäß Nr. 1 und Nr. 2 dieser Präambel nur bei Patienten berechnet werden, die in einem Pflegeheim betreut werden, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt.

37.2 Kooperations- und Koordinationsleistungen

GOP 37100 (125 Punkte)

Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.

© Klaus Eppele / Fotolia.com

Das Honorar für delegierbare Leistungen in Heimen wird sich durch die neuen Kapitel 37 und 38 etwas erhöhen. Damit sind diese Leistungen nicht mehr ganz so gnadenlos unterfinanziert wie bislang.

Obligater Leistungsinhalt
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung
- Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37100 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 37100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37102 und 37105 berechnungsfähig.

GOP 37102 (125 Punkte)

Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.

Obligater Leistungsinhalt
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung
- Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37102 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100 und 37105 berechnungsfähig.

GOP 37105 (275 Punkte)

Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.

Obligater Leistungsinhalt
- Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften
- Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses

Fakultativer Leistungsinhalt
- Koordination der Regelungen zur Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und Koordination der telefonischen Erreichbarkeit, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung mit den anderen kooperierenden Vertragsärzten zu treffen. Die Gebührenordnungsposition 37105 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100 und 37102 berechnungsfähig.

GOP 37113 (106 Punkte)

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119 b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt.

GOP 37120 (64 Punkte)

Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V.

Obligater Leistungsinhalt
- Patientenorientierte Fallbesprechung mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des Pflegeheimes, mit dem ein Kooperationsvertrag für den Versicherten besteht

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.

- Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016 zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2016: Aufnahme eines Kapitels 38 EBM

38 Delegationsfähige Leistungen

38.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 können von allen Vertragsärzten – soweit dies berufsrechtlich zulässig ist – berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 können nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin
   - Praktischen Ärzten
   - (…)
   - Fachärzten für Neurologie
   - Fachärzten für Nervenheilkunde
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

   [und vielen weiteren Fachärzten, Anmerkung der Redaktion] berechnet werden.

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Bestimmungen und unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nicht ärztlichen Mitarbeiters gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist im Falle des Hausbesuches regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag (außer Samstag), über die von dem nicht ärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nicht ärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.

4. Die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 können nur in Fällen berechnet werden, in denen eine Versichertenpauschale oder Grundpauschale berechnet wurde.

38.2 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Anstellung eines/von nichtärztlichen Mitarbeitern mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf.

GOP 38100 (76 Punkte)

Gebührenordnungsposition einschließlich Wegekosten – entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines Patienten durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen
je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38100 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38100 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 38100 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 38100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38105 berechnungsfähig.

GOP 38105 (39 Punkte)

Gebührenordnungsposition einschließlich Wegekosten – entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Alten- oder Pflegeheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Patienten nach der Gebührenordnungsposition 38100, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38105 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38105 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38105 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 38105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38100 berechnungsfähig.

38.3 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nicht ärztlichen Praxisassistenten mit mindestens 20 Wochenstunden angezeigt wurde und diese(r) über folgende Qualifikationen verfügt:
   - eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1
   - eine Qualifikation gemäß Anlage 8 zum BMV-Ä
   - Nachweis über die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1. Bis zum 31. Dezember 2016 kann die Genehmigung auch dann erteilt werden, wenn nachgewiesen wird, dass 10 Hausbesuche begleitet worden sind. Der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation ist durch eine ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen. Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit den angestellten nichtärztlichen Praxisassistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

GOP 38200 (90 Punkte)

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht ärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
- Alten- oder Pflegeheimen und/oder
- anderen beschützenden Einrichtungen
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen

je Sitzung

GOP 38205 (83 Punkte)

Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten.

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nicht ärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
- Alten- oder Pflegeheimen und/oder
- anderen beschützenden Einrichtungen
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen

je Sitzung

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Ärztliche Selbstverwaltung

Quo vadis KV?

Auf Länder- wie auf Bundesebene kommt es zu Konflikten zwischen den KVen dem haus- und fachärztlichem Lager beziehungsweise prominenten Interessenvertretern. Es ist an der Zeit, dass die ärztliche Selbstverwaltung nicht durch Skandale und Raffgier auf sich aufmerksam macht, sondern im gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurs Stellung bezieht und ihre Vermittlerrolle zwischen Politik und Bürgern sowie ihre originäre Rolle als Träger von Versorgung wirklich kreativ nutzt.

Die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des Öffentlichen Rechtes (KdöR)und damit der Sicherstellungsauftrag der KV, ist „ins Gerede gekommen". Insbesondere nach den quälenden personellen Streitereien und wenig appetitlichen Vorgängen in der KBV wird das System KV von der Politik kritisch beäugt. Mit dem Vorwurf KVen seien „wettbewerbsverhindernde Monopole und Kartelle" wird ein Umbau der ärztlichen Selbstverwaltung gefordert, insbesondere aber eine stärkere staatliche Einflussnahme und Durchgriffmöglichkeit.

Viele Ärzte erleben die Strukturen und das Wirken ihrer KV bevormundend und kontrollierend und beklagen die fehlende Durchsetzungskraft der KV gegenüber Krankenkassen und Politik vor allem in der Durchsetzung honorarpolitischer Interessen. Da sie – wohl zu Recht – davon ausgehen, dass der Gesetzgeber den Status der KVen als KdöR mit allen Möglichkeiten der staatlichen Aufsicht aufrechterhalten wird, suchen sie Zuflucht in eigene Vertragsgemeinschaften, in denen Selektivverträge parallel zur KV administriert werden. Dazu hatte im Wesentlichen bereits SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt die Signale auf Grün gestellt, und zwar vor allem für den hausärztlichen Sektor.

Historischer Rückblick

Der Blick auf die wechselhafte Historie der ärztlichen Selbstverwaltung seit Ende des 19. Jahrhunderts zeigt: Die Gründung war Folge der Abhängigkeit der Ärzte vom Vertragsmonopol der Krankenkassen. Den „Grundstein" legten erboste Ärzte, die im Oktober 1913 einen lang andauernden Generalstreik organisierten. 1932 erlassene staatliche Verordnungen führten zur Gründung der KVen als Gegengewicht zu den Krankenkassen. Erst 1933 wurde die Pluralität der regionalen KVen abgeschafft und eine einheitliche deutsche Kassenärztliche Vereinigung geschaffen – und damit erstmalig von einer reinen Interessenvertretung der Ärzteschaft zu einem Exekutivorgan unter Aufsicht des Reichsarbeitsministers verändert. Dieser Paradigmenwechsel blieb prägend für die KVen auch nach 1945.

Die Mittlerrolle zwischen der Vertretung der Interessen der Vertragsärzte und der staatlichen Kontrollfunktion ist im Einzelnen durch die Sozialgesetzgebung geregelt.

Professor Marcus Siebolds, Lehrbereich Medizinmanagement Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen Köln, stellte im Jahr 2013 in seinem Essay „KV Denken – Thesen zur Vigilanz ärztlicher Selbstverwaltung" fest, die „Profession" der Ärzte (wie auch der Juristen) genieße in der Gesellschaft einen hohen Vertrauensvorschuss und es werde ihnen ungefragt fachliche und auch moralische Autorität zugeschrieben. Die Grundidee einer vom Staat garantierten und sozial gerechten ärztlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger bilde sich weder in einer „Staatsmedizin" noch in einer „deregulierten Marktmedizin" ab. Sie erfordere den allparteilichen Arzt, der zwischen Patient und Gemeinwesen

Längst treten Ärzte und Psychotherapeuten nicht mehr geschlossen als Leistungserbringer gegenüber Politik und Krankenkassen auf.

© womue / Fotolia.com

vermitteln kann. Diese Professionalität und damit Freiberuflichkeit könne der Vertragsarzt – so Siebolds – in der KV wahren und im klinischen Alltag leben.

Wunsch und Wirklichkeit

Der Konflikt zwischen Ärzten und ihrer KV und das Dilemma der KV begründe sich in völlig unterschiedlichen Erwartungsstrukturen. Einerseits muss das Gesundheitssystem finanzierbar bleiben, es muss die Werteüberzeugungen der Gesellschaft repräsentieren, es muss gleichzeitig individuellen Patienteninteressen gerecht werden, in der Lage sein, diese zu begrenzen, aber auch die Interessen der Leistungserbringer, der Ärzte und Psychotherapeuten hinreichend vertreten. Nicht mehr, aber auch nicht weniger ist von den KVen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages zu leisten. Das führt zu der Hypothese, dass die Diskursethik eine Kernfähigkeit ärztlicher Selbstverwaltung darstellt. Siebolds: „Die Selbstverwaltung der KV ist durch Verfasstheit, faire Diskussionsregeln und die öffentliche Reflektion der Entscheidungsfolgen gekennzeichnet. Es gibt in der Selbstverwaltung faire Chancen für alle Gruppen und Ergebnisoffenheit der Entscheidungsprozesse in der Selbstverwaltung. Die Diskursethik ist die Legitimation der Entscheidungen der ärztlichen Selbstverwaltung (…).“ Hier entsteht allerdings der Eindruck, dass Wunsch und Wirklichkeit wohl eher verschwimmen. Gleichwohl ist an dieser Stelle ein aktuelles zentrales Problem angesprochen – mit der Chance, ärztliche Selbstverwaltung neu zu organisieren und zu einer konstruktiven demokratischen Arbeit zurückzukehren.

Nicht zuletzt die erheblichen Eingriffe der Politik durch Änderungen des SGB V mit Möglichkeiten der selektiven Vertragsgestaltung haben den Prozess der Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft nachhaltig befördert. Strategisch geschickt wurden Versorgungsaufträge nicht an das KV-System adressiert. Vielmehr wurde unter dem Narrativ „Wettbewerb“ die Möglichkeit von Selektivverträgen befördert. Dieses für die KdöR fremde Element nahm allerdings erst dann Fahrt auf, als – durch Honorarabzüge von Vertragsärzten und Krankenhäusern selbst finanziert (!) – Honoranreize für Selektivverträge geschaffen wurden. Genauso schnell wie tausende von umschriebenen Selektivverträgen daraufhin „quick and dirty“ abgeschlossen wurden, erfolgten auch die Kündigungen dieser Verträge, als die finanziellen Anreize entfielen. Es verblieben die Möglichkeiten nach SGB V § 73 b und c. Die in diesen Selektivverträgen erzielten Umsätze führen allerdings zwangsläufig zu einer Bereinigung der entsprechenden Umsatzanteile aus der Gesamtvergütung in der KV und entziehen erosiv der KV dadurch auch Gelder, die sie zur Aufrechterhaltung ihrer Aufgaben und Pflichten benötigt.

Möglicherweise können Selektivverträge dort sinnvoll werden, wo spezifische Versorgungsprobleme (noch) nicht im Kollektivvertrag lösbar erscheinen oder zur zeitlichen begrenzten Erprobung neuer Versorgungsformen. Als Marketinginstrument oder eine parallele Versorgungsschiene sind sie auf Dauer im Rahmen eines im SGB V im Einzelnen geregelten solidarischen System mit paritätischer Finanzierung völlig ungeeignet. Mit der Grundidee einer einheitlichen hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages ist die von der Politik geschaffene derzeitige selektivvertragliche Öffnung im SGB V insofern nur schwer vereinbar. Auf dieses Grunddilemma hatte schon der Ex-KBV-Chef während seiner Amtszeit zu Recht wiederholt hingewiesen. Er schied aus gesundheitlichen Gründen aus dem Amt des Vorstandsvorsitzenden der KBV aus. Der Konflikt ist geblieben.

Verschärfte Konflikte

Zunehmend bestimmt nun der Wunsch nach Durchsetzung von Partialinteressen Debatten und Auseinandersetzungen auf allen Ebenen. Der Ton verschärfte sich nach der Honorarreform 2009, als den einzelnen KVen plötzlich sehr unterschiedliche finanzielle Ressourcen zur Verfügung standen. Fatal für das System KV und den Umgang untereinander. Nicht nur in den einzelnen Ländern, sondern vor allem auch auf der Bundesebene kommt es seitdem zu einer Verschärfung der Konflikte sowohl zwischen den KVen als auch zwischen haus- und fachärztlichem Lager beziehungsweise prominenten Interessenvertretern. Den Gestaltern des SGB V ist insofern eine famose Umsetzung des Prinzips *divide et impera* zu bescheinigen: Längst treten Ärzte und Psychotherapeuten nicht mehr geschlossen als Leistungserbringer gegenüber Politik und Krankenkassen auf, längst haben Krankenkassen aus Selektivverträgen gelernt und finden Gefallen am Versichertenmanagement – natürlich nach eigenen Prinzipien, längst stehen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten sowie einzelne Repräsentanten dieser Gruppierungen in munterem kompetitiven Gegeneinander.

Unterstützung durch die Berufsverbände

Allen Teilerfolgen und „Pyrrhussiegen“ zum Trotz: Das Kräfteverhältnis verschiebt sich in dieser Gemengelage zunehmend zu Krankenkassen und zur Politik, zum Nachteil von Ärzten, Psychotherapeuten – und Patienten! Viele Ärzte und Psychotherapeuten wollen das nicht. Sie treten ein für gemeinsame und kooperative Versorgungsstrukturen. Es ist an der Zeit, dass die ärztliche Selbstverwaltung öffentlich nicht durch Skandale und Raffgier auf sich aufmerksam macht, sondern Stellung bezieht im gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurs und die ihr (noch) eingeräumten Chancen einer Vermittlerrolle zwischen Politik und Bürgern sowie ihre originäre Rolle als Träger von Versorgung wirklich kreativ nutzt. Das wollen wir – BVDN, BDN und BVDP als Ihre Berufsverbände – nachhaltig unterstützen, kritisch und konstruktiv wo es möglich ist innerhalb des KV-Systems, aber auch politisch als Vertreter Ihrer nervenärztlichen beziehungsweise neurologischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Interessen außerhalb der Strukturen der Selbstverwaltung.

Bedenken Sie bei den bevorstehenden KV-Wahlen: Gesundheit fängt im Kopf an: Es braucht viele Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in der Selbstverwaltung! □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

BVDN-AWARD

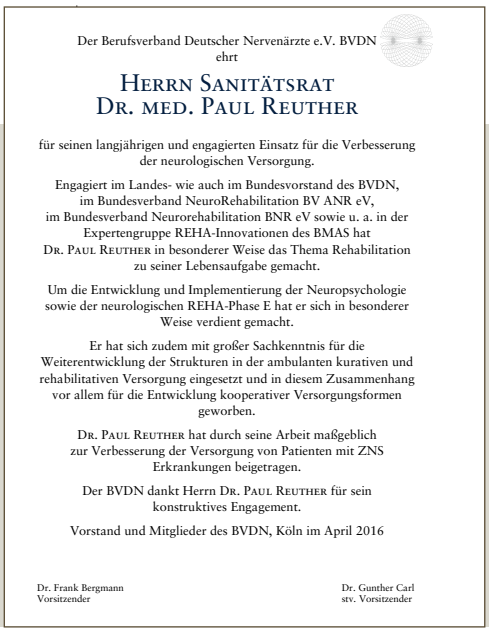
„Von der Lust, ein Neurologe zu sein“*

Im Rahmen des Neurologen- und Psychiatertages am 29. April 2016 hat der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Privatdozent Dr. Dr. Paul Reuther mit dem BVDN-Award ausgezeichnet.

Paul Reuther ist seit 1981 als Facharzt für Neurologie tätig, habilitierte 1982 und war bis 1984 in der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg tätig, zuletzt als Oberarzt auf der Neurologischen Intensivstation. Bis 2004 arbeitete er als vertragsärztlicher Neurologe in einer neurologisch-psychiatrisch-psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Seit 1997 ist er als Mitbegründer beziehungsweise geschäftsführender Partner und ärztlicher Leiter des Zentrums für Rehabilitation, Eingliederung und Nachsorge, Neurologische Therapie RheinAhr Ahrweiler aktiv. Er arbeitet zudem als Vertragsneurologe seit 1999 in der regionalen Schlaganfallstation (Stroke-Unit) am MAW Klinikum in Bad Neuenahr und ist Regionalbeauftragter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe (SDSH) für die Region Rhein-Ahr.

Paul Reuther, verheiratet und Vater von drei erwachsenen Töchtern, ist ein engagierter und kämpferischer Protagonist für die Belange der wohnortnahen ambulanten neurologischen Rehabilitation. Und das nicht nur in dem von ihm gegründeten und engagiert geführten Rehabilitationszentrum. Er engagiert sich auch in der berufspolitischen Arbeit: im BVDN und BDN, in der Arbeitsgemeinschaft ambulante neurologische Rehabilitation von BVDN und BDN, im Bundesverband ambulante/teilstationäre NeuroRehabilitation, im geschäftsführenden Vorstand des Bundesverbandes NeuroRehabilitation und in der Arbeitsgemeinschaft Teilhabe. Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach Schädel-Hirn-Verletzung waren seine Anliegen, für die er in den letzten Jahrzehnten unermüdlich tätig war, unter anderem organisierte er in den Jahren zwischen 2006 und 2016 aktiv zehn Nachsorgekongresse in Bonn und Berlin mit.

PD Dr. Dr. med. Paul Reuther



Der Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. BVDN
ehrt

HERRN SANITÄTSRAT
DR. MED. PAUL REUTHER

für seinen langjährigen und engagierten Einsatz für die Verbesserung der neurologischen Versorgung.

Engagiert im Landes- wie auch im Bundesvorstand des BVDN, im Bundesverband NeuroRehabilitation BV ANR eV, im Bundesverband Neurorehabilitation BNR eV sowie u. a. in der Expertengruppe REHA-Innovationen des BMAS hat DR. PAUL REUTHER in besonderer Weise das Thema Rehabilitation zu seiner Lebensaufgabe gemacht.

Um die Entwicklung und Implementierung der Neuropsychologie sowie der neurologischen REHA-Phase E hat er sich in besonderer Weise verdient gemacht.

Er hat sich zudem mit großer Sachkenntnis für die Weiterentwicklung der Strukturen in der ambulanten kurativen und rehabilitativen Versorgung eingesetzt und in diesem Zusammenhang vor allem für die Entwicklung kooperativer Versorgungsformen geworben.

DR. PAUL REUTHER hat durch seine Arbeit maßgeblich zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit ZNS Erkrankungen beigetragen.

Der BVDN dankt Herrn DR. PAUL REUTHER für sein konstruktives Engagement.

Vorstand und Mitglieder des BVDN, Köln im April 2016

Dr. Frank Bergmann
Vorsitzender

Dr. Gunther Carl
stv. Vorsitzender

Für seine Umsetzung innovativer Konzepte zur integrativen, ambulant-stationären und regionalen Schlaganfallversorgung und des modellhaften Aufbaus der ambulanten neurologischen Rehabilitationseinrichtung in Ahrweiler wurde Paul Reuther 2002 durch den Ministerpräsidenten von Rheinland-Pfalz zum Sanitätsrat ernannt. Seit 2002 ist er Träger der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundeärztekammer für seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung.

Wer das Vergnügen hat, Paul Reuther kennenzulernen und mit ihm zu arbeiten, lässt sich sehr schnell anstecken von seinem Temperament und seiner Freude an klinisch-neurologischer Arbeit, seinem Engagement für Patienten, Angehörige und ihre Belange, gerade auch im Hinblick auf ihre psychosoziale Situation und die Notwendigkeit zu professioneller psychosozialer Begleitung und neuropsychiatrischer Therapie in einem ganzheitlichen Sinne.

Weit entfernt von berufspolitischen Eitelkeiten setzt sich Paul Reuther kompromisslos für die Belange der Patienten ein. Das bedeutet für ihn qualitätsgesicherte umfassende ambulante wohnortnahe Versorgung. Er hat vehement geworben für integrierte Versorgungskonzepte in der Neurologie, für Konzepte kontinuierlicher ärztlicher Fortbildung in der Neurologie sowie für neuropsychologische Diagnostik und Therapie in der ambulanten Versorgung, nicht zuletzt auch in der Arbeitsgruppe Neuropsychologie im Gemeinsamen Bundesausschuss.

In seiner Arbeit im Bundesvorstand des BVDN bis zum Jahr 2015 habe ich stets seine Präsenz geschätzt, seine Menschenkenntnis, seine Fähigkeit, vorausschauend zu planen, aber auch seine Gabe, kritische Fragen zu stellen und Konflikte zu benennen, ohne persönlich zu verletzen.

Seine Freude an der neurologischen Versorgung und Rehabilitation – die dem passionierten Jäger und Liebhaber guter Weine trotz alledem auch immer Zeit gelassen hat für die schönen Dinge des Lebens wie Reisen, Kultur, Natur, zusammen mit seiner Frau Inka und der Familie – haben es uns schwer fallen lassen, Paul aus seinem Amt im Vorstand des BVDN „zu entlassen“.

Dr. Albert Zacher hat dies wunderbar in einem Satz formuliert: „Paul Reuther ist ein klasse Typ, das wisst Ihr alle, einer, der ganz geradlinig und ohne Scheu vor Anstrengung und Gegenwind den Kurs hält.“ So ist es! □

AUTOR

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen

*Marco Mumenthaler (1925 – 2016)

Umweltpsychologie und Psychotherapie

Nachhaltigkeit durch Stärkung des psychischen Wohlbefindens

Übermäßiger Konsum, Effizienz- und Leistungsdruck führen außer zu ökologischen Schäden zunehmend auch zu psychischen und somatischen Beschwerden. Im Umkehrschluss könnte über die Stärkung des Wohlbefindens auch die Umwelt entlastet werden. Ein fundiertes Konzept dafür wurde kürzlich vorgelegt. Ob der Ansatz jedoch umgesetzt werden kann, erscheint fraglich.

Weitgehend von der Öffentlichkeit unbemerkt ist vor drei Jahren das Buch „Psychologie der Nachhaltigkeit" von Marcel Hunecke, Professor für Allgemeine Psychologie sowie Organisationspsychologie, erschienen [1]. Einen Blick hinein zu werfen ist auch für Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten durchaus lohnenswert. Es verknüpft die beiden Themen Nachhaltigkeit und Psychologie, damit stellt es auch einen Zusammenhang zwischen Wohlstandskosten und Wohlbefinden her. Dies ist besonders hoch anzurechnen, wird doch ein solcher Zusammenhang bisher in der breiten Öffentlichkeit und der Fachwelt immer noch häufig negiert. Dabei haben Konsum und Bedürfnisbefriedigung neben den ökologischen längst auch die psychischen Wachstumsgrenzen überschritten. Sozialwissenschaftliche Forscher weisen wiederholt darauf hin, dass ein Mehr an Wohlstand nicht mehr zu einer Steigerung der subjektiven Lebenszufriedenheit beiträgt, wenn erst einmal die materiellen Grundbedürfnisse gesättigt sind [2, 3], was in den westlichen Industrienationen bei der überwiegenden Bevölkerung der Fall ist. Auch reicht die Zeit meist gar nicht aus, all die zur Verfügung stehenden Optionen des Konsums und der Freizeitgestaltung zu nutzen, so dass Stress allein schon durch die verpassten Möglichkeiten entsteht. Die ständige Verfügbarkeit des Internets, sozialer Kontakte, Nach-

© jozsitoeroe / Fotolia.com

Ein sozialer Wandel hin zur Nachhaltigkeit schont nicht nur die Umwelt, sondern verbessert auch das psychische Wohlbefinden.

richten, Spielen und Filmen verstärkt dies noch zusätzlich [4]. Hinzu kommen die Belastungen durch den steigenden Effizienz- und Innovationsdruck am Arbeitsplatz, dem viele Menschen nicht mehr gewachsen sind, was zu somatischen und psychischen Störungen führt. Ein kultureller Wandel hin zur Nachhaltigkeit könnte auch hier Entlastung bringen. Er „erfordert die Anwendung psychologisch fundierter Maßnahmen bei der Mehrheit der Bewohner der früh industrialisierten Länder", schreibt Hunecke daher zu Recht. Aber wie soll man vorgehen? Soll etwa eine Psychotherapie der Massen vorgenommen werden, ähnlich einer Gehirnwäsche? Haben Pädagogik und Umweltpsychologie nicht schon zu lange erfolglos versucht, psychoedukativ mittels Information und Warnung einen solchen kulturellen Wandel herbeizuführen?

Hunecke fokussiert sich im Weiteren auf die Förderung psychologischer Ressourcen beim Individuum. Das umfangreichste Wissen darüber stamme aus dem Bereich der Beratungspsychologie und der psychologischen Psychotherapie, von dem „bisher jedoch noch keine inhaltlichen Bezüge zu den Themenfeldern der Nachhaltigkeit und Postwachstumsgesellschaft hergestellt worden sind". Bisher hat unsere Profession dieses Thema tatsächlich gemieden, vielleicht auch, weil wir – ebenso wie der Großteil der Allgemeinbevölkerung – dem globalen Geschehen gleichgültig oder ohnmächtig gegenüber stehen oder selbst im beruflichen und privaten Burnout stecken?

Tab. 1: Strategien der guten Lebensführung nach [1]

Strategien der guten Lebensführung	Psychische Ressourcen	Psychologische Funktion	Positive Emotionen
Hedonismus	Genussfähigkeit	Erlebnisintensität statt Erlebnisvielfalt Förderung immaterieller Genussquellen	Sinnliche Genüsse Ästhetisch-intellektuelles Wohlbefinden
Zielerreichung	Selbstakzeptanz Selbstwirksamkeit	Größere Unabhängigkeit gegenüber sozialer Vergleichsprozesse Stärkung von Handlungskompetenzen	Zufriedenheit Stolz Flow
Sinn	Achtsamkeit Sinnkonstruktion Solidarität	Orientierung an überindividuellen Zielen Motivation zu kollektiven Aktionen	Gelassenheit Sicherheit Zugehörigkeit Vertrauen

Tab. 2: Anwendungsfelder zur Förderung der psychischen Ressourcen für nachhaltige Lebensstile nach [1]

Anwendungsfelder	Psychische Ressourcen
Gesundheitsförderung	Genussfähigkeit Selbstakzeptanz Achtsamkeit
Coaching	Sinnkonstruktion Selbstwirksamkeit Achtsamkeit Genussfähigkeit
Schulen und Hochschulen	Selbstwirksamkeit Solidarität Sinnkonstruktion
Unternehmen und Non-Profit-Organisationen	Selbstwirksamkeit Solidarität Sinnkonstruktion
Gemeinwesen	Selbstwirksamkeit Solidarität

Drei Säulen der Lebensführung

Der Ansatz, indirekt den Weg zur Nachhaltigkeit zu bahnen, ohne in jedem zweiten Satz die abschreckenden Bedrohungen durch Klimawandel und ausgehende Rohstoffe zu erwähnen oder abstrakt Nachhaltigkeit und weniger Materialismus anzumahnen, ist durchaus sinnvoll: Formuliert wird eine „Genuss-Sinn-Ziel-Theorie". Über drei allgemeine Strategien der guten Lebensführung, nämlich Genusserleben, Zielerreichung und Sinnkonstruktion sollen weitgehend unabhängig von materiellen Dingen positive Emotionen gefördert werden. Diese drei Säulen stützen sich laut der Theorie gegenseitig und stärken dadurch die Resilienz gegenüber Störungen des subjektiven Wohlbefindens, was nach Hunecke wiederum die Wahrscheinlichkeit für nachhaltiges Verhalten erhöht. Er verweist auf Befunde, die zeigen, dass subjektives Wohlbefinden und ökologisches Verhalten dann positiv miteinander korrelieren, wenn sie jeweils durch intrinsische – also explizit nicht materialistische – Werte und von einer achtsamen Haltung („mindfulness") gestützt werden [5]. Hunecke benennt sechs wissenschaftlich begründete psychische Ressourcen zur Förderung einer guten Lebensführung: Genussfähigkeit, Selbstakzeptanz, Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Sinnkonstruktion und Solidarität (**Tab. 1**).

Kritik am eigenen Ansatz nimmt Hunecke auf den letzten Seiten gleich vorweg. Insbesondere das Dilemma zwischen einem auf den Einzelnen bezogenen Ansatz und übergeordneten politischen Maßnahmen spricht er offen an – ohne es lösen zu können. Dass viel Wissen zur Problemlage und möglichen Lösungen existiert, es bisher aber an der Umsetzung hapert, liegt auf der Hand.

„Es wird immer offensichtlicher, dass politische und ökonomische Steuerungsprozesse allein nicht ausreichen werden, den Ressourcenverbrauch auf ein nachhaltiges Maß zu reduzieren. Hierzu ist ein kultureller Wandel notwendig, der sich von keinem Ort aus zentral steuern lässt", verdeutlicht Hunecke. Er ist auch der Meinung, dass politische und ökonomische Strukturen nicht isoliert gestaltet werden dürften, der Wandel müsse zusätzlich durch „solidarisch handelnde Akteure in Führungs- und Multiplikatorfunktionen" unterstützt werden.

Begrenzte Solidarität

Genau an dieser Stelle ist die Kritik jedoch weiterzuführen. Entsprechende Akteure gibt es durchaus, in Non-Profit-Organisationen, in Umweltschutzverbänden, vereinzelt auch in Wirtschaft und Politik. Dennoch haben sie bisher den immer notwendiger werdenden Wandel nicht herbeiführen können. Mangels durchschlagenden Erfolgs zeigen sich bei ihnen zudem Abnutzungs- und Erschöpfungserscheinungen [6]. Auch die vorgeschlagenen Anwendungsfelder und damit verbundenen Institutionen zur Förderung der psychischen Ressourcen (**Tab. 2**) existieren längst und müssten erst zum gewünschten Wandel bewegt werden. So läuft etwa das genannte Coaching Gefahr, trotz sinnvoller Arbeitsfelder wie Stärkung von Kompetenzen, Aufbau einer Work-Life-Balance oder Formulierung klarer persönlicher Ziele, letztlich wieder nur die Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit zu fördern, ohne Kernelemente des Wirtschaftens generell zu hinterfragen, wie es mit Blick auf eine zu fordernde Postwachstumsgesellschaft nötig wäre. Ebenso ist selbst nach Jahrzehnten voller pädagogischer Diskussion keine Entwicklung hin zu der von Hunecke angeregten „positiven Schule" mit „ressourcenorientierter Pädagogik" erkennbar. Daher ist zu überlegen, ob ein kultureller Wandel nicht doch erstrangig politisch durch gezielte Maßnahmen gefördert werden müsste, wenn die individuellen und institutionellen Ansätze nicht ausreichen. Gesetze zu bleifreiem Benzin, zum Verbot von Ozonschicht schädigenden Gasen, zur Förderung erneuerbarer Energien oder zum Atomausstieg haben gesellschaftlich viel bewirkt. Viele andere Länder schauen heute gespannt auf das deutsche Projekt einer Energiewende, auch die Pariser Klimabeschlüsse des vergangenen Jahres sind politischer Natur. Allerdings musste oft erst ein entsprechender Leidensdruck vorhanden sein, damit „solidarisch" für die Umwelt gehandelt wurde. Fischsterben im Rhein, die Bedrohungen der schwindenden Ozonschicht oder auch die Katastrophe von Fukushima haben hier durch die seh- und spürbaren Folgen rasches politisches Handeln bewirkt, wenngleich oft nur regional begrenzt.

Globale Dimensionen überfordern

Ökologische Probleme wie der Klimawandel scheinen die Bewohner in den westlichen Industrieländern noch wenig zu betreffen, Phänomene wie gehäufte Dürren und Überschwemmungen werden selten damit in Zusammenhang gebracht, weshalb die Pariser Vereinbarung Theorie zu bleiben droht. Die Probleme betreffen momentan eher ärmere Nationen. Die als psychische Ressource benannte Solidarität stößt hier rasch an Grenzen, wie die aktuellen politischen Entwicklungen in Folge der Flüchtlingskrise zeigen. Evolutionär ist eine Personengruppe von 150 Menschen für den Einzelnen noch überschaubar [7]. Im Familien-, Freundes- und Kollegenkreis kann Solidarität noch gelebt werden, vielleicht auch noch bezogen auf den Wohnort oder das jeweilige Land. Spätestens ab der europäischen oder globalen Dimension aber drohen die Verhältnisse unübersichtlich zu werden und die mentale Verarbeitung zu überfordern, was sich gegenwärtig auf vielen Ebenen gut beobachten lässt.

Der sinnvolle und humanistische Ansatz, mit der Verbesserung des Wohlbefindens der Bürger durch eine vermehrte Achtsamkeit und Stressreduktion auch nachhaltige Lebensstile zu fördern, könnte nicht ausreichen. Ob zunehmend drängende ökologische Probleme nur durch einen langsam erreichbaren, psychologisch gestützten Kulturwandel aufgehalten werden können, ist zudem fraglich. Selbst wenn Folgen der Umweltkrise derzeit eher anderswo auftreten, werden sie durch die globale Vernetzung doch vermehrt hier spürbar werden, etwa durch wirtschaftliche und politische Verwerfungen. Zu diskutieren wäre also auch, welche psychischen Anpassungsstrategien für Krisenzeiten zur Verfügung stehen, wie mit Angst und Ohnmacht oder entstehender Aggression umzugehen wäre [8].

Stressbewältigung mit gewünschtem Sekundäreffekt

Was aber folgt für unsere Profession aus all dem? Zunächst erscheint es ratsam sich diesen unbequemen Fragen zu stellen und eigene Antworten darauf zu finden, den eigenen Lebensstil betreffend, aber auch bezüglich der eigenen Belastungen, denen wir in besonderem Maße ausgesetzt sind. Im Rahmen stressbewältigender Ansätze, die wir in vielen kurzen Dialogen in unserer Praxis ebenso wie in der Psychotherapie tagtäglich anwenden, können wir durchaus den Materialismus der heutigen Zeit in Frage stellen und stattdessen Selbstbewusstsein und Autonomie dahingehend fördern, dass hierfür nicht Konsum und Statusdenken ausschlaggebend sein müssen, sondern auch einmal gegen den Strom geschwommen werden darf. Dies muss nicht direktiv geschehen, sondern kann durch offene Fragen, das Aufzeigen von Widersprüchen oder das Aufgreifen geschilderter Erfahrungen hilfreich sein, gerade im Sinne der von Hunecke betonten ressourcenorientierten Beratung. Allein die Thematisierung des entstehenden Drucks durch das während des Gesprächs klingelnde Smartphone könnte dafür ein Aufhänger sein.

Über den sehr theoretischen und damit nicht immer leicht lesbaren Ansatz von Hunecke hinaus werden wir weitere Methoden benötigen, um in Beratung und Therapie an passender Stelle die entlastenden Momente eines „Weniger ist mehr" zu vermitteln, ohne hier manipulatorisch zu wirken. Vielmehr ist beim Erleben des Patienten und schon vorhandenen Erfahrungen anzusetzen. Viele Patienten haben selbst schon bemerkt, wie gut es tut, im Zustand der Ruhe und Entspannung, bei ausgeschaltetem Smartphone, beim Aufenthalt im Grünen oder auch im guten Gespräch mit Freunden und Familie sich nicht perma-

nent mit zu vielen Angelegenheiten und Problemen beschäftigen zu müssen. Urlaub auf einer Berghütte etwa, in der man plötzlich merkt, dass für gutes Befinden nicht viel Materielles gebraucht wird und die spartanische Hütteneinrichtung völlig ausreicht, kann sehr erholsam sein. Dass hier kein Heimweh nach dem Haushalt mit seinen vielen zu versorgenden Gegenständen, nach verpassten Filmen und ungelesenen Mails zuhause aufkommt, haben sicher viele Menschen schon erlebt. Dies lässt sich auch in der Beratung und Therapie gerade von Erschöpfungs- und Überforderungssyndromen aufgreifen.

Psychologie und Psychotherapie alleine werden nicht zur Nachhaltigkeit führen, ebenso wenig wie zu immer währendem Glück oder einem störungsfreien Leben, aber sie können Prozesse anstoßen, auch für nachhaltige Lebensstile, die ebenso gesundheitsförderlich sind. Diese bisher noch wenig berücksichtigte Thematik aufzugreifen wäre Aufgabe weiterer Forschungsbemühungen und entsprechender Therapiekonzepte. Hunecke hat mit seinem Text fundierte Anregungen gegeben. Seine Überlegungen laufen jedoch Gefahr, rasch wieder in der Versenkung zu verschwinden und allenfalls zufällig von einzelnen Interessierten entdeckt zu werden, da „Psycho" und „Öko" gesellschaftlich wohl weiter unbeliebte und Unbehagen auslösende Themen bleiben werden. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

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

60. Geburtstag von Gunther Carl

Happy Birthday, Gunther!

Nach dem Kampf mit der Berufspolitik ...

In seiner berufspolitischen Heimat, dem BVDN-Landesverband Bayern, war Gunther Carl schon ab 1994 2. Vorsitzender und ist seit 2006 als 1. Vorsitzender erfolgreich tätig. Von 1998 bis 2001 war er 1. Vorsitzender des BVDN-Bundesvorstandes und ist seitdem 2. Vorsitzender. Im Jahr 2012 hat er zudem die Schriftleitung des NeuroTransmitter übernommen, der bereits unter seinem Vorgänger Albert Zacher zu einer der erfolgreichsten berufspolitischen Publikationen hierzulande avanciert war.

Carl, der eine humanistische Erziehung und Schulbildung genoss, hatte nach einem Abstecher in die Fächer Physik, Mathematik und Chemie in Würzburg Medizin studiert und ist nach neurologischer und psychiatrischer Weiterbildung seit 1990 in einer großen neurologisch-psychiatrischen Gemeinschaftspraxis in Kitzingen niedergelassen.

Die Mitglieder des Berufsverbandes profitieren von Carls jahrzehntelangem Einsatz in der Weiterentwicklung der Gebührenordnungen EBM und GOÄ, von exzellenten Kenntnissen der Abrechnungsstrukturen und des Abrechnungsregelwerkes, nicht zuletzt durch die Herausgabe zahlreicher Abrechnungskommentare und Handreichungen. Durch den Aufbau der Wirtschaftsgesellschaft der Berufsverbände (Cortex) und die mehrfache Überarbeitung der Struktur der Mitgliedsbeiträge der drei Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP sowie der Landesverbände des BVDN hat Carl wesentlich an der Professionalisierung unserer berufspolitischen Arbeit mitgewirkt.

Eine besonders zeitraubende, aber wichtige Funktion erfüllt er durch seine regelmäßige Tätigkeit in Gremien des G-BA. Es braucht schon ein hohes Maß an Organisationstalent und eine gute Strukturierung, um nebenbei Zeit zu finden für zahlreiche private Interessen und Hobbys und vor allem für die Familie.

... kann man schon mal ein Päuschen gebrauchen!

Auch wenn Sozialforscher behaupten, dass Arbeit für Männer die wichtigste Säule ihrer Identität darstellt: Lieber Gunther, Du hast vorgesorgt und schon jetzt widmest Du Dich in Deiner Freizeit zusammen mit Familie und Freunden Musik und Kunst, Wandern und Reisen. Und wenn ich Dich gelegentlich in Deinem Urlaubsdomizil störe, muss Birgit Dich meistens suchen, weil Du in irgendeiner Form aktiv bist. Dass all dies Dir auch in Zukunft und lange Zeit vergönnt ist, verbunden mit bester Gesundheit, Glück und Zufriedenheit, wünsche ich Dir, lieber Gunther, im Namen aller Vorstandsmitglieder des BVDN und der Mitglieder unserer Berufsverbände!

In diesem Sinne:

Alles Gute zu deinem 60. Geburtstag!

Herzlichst, Dein Frank (Bergmann)

© privat (2)

Fehlerteufel in der Fax-Nummer

Umfrage zur Demenzversorgung – Bitte machen Sie erneut (oder erstmals) mit!

Bei der Umfrage zur ambulanten ärztlichen Versorgung von Patienten mit Demenz in der Ausgabe 6/2016 des NeuroTransmitter hat der Fehlerteufel zugeschlagen. Die angegebene Fax-Nummer war leider nicht korrekt. Wir bedauern diesen Fehler sehr und bitten Sie, erneut an der Umfrage teilzunehmen.

Bereits in der Juni-Ausgabe dieser Zeitschrift wollten wir ab Seite 36 von Ihnen wissen, wie die Versorgung von Patienten mit Demenz ambulant durchgeführt wird und wie die Zukunftsvorstellungen niedergelassener Fachärzte hierzu aussehen.

Möglicherweise haben Sie es an der Fehlermeldung Ihres Fax-Gerätes bereits gemerkt: Die angegebene Fax-Nummer war leider falsch. Wir bitten für das Versehen um Entschuldigung und drucken den Fragebogen daher hier noch einmal ab. Diesmal – versprochen – mit der richtigen Fax-Nummer! Weil wir davon überzeugt sind, dass die Umfrage einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten kann, bitten wir Sie herzlich, erneut an der Faxumfrage teilzunehmen. Natürlich können Sie auch erstmalig teilnehmen.

Die Umfrage richtet sich an Neurologen, Psychiater und Nervenärzte gleichermaßen. Ausdrücklich bitten wir auch diejenigen um Teilnahme, die Patienten mit Demenz selten oder gar nicht in ihrer Praxis behandeln. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Redaktion Neurotransmitter

Ungebetener Gast in der Ausgabe 6/2016 des NeuroTransmitter (...)

© ullrich / Fotolia.com

Große Allianz zur psychischen Versorgung

Die Versorgung von neurologisch und psychisch Erkrankten ist eine der wichtigsten Herausforderungen an eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik. Die steigende Zahl der Patienten in diesem Bereich erfordert ein konsequentes und strukturiertes Handeln aller für die Gesundheitsversorgung und Prävention Zuständigen. Bereits vor einiger Zeit haben sich daher die führenden fachärztlichen Verbände für Erkrankungen des Zentralen Nervensystems zum Spitzenverband ZNS zusammengeschlossen. Ziel ist eine multidisziplinäre, multimodale, fach- und sektorenübergreifende Versorgung auf dem aktuellsten Stand. Studien belegen, dass neurologische und psychische Erkrankungen 26 % der gesellschaftlichen Gesamtbelastung durch Krankheiten in der EU ausmachen. Nur ein Drittel aller Betroffenen wird trotz erheblicher medizinischer Fortschritte adäquat versorgt.

Den Kampf gegen diesen Versorgungsnotstand will nun eine große „Allianz zur psychischen Versorgung" aufnehmen. Neben den fachärztlichen Experten des Spitzenverbands ZNS wollen weitere Verbände wie die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV e. V.) sowie der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP) ein konzentriertes Vorgehen der in der psychischen Versorgung aktiven Heilberufe mittragen. Ein Ziel der Allianz ist, den Gesetzgeber zu bewegen, alle maßgeblichen Akteure der Selbstverwaltung mit der zeitnahen Entwicklung eines entsprechenden sektorenübergreifenden Versorgungsauftrags, auch unter Einschluss des Home Treatment, zu beauftragen. Die Allianz bietet jedwede Unterstützung bei der Erarbeitung eines solchen Versorgungskonzepts. Die Partner der Allianz lehnen eine rein sektorale Entwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser ab und erwarten von den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern die Unterstützung für ein tragfähiges Versorgungskonzept zum Wohle der Patienten. Die Allianz ist prinzipiell offen für alle weiteren Verbände, Institutionen und Fachorganisationen, die innovative Konzepte in neue tragfähige und zukunftsorientierte Versorgungsmodelle und -verträge führen wollen. Sie wird in diesem Sinne ab sofort gesundheits- und gesellschaftspolitisch aktiv daran arbeiten, diese Ideen patientengerecht in die Realität umzusetzen. Unterstützt wird die Allianz auch durch Staatssekretär Karl-Josef Laumann, den Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege der Bundesregierung.

Pressemitteilung des Spitzenverbands ZNS (SPiZ)

Berufsverband **Deutscher Nervenärzte** BVDN

Berufsverband **Deutscher Psychiater** BVDP

Berufsverband **Deutscher Neurologen** BDN

Rückfax an 02151 / 4546925

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 Verordnungsverhalten? ☐ 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

Versicherungsschutz

Praxisausfall absichern ist existenziell

Eine Betriebsunterbrechung wegen Krankheit oder aufgrund äußerer Einflüsse wie Hochwasser oder Brand kann schnell existenzbedrohend werden. Eine regelmäßige Überprüfung des Versicherungsstatus mindestens alle zwei Jahre ist ratsam.

Das Problem

In der Tagespresse lesen wir in den letzten Monaten und zurückliegenden wenigen Jahren immer häufiger Berichte über Gebäudeschäden durch Hochwasser, Stark- oder Dauerregen sowie Überflutungen, die möglicherweise bereits die Folgen eines längerfristigen und sich in Zukunft weiter verstärkenden Klimawandels sind. Ebenso wird von gehäuften Einbrüchen professioneller Banden, die sich geeignete Objekte auswählen und es gezielt auf EDV-Anlagen abgesehen haben, berichtet. Hiervon sind immer wieder auch Arztpraxen betroffen, wie gelegentlich aus dem näheren oder entfernteren Kollegenkreis zu hören ist.

Einbruch, Brand und Wasserschaden

Statistisch gesehen häufiger sind jedoch alle Arten von Gebäudeschäden anderer Ursache, etwa ein Schwelbrand durch defekte Geräte oder Elektroleitungen, Schimmelbildung, ein Wasser- oder Heizungsrohrbruch (auch im darüber liegenden Stockwerk), unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Flüssigkeiten (z. B. durch die Reinigungskraft) oder Gasen. Hinzu kommen Einwirkungen von außen, beispielsweise durch Fassadenarbeiten oder Brandübergriff von einem benachbarten Gebäude. Die genannten Schäden können für wenige Tage, aber auch für Wochen die Praxisräume oder das gesamte Gebäude unbrauchbar machen. Manchmal genügt allerdings auch schon ein gravierender Fehler oder Defekt in der EDV-Anlage, um den Praxisbetrieb lahmzulegen.

Für eine Praxis ist es ganz wesentlich, über ausreichend Versicherungsschutz bei einer Betriebsunterbrechung zu verfügen. (Das Foto zeigt das Hochwasser in Passau im April 2013.)

© Peter Kneffel / dpa

Krankheit des Praxisinhabers

Weitere Ursachen für eine Betriebsunterbrechung können Arbeitsunfähigkeit oder erhebliche Leistungsminderung des Praxisinhabers sein beziehungsweise ein überwiegender Ausfall des Praxispersonals. In allen genannten Fällen laufen die Praxiskosten – insbesondere die Personalkosten – unvermindert oder sogar in erhöhtem Maße weiter, während die Einnahmen vollständig fehlen. Selbst nach Wiederherstellung des Praxisbetriebs können weiterhin Verluste auftreten, wenn noch nicht alle Praxisleistungen wieder reibungslos funktionieren. Auch bleibt die Patientenzahl zunächst niedriger als üblich, wenn Zuweiser und Patienten noch nicht wissen, dass die Praxis ihren Betrieb wieder aufgenommen hat. So können die Praxisumsätze hinter den bisher erreichten Durchschnittswerten zurückbleiben.

Umsatzausfall droht

Viele der genannten Schäden sind durch die übliche „verbundene Gebäudeversicherung" des Hausbesitzers (Brand, Blitzschlag, Sturm, Leitungswasser), die Elementarschadens- oder die Hausratversicherung nicht ausreichend abgedeckt. Vor allem aber fehlt es an der Absicherung des Umsatzausfalls. Die bei solchen Fällen eintretenden Betriebsunterbrechungsversicherungen bieten je nach Versicherungsgesellschaft, abge-

© Scanrai_Rosenstiel / Fotolia.com

schlossenem Leistungsumfang sowie Wert der versicherten Gegenstände und Umsätze sehr unterschiedliche Deckungsumfänge.

Was deckt die Versicherung ab?

Die meisten Betriebsunterbrechungsversicherungen entschädigen den entgangenen Praxisumsatz abzüglich der durch die Praxisschließung ersparten Kosten oder den entgangenen Praxisgewinn zuzüglich der im Rahmen der Praxisschließung weiterlaufenden Fixkosten. Manche Versicherungspolicen sind jedoch auf die Entschädigung der Praxiskosten nur bis zur Höhe der bei einem möglichen Teilbetrieb eingehenden Umsätze begrenzt. Bei einer solchen Deckungsgestaltung bleibt natürlich kein Praxisgewinn zur eigenen Lebenshaltung und Investitionsrücklage übrig. Auch für die Begleichung der entstandenen Sachschäden gibt es verschiedene Deckungsvarianten. Die Policen unterscheiden sich darin, ob der Wiederbeschaffungsneuwert oder nur der Zeitwert abgedeckt ist. Wichtig ist dabei vor allem, dass der Gesamtwert des Praxisinventars dem aktuellen Stand entspricht und keine Unterversicherung vorliegt. Oftmals liegt die Erstversicherung viele Jahre zurück und die Praxis ist insgesamt – auch mit ihrem Einrichtungs- und Gerätebestand – mittlerweile deutlich gewachsen. Die meisten Versicherungsverträge enthalten eine „Schadensminderungspflicht". Der Versicherungsnehmer muss beschädigte Geräte oder Einrichtungsgegenstände soweit möglich instandsetzen, er darf sie nicht ohne weiteres neu ersetzen. Sofern möglich und zumutbar ist häufig auch der Teilbetrieb der Praxis als „Schadensminderungspflicht" festgelegt.

Lösungsvorschläge

Zunächst einmal sind schadensprophylaktische Maßnahmen empfehlenswert: strukturierte und operationalisierte Wartung, Inspektion und Überprüfung „schadensgeneigter" Apparaturen und Gegenstände, beispielsweise einmal pro Jahr der Wasserhähne und -abläufe, WC-Spülungen, Mehrfachsteckdosen, Netzteile, Elektrogeräte, Behälter mit problematischen Flüssigkeiten, Fenster- und Türenverriegelungen. Im täglichen Praxisbetrieb sollten alle nicht benötigten Geräte nachts ganz ausgeschaltet werden (bis auf Telefonanlage, Faxgerät, Hauptserver). Möglicherweise lässt sich sogar vom Elektriker eine „Nachtschaltung" realisieren, welche die gesamte Praxis stromlos macht, bis auf die oben genannten notwendigen Geräte. Der EDV-Sicherung – am besten zweimal täglich – kommt besondere Bedeutung zu. Es empfiehlt sich die Spiegelung der Hauptserver-Festplatte, mindestens aber die Sicherung der Abrechnungs- und Patientendaten. Diese wichtigsten Daten lassen sich heutzutage mit modernen Systemen innerhalb weniger Minuten sichern. Die Sicherungsdateien sollten auf eine externe, nicht mit dem übrigen Praxisnetz dauerhaft verbundene Festplatte kommen. Bewährt hat sich die Verwendung von fünf Festplatten (für jeden Werktag eine), es können dann viele zurückliegende Montage, Dienstage etc. gespeichert bleiben. Die externe Festplatte kann vom letzten Mitarbeiter, der die Praxis verlässt, mit nach Hause genommen werden und die Daten sind bei einem eventuellen nächtlichen Schaden am nächsten Morgen sofort verfügbar. Ob man die verschlüsselten Praxisdaten in einer „Cloud" speichert ist Ansichtssache. Bitte lassen Sie sich ausführlich von Ihrer EDV-Firma zu diesem Themenkomplex beraten, insbesondere wie man möglichst (teil-) automatisiert und verschlüsselt die Praxisdaten sichert und dann natürlich auch im Fall der Fälle wiederherstellt.

Versicherungsstatus prüfen

Eine regelmäßige Überprüfung des Versicherungsstatus ist ratsam. Sprechen Sie mit Ihrem Vermieter, ob er auch wirklich eine „verbundene Gebäudeversicherung" (gegebenenfalls Elementarschadensversicherung) abgeschlossen hat. Ermitteln Sie, ob eine (ausreichend dimensionierte) Hausrat- und/oder Geräteversicherung (beispielsweise für Sonografie- und/oder Elektrophysiologiegeräte) abgeschlossen ist.

Der Betriebsausfallversicherung ist größere Aufmerksamkeit schenken, insbesondere dann, wenn Ihre Praxis in einem Elementarschaden gefährdeten Bereich liegt. Auch die individuelle Risikosituation der Praxis sollte man einschätzen. Ist der Praxisumsatz beispielsweise sehr stark von apparativen Leistungen abhängig? Handelt es sich um eine Gemeinschaftspraxis, bei der gleich mehrere Familien bei einem länger dauernden Betriebsausfall durch ein einziges Schadensereignis existenziell bedroht sein können? Der Abschluss einer individuellen Krankentage- oder Unfallversicherung ist ebenfalls zu erwägen, um Betriebsausfälle, die in der Person des Arztes begründet sind, zu versichern.

» Wenigstens alle zwei Jahre sollte sich jede Praxis mit ihrem Versicherungsstatus beschäftigen. «

Wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, sind Abwicklungs- und Beurteilungsbesonderheiten bei Arztpraxen zu beachten. Handelt es sich um eine wachsende Jungpraxis, ist bei der Schadenseinschätzung ein einfacher Vorjahresvergleich unzureichend, weil die Auszahlung der KV-Abrechnung meist erst ein halbes Jahr nach dem Leistungsquartal erfolgt. Bei Gemeinschaftspraxen kann es zu Beurteilungsschwierigkeiten kommen, je nachdem ob die Gesamtpraxis betroffen war oder nur ein Praxisteilhaber beispielsweise durch gesundheitliche Probleme. Manchmal ist aber auch nur ein Praxisteilhaber betroffen, weil besonders sein spezieller Tätigkeitsbereich beschädigt ist.

Wenigstens alle zwei Jahre sollte sich jede Praxis mit ihrem „Versicherungsordner" beschäftigen, um gegebenenfalls bei neuen oder wegfallenden Risiken (oder verändertem Risikobewusstsein) Versicherungen zu modifizieren. Unsere BVDN/BDN/BVDP-Geschäftsstelle in Krefeld kann gegebenenfalls Beratungskontakt zu einem auf Praxisversicherungen spezialisierten Büro herstellen. □

AUTOR

Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen

Internalisierende Störungen und Schulverweigerung

Wenn gesellschaftliche Positionierung im Jugendalter zu scheitern droht

Ein erfolgreicher Schulabschluss im Jugendalter ist eine wichtige Voraussetzung für die spätere berufliche und gesellschaftliche Positionierung. Schulverweigerung wird durch Ängste, depressive und psychosomatische Symptome verursacht [1]. Die Strategische Jugendlichentherapie ist eine Methode bei Jugendlichen mit internalisierenden Störungen und Schulverweigerung im teilstationären Setting, deren Wirksamkeit in einer Evaluationsstudie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik der TU München untersucht wurde.

FLORIAN SEDLACEK, ANNETTE JASMIN RICHTER-BENEDIKT, SERGE K. D. SULZ, MÜNCHEN

© Hongqi Zhang / iStock / Thinkstock

Schulabsentismus ist oft mit fehlendem Schulabschluss sowie fehlenden sozial-emotionalen, interaktionellen und berufsbezogenen Fertigkeiten assoziiert.

32 **Wenn gesellschaftliche Positionierung im Jugendalter zu scheitern droht**
Internalisierende Störungen und Schulverweigerung

38 **Tinnitus, Kopfschmerz und verdickte Meningen**
Neurologische Kasuistik

44 CME **Die Bedeutung des Chronotyps für depressive Störungen**
Zirkadianer Rhythmus und affektive Störungen

51 CME **Fragebogen**

Das Jugendalter stellt entwicklungspsychologisch und gesellschaftlich zahlreiche Anforderungen an die Heranwachsenden. Die Selbstfindung wird zum zentralen Thema der Adoleszenz, sie verlangt eine intensive Auseinandersetzung mit der inneren (Körper und Psyche) und äußeren (Erwartungen der sozialen Umwelt) Realität [2]. Die mit der Postmoderne eingesetzten gesellschaftlichen Umbrüche wie Fragementierung von Erfahrungen, Pluralisierung von Lebenslagen und Individualisierung [3, 4] ermöglichen eine neue Form der Selbstgestaltung und Selbstverwirklichung. Mit den gesellschaftlichen Veränderungen sind eine allgemeine „Bildungsexpansion", eine ansteigende elterliche „Bildungsambition" [5], aber auch die Gefahr der verstärkten Zweckorientierung und Ökonomisierung des Jugendalters verbunden [6]. Die Auseinandersetzung mit der inneren und äußeren Realität bedeutet für Jugendliche unter Umständen massive Anpassungs- und Aushandlungsprozesse, um Ambiguitäten aus divergierenden Rollenerwartungen adaptiv bewältigen zu können. Der Institution Schule kommt dabei in zweierlei Hinsicht eine zentrale Rolle zu: Sie durchdringt die jugendliche Lebenswelt und fungiert nicht nur als Lern- und Selektionsort, der Entwicklungsverläufe, berufliche Chancen und damit gesellschaftliche Positionen vorgibt, sondern auch als soziales und informelles Handlungsfeld [7]. Schulabsentismus, das „Fernbleiben von der Schule ohne somatischen Hintergrund" [8], lässt sich in Schulschwänzen sowie Schulverweigerung unterteilen und ist als großer Risikofaktor für eine gelingende gesellschaftliche Teilhabe anzusehen. Döpfner und Walter [9] heben hervor, dass Schulabsentismus nicht nur zu schulischen Defiziten führt, sondern oftmals mit fehlendem Schulabschluss sowie fehlenden sozial-emotionalen, interaktionellen und berufsbezogenen Fertigkeiten assoziiert ist.

Hintergrund

SJT entspringt der „Dritten Welle" der Verhaltenstherapie

Die „Strategische Jugendlichentherapie" (SJT) stellt die Adaption der „Strategischen Kurzzeittherapie" [10] beziehungsweise der „Strategisch-Behavioralen Therapie" [11, 12] in das Jugendalter (Altersrahmen von etwa 13 bis 18 Jahren) durch Richter-Benedikt [13, 14] dar und entspringt der „Dritten Welle" der Verhaltenstherapie. Frühe Beziehungserfahrungen und der Umgang des Jugendlichen mit zwischenmenschlichen Bedürfnissen (wie Verständnis, Wertschätzung, Selbstbestimmung etc.), Beziehungsängsten und Wuttendenzen spielen eine bedeutsame Rolle in der Behandlungsplanung. In der Therapie werden unter besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Beziehungsgestaltung unbewusste, maladaptive und verhaltenssteuernde Schemata reaktualisiert, bearbeitet und korrigiert.

Die SJT ist multimodal ausgerichtet und fokussiert im Behandlungsplan drei Ebenen:

A. Symptomreduktion
B. Fertigkeitentraining
C. Förderung der Persönlichkeitsentwicklung durch Schemaveränderung

Zentrale Konstrukte der SJT: Überlebensregel und Reaktionskette

Zur theoretischen Annäherung an die SJT müssen zwei zentrale Konstrukte, die Überlebensregel und die Reaktionskette, näher erklärt werden: Mit der Überlebensregel wird herausgearbeitet, wie frühe Beziehungserfahrungen in der Kindheit das aktuelle Beziehungsverhalten und die zugehörigen Emotionen und Kognitionen des Jugendlichen beeinflussen und inwieweit affektiv-kognitive Schemata in Form von rigiden Verhaltensgeboten und -verboten zu einer maladaptiven Beziehungsgestaltung im Hier und Jetzt führen. Die sich aus der individuellen Überlebensregel ergebende Emotionsregulation spiegelt sich in der Reaktionskette wider und spielt im Behandlungsplan ebenfalls eine zentrale Rolle. Auf makroanalytischer Ebene ist sie Teil

der Funktionsanalyse, auf mikroanalytischer Ebene verhilft sie zu einem differenzierten Verständnis der individuellen Emotionsregulation des Jugendlichen. Ausgangspunkt der Reaktionskette ist eine frustrierende Situation, auf die eine primäre Emotion (meist Ärger oder Wut) und ein primärer Handlungsimpuls (z. B. der „Wut Luft machen") folgen. Die primäre Reaktion wäre als wahrgenommener und konstruktiv umgesetzter Handlungsimpuls dabei adaptiv zu werten, ist jedoch vor dem Hintergrund biografischer Erfahrungen oftmals mit negativen Folgen, nämlich Bedürfnisfrustration und Angstinduktion durch zentrale Bezugspersonen (z. B. Ablehnung) assoziiert. Um diese Assoziation abzuwenden, „greift" die Psyche zu einer gegensteuernden Maßnahme in Form eines sekundären Gefühlszustands (wie Angst, Schuld oder Scham) als erlernte Reaktion. Diese erlernte Reaktion hat zum Ziel die primäre Reaktion und damit letztlich die vorbewusst antizipierte Bedürfnisfrustration beziehungsweise Angstinduktion zu verhindern. Auf der Handlungsebene lenkt sie das individuelle Verhalten in eine weniger bedrohliche, aber zugleich für die Entwicklung des Jugendlichen häufig hemmende Richtung, die die Symptombildung zur Folge haben kann. Entwicklung ist in diesen Fällen mit dem Verstoß gegen die Überlebensregel gleichzusetzen, der notwendig wäre, um die psychosoziale Krise respektive die sich in Beziehungen wiederholenden Frustrationen adaptiv bewältigen zu können [13, 15].

Fallvignette

Zur Veranschaulichung soll nachfolgend die Fallvignette der 15-jährigen Realschülerin Anna dienen, die mit einer Agoraphobie mit Panikstörung und einer seit 14 Wochen bestehenden absoluten Schulverweigerung in das teilstationäre Setting aufgenommen wurde. Bei Anna war in der Beziehungsgestaltung auffällig, dass sie Beziehungssicherheit zu wichtigen Personen nur herstellen konnte, wenn sie dabei auf das Durchsetzen eigener Interessen verzichtete oder sich im interaktionellen Austausch bedürftig und hilflos zeigte. Anna gelang es bei Krankenhausaufnahme in keiner Weise, sich vor der überprotektiv einverleibenden, depressiven Mutter zu schützen, und sich von der ihr durch Familienmitglieder zugeschriebenen Rolle der „Vorzeigetochter" annähernd emotional distanziert zu zeigen. Die mit Anna im therapeutischen Verlauf erarbeitete Überlebensregel lautete entsprechend: „Nur wenn ich immer fehlerlos bin und die Kontrolle über mich habe [Verhaltensgebot], wenn ich niemals rebelliere und mich in Beziehungen nie einfach fallen lasse [Verhaltensverbot], bewahre ich mir Wertschätzung, Liebe und Sicherheit [handlungsleitendes Bedürfnis] und verhindere Liebesentzug [Beziehungsangst]".

Parallel zur Reduktion der agoraphobischen Symptomatik durch verhaltenstherapeutische Methoden wurde im Behandlungsplan bei Anna im Sinne der Entwicklungsförderung und Selbstaktualisierung der Aufbau neuer Fertigkeiten (unter anderem Bedürfnisse und Gefühle differenzieren, bei sich wahrnehmen und einfordern/ausdrücken) und der Abbau dysfunktionaler Schemata in Form der Überlebensregel angestrebt. Mithilfe der Reaktionskette wurde Anna makroanalytisch die Funktion der Symptomatik erläutert. Sie wurde darin unterstützt, sich aktiv von der Mutter und der familiären Zuschreibung durch Überbetonung des eigenen Autonomieanspruchs zu lösen. Mikroanalytisch wurde Anna immer wieder darin geschult, frustrierend erlebte Situationen besser wahrzunehmen und dem eigenen primären Handlungsimpuls („Ich darf rebellieren und wütend sein") sozial adäquat zu folgen und auszudrücken.

Fragestellung

Ziel der dieser Arbeit zugrunde liegenden Untersuchung war es, die Anwendung der SJT im teilstationären Setting zu evaluieren. Dabei standen jugendliche Patienten mit internalisierendem Störungsbild (F3 bzw. F4, ICD-10) in Kombination mit Schulverweigerung im Fokus. In der Evaluationsstudie wurde die Wirksamkeit der SJT hinsichtlich der Symptomreduktion, der Verbesserung der Lebensqualität, der Verbesserung des Selbstkonzepts, eines überdauernden Therapieeffektes und der Regelmäßigkeit des Schulbesuchs nach sechs Monaten untersucht.

Methode

Studiendesgin und methodisches Vorgehen

Bei der Evaluationsstudie handelte es sich um ein quasi-experimentelles Untersuchungsdesign (keine Randomisierung) mit einer Eigenkontrollgruppe. Aufgrund der Versorgungsleistung der Klinik (Klinikum rechts der Isar, Kinder- und Jugendpsychosomatik der TU München) erfolgte die Stichprobenauswahl einerseits ad hoc (Zuweisung durch die Institutsambulanz) und andererseits gezielt durch das Profil der Tagesklinik und deren Spezialisierung (internalisierende Störungen in Kombination mit Schulverweigerung). Die Datenerhebung erfolgte von Oktober 2011 bis Oktober 2013. In die Studie konnten jedoch nur Patienten aufgenommen werden, die mindestens eine Wartezeit von 42 Tagen hatten, um damit nicht als Direktaufnahme zu gelten. Dadurch wurden zwei zu vergleichende Stichproben generiert (Wartezeit: M [Mittel] = 61,6 Tage, SD [Standardabweichung] = 17,0; Behandlungszeit: M = 59,2 Tage, SD = 14,6). Es handelt sich bei der Untersuchung um abhängige Messungen mit vier Messzeitpunkten (Vorstellungsanlass, Behandlungsbeginn, Behandlungsende und Katamneseerhebung). Zur Erfassung statistisch bedeutsamer Veränderungen kamen t-Tests für abhängige Stichproben zum Einsatz (zweiseitige Testung, α-Fehler = 5 %, β-Fehler = 20 %). Mithilfe der t-Tests wurden Einzelvergleiche zwischen t_1 und t_2 (Wartezeitbedingung) sowie zwischen t_2 und t_3 (Interventionsbedingung) berechnet. Für den Vergleich zwischen Wartezeit- und Interventionsbedingung ist ein dritter t-Test zur Erfassung der Differenzwerte von t_1 zu t_2 sowie von t_2 zu t_3 notwendig. Diese Differenzwerte bilden im Einzelvergleich die Veränderungen über die Zeit ab [16]. Um die Gefahr einer α-Fehler-Inflation zu kontrollieren, wurde eine α-Adjustierung (Bonferroni-Korrektur) vorgenommen ($p < 0{,}0167$).

Messinstrumente

Zur Veränderungsmessung kamen folgende Instrumente zum Einsatz:

- Die beiden Symptomchecklisten YSR („Youth Self-Report") und CBCL

(„Child Behavior Checklist“, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist [17, 18])
- Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität (ILK) als Screening-Instrument für die Lebensqualität [19] sowie
- drei der zehn Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) [20].

Die Subskalen bezogen sich auf die Selbsteinschätzung zur Leistungsfähigkeit (FSAL) und Problembewältigung (FSAP) sowie auf die Selbstwertschätzung (FSSW).

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe bestand aus 37 Jugendlichen, davon waren 25 weiblich (67,5 %), das durchschnittliche Alter betrug 16,3 Jahre (SD = 1,43), die Altersspanne lag zwischen 13,8 und 18,3 Jahren). Das Intelligenzniveau der überwiegenden Mehrheit der Patienten (76,6 %) lag im durchschnittlichen Bereich. Bei Aufnahme besuchte kein Jugendlicher die Schule regelmäßig. 56,7 % der Patienten zeigten einen unregelmäßigen Schulbesuch (im Mittel einen Fehltag pro Woche zwischen sechs bis zwölf Monate), 43,3 % gingen gar nicht mehr zur Schule (zwischen drei bis sechs Monate). 75,6 % der Jugendlichen besuchten eine weiterführende Schule (Gymnasium oder Realschule). 48,6 % der Patienten hatten bei Aufnahme eine neurotische, Belastungs- und/oder somatoforme Störung, 43,2 % eine affektive Störung und 8,1 % eine Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung. 43,2 % der Patienten wiesen eine komorbide Störung auf. Bei 27,0 % der Patienten wurde mindestens ein psychosozialer Belastungsfaktor (Fünfte Achse, ICD-10) gefunden, bei 54,0 % waren es zwei bis drei Belastungsfaktoren, 18,9 % der Patienten wiesen vier oder mehr psychosoziale Belastungsfaktoren auf.

Ergebnisse

Wirksamkeitsüberprüfung der SJT

Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse zur Wirksamkeitsüberprüfung der SJT kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Aus **Tab. 1** können die Ergebnisse zur Veränderung über die Zeit, die sich aus dem Vergleich der Wartezeit- mit der Interventionsbedingung ergaben, entnommen werden. Deskriptiv betrachtet nahm die internalisierende Symptombelastung in der Selbst- wie Fremdbeurteilung zum Behandlungsende hin deutlich ab. Die Ergebnisse im Einzelvergleich waren signifikant mit hohen Effektstärken ($YSR_{t2\ zu\ t3}$: t[36] = 5,90 [zweiseitig], p < 0,001, d = 0,97; $CBCL_{t2\ zu\ t3}$: t[36] = 8,14 [zweiseitig], p < 0,001, d = 1,34). Die Überlegenheit der Interventions- im Vergleich zur Wartezeitbedingung konnte signifikant und mit hohen Effektstärken abgesichert werden (**Tab. 1**). Betrachtet man die Mittelwertverläufe bezüglich der Lebensqualität, so nahmen diese zum Behandlungsende hin deutlich zu, was inhaltlich als Verbesserung zu verstehen ist, und lagen im durchschnittlichen Bereich. Die Einzelvergleiche zwischen Behandlungsbeginn und -ende lieferten eine signifikante Zunahme der Lebensqualität (ILK-Selbst: $_{t2\ zu\ t3}$: t[36] = – 8,05 [zweiseitig], p < 0,001, d = –1,32; ILK-Eltern $_{t2\ zu\ t3}$: t[36] = – 5,77 [zweiseitig], p < 0,001, d = – 0,95). Jedoch konnte die Überlegenheit der Interventionsbedingung zur Wartzeitbedingung statistisch signifikant nur für die Selbstbeurteilung abgesichert werden. Zum Verständnis: Negative Werte in den Differenzberechnungen für die Lebensqualität und für die Selbstanteile sind inhaltlich als Verbesserung zu deuten, da ein hoher Summenwert als positiv ausgelegt wird. Die Mittelwerte für die Ein-

Tab. 1: Ergebnisse der SJT-Wirksamkeitsüberprüfung (Symptomreduktion, Lebensqualität und Selbstbild)

Instrument	t_1	t_2	t_3	$Diff_{Wartezeit}$	$Diff_{Intervention}$	t-Test $_{Wartezeit\ vs.\ Intervention}$		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	t_{emp}	p	d
YSR Internalisierend	68,43 (8,45)	71,65 (6,77)	63,08 (8,50)	– 3,22 (7,89)	8,57 (8,83)	–5,59	< 0,001	–0,92
CBCL Internalisierend	71,76 (7,67)	73,86 (6,68)	64,76 (7,12)	– 2,11 (8,79)	9,11 (6,81)	–5,45	< 0,001	–0,90
ILK-Selbst Lebensqualität	14,78 (3,53)	14,43 (4,15)	20,32 (2,81)	0,35 (5,95)	– 5,89 (4,45)	4,13	< 0,001	0,68
ILK-Eltern Lebensqualität	13,27 (3,27)	14,11 (4,42)	18,78 (3,57)	– 0,84 (5,42)	– 4,95 (4,62)	2,50	0,017	0,41
FSKN Leistungsfähigkeit	34,32 (10,09)	33,95 (8,96)	43,51 (6,36)	0,38 (12,52)	– 9,57 (8,69)	3,23	0,003	0,53
FSKN Problembewältigung	29,73 (8,24)	33,57 (10,09)	43,51 (5,10)	– 3,84 (12,91)	– 9,95 (10,79)	1,69	0,100	0,28
FSKN Selbstwertschätzung	35,24 (2,07)	34,70 (2,12)	46,41 (8,36)	0,54 (16,60)	– 11,70 (11,79)	2,96	0,005	0,67

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = t-Wert; df = Freiheitsgrade (df = 36); α-Adjustierung: α = 0,0167; YSR/CBCL = niedrigere Mittelwerte bedeuten eine Abnahme der Symptomatik; ILK und FSKN = höhere Mittelwerte bedeuten einen positiven Zugewinn der Lebensqualität/des Selbstkonzepts; d = Effektstärke; Effekte werden über die Standardabweichung der Differenz ermittelt.

zelvergleiche zu den Selbstkonzeptskalen nahmen zwischen Behandlungsbeginn und -ende signifikant zu mit hohen Effektstärken. Die Selbsteinschätzungen lagen im Mittel am Ende der Behandlung im positiven Bereich (Leistungsfähigkeit$_{t2\ zu\ t3}$: $t[36] = -6{,}67$ [zweiseitig], $p < 0{,}001$, $d = -1{,}10$; Problembewältigung$_{t2\ zu\ t3}$: $t[36] = -5{,}61$ [zweiseitig], $p < 0{,}001$, $d = -0{,}92$; Selbstwertschätzung$_{t2\ zu\ t3}$: $t[36] = -6{,}04$ [zweiseitig] $p < 0{,}001$, $d = -0{,}99$). Die Überlegenheit der Interventionsbedingung zur Wartezeitbedingung konnte statistisch signifikant für die Skalen Leistungsfähigkeit und Selbstwertschätzung, aber nicht für die Problembewältigung abgesichert werden.

Ergebnisse zur Katamneseerhebung

Zu jeweils 29,7 % wiesen Jugendliche hinsichtlich der internalisierenden Symptomatik im Fremdurteil durch die Eltern einen unauffälligen beziehungsweise grenzwertigen T-Wert auf. 40,5 % der Eltern schätzten ihre Kinder in den Fragebögen als klinisch auffällig ein (**Abb. 1**). Bei der 6-Monats-Katamnese zeigten 62,1 % der Jugendlichen einen regelmäßigen Schulbesuch. 27,0 % besuchten die Schule erneut unregelmäßig (zwischen ein bis zwei Fehltage pro Woche) und 10,8 % der Jugendlichen verweigerten den Schulbesuch vollständig.

Poststationäre Maßnahmen schützen vor erneuter Schulverweigerung

Mithilfe des $\chi 2$-4-Felder-Tests wurde überprüft, ob die Kontinuität des Schulbesuchs von der Umsetzung empfohlener poststationärer Maßnahmen (ambulante Psychotherapie und/oder ambulante Erziehungshilfe) abhängig war. Hierfür wurden zwei Gruppen gebildet „regelmäßiger Schulbesuch" versus „unregelmäßiger Schulbesuch (inklusive absolute Schulverweigerer)". Aus der Gruppe der Jugendlichen, die die empfohlenen Maßnahmen umsetzten, besuchten 43,2 % zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung die Schule regelmäßig und 5,4 % die Schule unregelmäßig. Aus der Gruppe der Jugendlichen, die die empfohlenen Maßnahmen nicht umsetzten, besuchten 18,9 % die Schule regelmäßig und 32,4 % unregelmäßig. Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen wirkt sich statistisch signifikant auf die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs aus ($p = 0{,}002$ [exakter Test], zweiseitig, $w = 0{,}54$). Das heißt, die beiden Variablen Regelmäßigkeit des Schulbesuchs und Umsetzung empfohlener Maßnahmen sind voneinander abhängig. Anders ausgedrückt: Werden empfohlene Maßnahmen poststationär nicht umgesetzt, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Schulverweigerung.

Diskussion

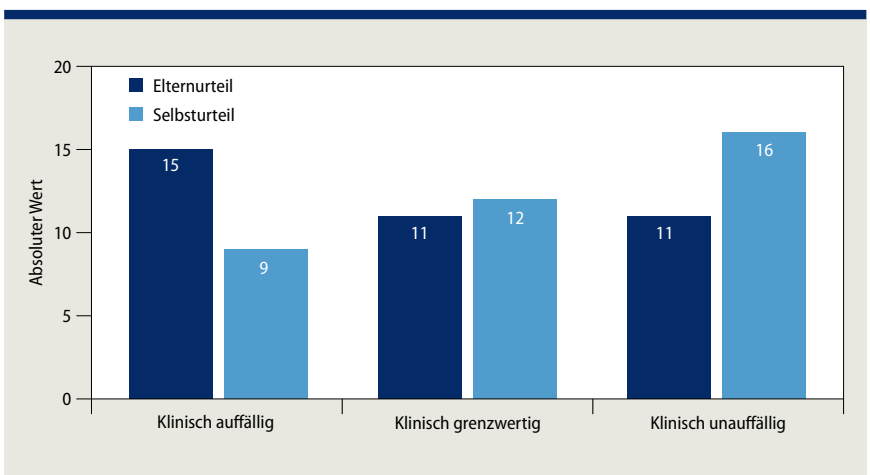
Hohe Wirksamkeit der SJT

Die sehr hohen Effektstärken zur Symptomreduktion und zur Überlegenheit der Interventionsbedingung im Vergleich zur Wartezeit decken sich mit den sehr hohen Effektstärken aus der Pilotstudie von Richter-Benedikt [14], die im ambulanten Setting durchgeführt wurde. Es wurden jedoch unterschiedliche Messinstrumente zur Wirksamkeitsüberprüfung verwendet. Die Replikation der Wirksamkeitsüberprüfung der SJT erfolgte in dieser Studie im Rahmen eines teilstationären Behandlungssettings mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von zirka 60 Tagen an fünf Wochentagen.

Erkenntnisgewinn der Wirksamkeitsstudie

Welchen Erkenntnisgewinn liefert die Wirksamkeitsstudie? Aus einer psychotherapeutischen Perspektive heraus betrachtet zeigte die Studie, dass es über Interventionen der SJT gelingen kann, den Attribuierungs- und Copingstil von Jugendlichen zu verbessern. Die Interventionen zielten dabei auf die Erhöhung und Verbesserung der jugendlichen Selbstwirksamkeit und Selbstachtung ab. Dieser Wirkmechanismus führte zur deutlichen Symptomreduktion und Verbesserung der jugendlichen Lebensqualität. Darüber hinaus konnte bei zirka 60 % aller an der Studie beteiligten Jugendlichen die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs wieder hergestellt und somit ein gesundheitsgefährdender Risikofaktor minimiert werden. Durch die SJT-Interventionen wurden die Jugendlichen aktiv gefördert, sich mit inneren und äußeren Lebensanforderungen funktional für eine gelingende soziale und schulische Teilhabe auseinanderzusetzen. Hierfür sprechen vor allem die positiven Ergebnisse hinsichtlich des Selbstkonzepts zur Leistungsfähigkeit und zur Selbstwertschätzung. Ersteres zielt auf die eigenen Selbstwirksamkeitserfahrungen hinsichtlich des eigenen Erfolgs versus Misserfolgs ab. Letzteres dient wiederum der individuellen Selbstachtung, der eigenen Zufriedenheit und dem Gefühl der Nützlichkeit [20].

Betrachtet man die Ergebnisse unter der Prämisse des Züricher Modells sozialer Motivation, so führten die SJT-Interventionen zu einem gesteigerten Autonomieanspruch bei den Jugendlichen. Nach Bischof ist der gesteigerte Autonomieanspruch mit erhöhter Neigung assoziiert, eigene Interessen durchzuset-



© Sedlacek et al.

Abb. 1: Vergleich internalisierende Beeinträchtigung zwischen Selbst- und Elternurteil

zen, und mit einer Zunahme der aktiven Problembewältigung [21]. Ein erhöhter Autonomieanspruch entsteht aus dem Zusammenspiel der eigenen erlebten Autonomie, des bisherigen Autonomieanspruchs sowie der eigenen Selbstwirksamkeitserfahrungen. Letztere wiederum korrespondieren mit Selbstgewissheit und Selbstvertrauen. Um die eigene Stellung im sozialen Kontext unter Gleichaltrigen behaupten sowie nach Anerkennung und Ansehen streben zu können, kann ein erhöhter Autonomieanspruch hierfür als wichtige Variable angesehen werden und als Prädiktor für adaptive Ablösungstendenzen des Jugendlichen aus der Herkunftsfamilie.

Fazit für die Praxis

Da es sich bei der Wirksamkeitsstudie um ein quasi experimentelles Design mit Eigenkontrollgruppe handelte, ist nach Rost [22] von einem schwachen Studiendesign auszugehen. Zukünftige Replikationen hinsichtlich der Überprüfung der allgemeinen Wirksamkeit der SJT müssten methodisch unter einem starken Studiendesign (experimentelles Design mit Randomisierung) erfolgen. Des Weiteren konnte die Überlegenheit der Interventionsbedingung im Vergleich zur Wartezeitbedingung eindeutig nur für die Symptomreduktion erreicht werden. Bezüglich der verbesserten Lebensqualität konnte dieses Ergebnis nur für das Selbsturteil, jedoch nicht für die Fremdbeurteilung durch die Eltern erreicht werden. Bei der Frage nach der Verbesserung gewisser Selbstkonzeptanteile durch die SJT wurde die Überlegenheit der Interventionsbedingung zur Wartezeit nur für zwei Subskalen erreicht (Leistungsfähigkeit und Selbstwertschätzung).

Die SJT hebt für sich die Verbesserung der Emotions- und Bedürfnisregulation als eines ihrer charakteristischen, zentralen therapeutischen Ziele hervor. Während die zwei bisherigen Evaluationsstudien auf die Überprüfung der allgemeinen Wirksamkeit der SJT abzielten, sollten zukünftig Forschungsprojekte inhaltlich an der Frage nach der Verbesserung der Emotions- und Bedürfnisregulation durch SJT-Interventionen ansetzen. □

Literatur

www.springermedizin.de

AUTOREN

Dr. phil. Florian Sedlacek
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT), Praxis
Bahnhofstr. 8, 82256 Fürstenfeldbruck
E-Mail info@praxis-sedlacek.de

Dr. phil. Annette Jasmin Richter-Benedikt
Psychologische Psychotherapeutin (VT)
Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP)
Rotkreuzplatz 1, 80634 München

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K. D. Sulz
Katholische Universität
Eichstätt-Ingolstadt
Luitpoldstr. 32, 85072 Eichstätt

Kleinanzeigen aus der Praxis

Inserieren Sie kostenlos im NeuroTransmitter

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

So schalten Sie Ihre Anzeige

Ihre Anzeige sollte nicht länger als maximal 300 Zeichen (mit Leerzeichen) sein. Diese senden Sie bitte ausschließlich per E-Mail (Fax oder telefonische Aufgabe von Anzeigen sind nicht möglich) an unsere Geschäftsstelle in Krefeld: bvdnbund@t-online.de. Bei aktueller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsterreichbaren Ausgabe abgedruckt.
Chiffreanzeigen sind nicht möglich!
Einsendeschluss nächster NeuroTransmitter ist der 26. August 2016!

Hinweis!

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

© Laurent Renault / Fotolia.com

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

Suchen für unser US-Gerät Acuson X300 eine transkranielle US-Sonde P4-2.
Kontakt: neurologie@doc-lauf.de oder Telefon 09123 1833822 (Dres. Braun/Langer, Lauf)

Suche Betriebsanleitung für ENG/EMG-Gerät „Myograph DA I" von Tönnies. Bezahlung VHB.
Kontakt: robert.patejdl@uni-rostock.de oder Telefon 0176 32921671 (Robert Patejdl)

Verkaufe das EEG-Gerät von micromed BRAIN QUICK System PLUS: kombinierte BRAIN QUICK 25-Kanal-EEG Aufnahme/Wiedergabestation, inklusive Software-Erweiterung, Smart EEG-Mirabelle-Fotostimulator, Gerätewagen Laserdrucker, BRAIN QUICK Elektrodensatz-EEG-System komplett und funktionstüchtig. Preis auf Anfrage.
Kontakt: peters.karlheinz@gmail.com oder Telefon 083162323 (Karl Heinz Peters)

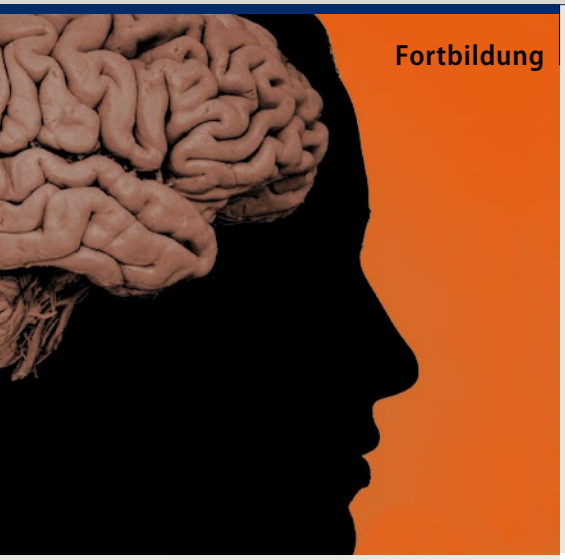
Verkaufen ACUSON X300 (2011) mit 2 Schallköpfen P4-2 (transkr.) und VF10-5 (extrakr. + Nervensonografie). Sehr gepflegter Zustand, mit Siemens-Schutzbrief für ein Jahr (inkl. Sonden-Schutzbrief). Gesamtpreis: 9.500 €. Bilder auf Anfrage, Vorführung gerne bei uns in Berlin.
Kontakt: info@neuro-lietzensee.de (A. Gorziza und C. Schröer)

Praxisbörse

Große, moderne und umsatzstarke nervenärztliche Gemeinschaftspraxis in Nagold (nähe Tübingen) sucht Arzt (m/w) für Neurologie und/oder Psychiatrie zur Mitarbeit zunächst im Angestelltenverhältnis, spätere Teilhaberschaft möglich.
Kontakt: post@nervenaerzte-am-lemberg.de oder Telefon 07452 9191687 (Uwe Widmann)

Literatur

1. Knollmann M, Reissner V, Kiessling S, Hebebrand J (2013) Differentielle Klassifikation schul-vermeidenden Verhaltens; Eine clusteranalytische Untersuchung. Zeitschrift für Kinder- und Ju-gendpsychiatrie und Psychotherapie 41:335–345.
2. Hurrelmann K (2010) Lebensphase Jugend; Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Ju-gendforschung. Verlag Hans Huber, Bern.
3. Keupp H (1996) Aufwachsen in der Postmoderne; Riskanter werdende Chancen für Kinder und Jugendliche. In: Opp G, Peterander F (Hrsg) Focus Heilpädagogik. Reinhardt, München, S 130–139.
4. Keupp H (2013) Kinder und Jugendliche in schwierigen Zeiten. In: Röhrle B, Christiansen H (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung Bd. V. Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Si-tuationen. DGVT-Verlag, Tübingen, S 17–37.
5. Opp G, Wenzel E (2003) Schule: Schutz- oder Risikofaktor kindlicher Entwicklung. In: Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg) Bindung und Trauma. Risikofaktoren und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Klett-Cotta, Stuttgart, S 84–94.
6. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013) 14. Kinder- und Jugendbe-richt. Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin.
7. Achermann, N., Pecorari, C., Winkler-Metzke, C. & Steinhausen, H.-C. (2006). Schulklima und Schulumwelt in ihrer Bedeutung für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen - Einführung in die Thematik. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), Schule und psychische Störungen (S. 15-37). Stuttgart: Kohlhammer.
8. Walter D, Hautmann C, Lehmkuhl G, Döpfner M (2011) Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugend-lichen mit ängstlich-depressivem Schulabsentismus; Veränderungen während der Therapie und Stabilität. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60:677–683.
9. Döpfner M, Walter D (2006) Schulverweigerung. In: Steinhausen H (Hrsg) Schule und psychische Störungen. Kohlhammer, Stuttgart, S 218–235.
10. Sulz SKD (1994) Strategische Kurzzeittherapie; Wege zur effizienten Psychotherapie. CIP-Medien, München.
11. Sulz SKD, Hauke G (Hrsg) (2009) Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT); Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. CIP-Medien, München.
12. Sulz SKD, Hauke G (2010) Was ist SBT? Und was war SKT?; „3rd wave"-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. Psychotherapie 15:10–19.
13. Richter-Benedik AJ (2009) Strategisch-Behaviorale Therapie für Jugenliche (SBT-J). In: Sulz SKD, Hauke G (Hrsg) Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT). Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes. CIP-Medien, München, S 124–149.
14. Richter-Benedikt AJ (2014) Strategische Jugendlichentherapie (SJT); Konzeption und Evaluation eines integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatzes im kombinierten Einzel- und Gruppensetting zur psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen. Dissertation, Eichstätt.
15. Sulz SKD (2011) Therapiebuch III; Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. CIP-Medien, München.
16. Pauschardt J, Eimecke SD, Mattejat F (2011) Indizierte Prävention internalisierender Störungen; Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes bei Kindern. Kindheit und Ent-wicklung 20:103–110.
17. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a) Fragbogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und An-leitung zur Handauswertung. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD), Köln.
18. Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b) Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18); Einführung udn Anleitung zur Handauswertung. Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendi-agnostik (KJFD), Köln.
19. Mattejat F, Remschmidt H (2006) Marburger System zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen (MARSYS); Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). Ratingbogen für Kinder, Jugendliche und Eltern. Verlag Hans Huber, Bern.
20. Deusinger IM (1986) Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN); Handanweisung. Hogrefe Ver-lag, Göttingen.
21. Bischof N (2009) Psychologie; Ein Grundkurs für Anspruchsvolle. Kohlhammer, Stuttgart.
22. Rost DH (Hrsg) (2010) Handwörterbuch Pädagogische Psychologie. Beltz Verlag, Weinheim.



Neurologische Kasuistik

Tinnitus, Kopfschmerz und verdickte Meningen

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 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

NT 7 – 8/2016
N: Tinnitus, Kopfschmerz und verdickte Meningen

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

Anamnese

Eine 69-jährige Rentnerin erkrankte vor drei Wochen mit einer Hörminderung rechts, einem Tinnitus und leichten frontalen und okzipitalen Kopfschmerzen. Wiederholt war es in den vergangenen Jahren zu einem Tinnitus gekommen. Eine HNO-ärztliche Untersuchung hatte keinen pathologischen Befund ergeben. Unter einer Behandlung mit Betahistidin und Steroidinfusionen besserte sich die Symptomatik nicht. Eine internistische Untersuchung einschließlich Labordiagnostik war unauffällig. Nachdem sich in der Kernspintomografie des Schädels (cMRT) multiple Marklagerläsionen (**Abb. 1**) und eine deutliche Kontrastmittelaufnahme der Meningen (**Abb. 2**) fanden, erfolgte die Vorstellung beim Neurologen.

Zur Vorgeschichte lies sich nur ein leichtes Bagatelltrauma mit Prellung des Kopfes erfragen. Die Kopfschmerzen, die in der Intensität stark schwankten, gingen mit leichter Übelkeit einher. Eine verstärkte Licht- oder Geräuschempfindlichkeit bestand nicht. Eine Beeinflussung durch Körperaktivitäten oder -lagen wurde verneint. Gebessert hätten sich die Kopfschmerzen durch Kaffeekonsum oder die Einnahme von Acetylsalicylsäure.

Infektsymptome oder B-Symptome (Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust) wurden verneint. Aktuell erfolgte eine medikamentöse Behandlung mit L-Thyroxin, Bisoprolol und Ramipril.

Neurologische Untersuchung

Die neurologische Untersuchung war unauffällig. Die Hirnnervenfunktionen, die Okulo- und Pupillomotorik waren normal. Der Halmagyi-Test war beidseits negativ, ein Spontan- oder Provokationsnystagmus nicht auslösbar. Die Koordination und die Standstabilisierung sowie das Gangbild waren normal. Die Sensibilität und Motorik ebenso. Die Muskeleigenreflexe waren seitengleich normal auslösbar. Pyramidenbahnzeichen fanden sich nicht. Die autonomen Funktionen waren normal. Die HWS (Halswirbelsäule)-Beweglichkeit war frei, ein Meningismus nicht vorhanden.

Eine extra- und transkranielle Dopplersonografie war normal. Die VEP (visuell evozierte Potenziale)-Latenzen (P100) lagen beidseits mit rechts 104 ms und links 106 ms im Normbereich.

Diagnose

Ausgeprägte pachymeningeale Kontrastmittelaufnahme mit Verdacht auf spontanes Liquorunterdrucksyndrom (DD entzündliche Pachymeningitis).

Weiterer Krankheitsverlauf

Unter dieser Diagnose erfolgte die rasche Vorstellung in einer neurologischen Klinik. Nachdem eine Behandlung mit Koffein keine Besserung brachte und sich in einer spinalen MRT zervikal eine ventrale Abhebung der Dura von (Halswirbelkörper) HWK2 bis (Brustwirbelkörper) BWK1 und dorsal von HWK7 bis etwa BWK8 mit epiduraler Flüssigkeit (**Abb. 3**) zeigte, erfolgte vier Wochen nach Beginn der Symptomatik erstmals eine CT-kontrollierte epidurale Blutinjektion (Blutpatch) mit 15 ml venösem Eigenblut thorakal (**Abb. 4**).

Zusätzlich erbrachte die spinale MRT-Untersuchung eine leichte zervikale Spinalkanalstenose HWK5/6 durch dorsale Osteophyten und eine Discusprotrusion sowie lumbal eine geringe multisegmen-

tale Spinalkanalstenose durch Spondylarthrosen der Facettengelenke und verdickte Ligamenta flava in den Abschnitten (Lendenwirbelkörper) LWK3/4 bis LWK5/(Sakralwirbelkörper) SWK1.

Nach der Behandlung klagte die Patientin über Schmerzen im Rücken sowie Parästhesien an den Händen und Beinen. Wechselnd wurde erneut ein jetzt erstmals teilweise lageabhängig verstärkter Tinnitus beschrieben. Der neurologische Befund war dabei unverändert normal. Die Medianus-SEP (somatosensibel evozierten Potenziale) beidseits waren mit normalen kortikalen Latenzen registrierbar. Eine MRT-Kontrolle ergab bei wieder stärkeren Kopfschmerzen mit Übelkeit und einem Benommenheitsschwindel eine Zunahme der Hygrome ohne Hinweise auf eine Kaudalverlagerung des Gehirns. Die erneute spinale MRT zeigte weitgehend unverändert den Befund intraspinaler epiduraler Flüssigkeitsansammlungen ventral von HWK2 bis 6 und dorsal von HWK7 bis BWK6 reichend. Eine ergänzende MR-Myelografie bestätigte ein Liquorleck von HWK6 bis BWK4 dorsal, sodass etwa drei Wochen nach dem ersten Blutpatch eine zweite Blutinjektion (11 ml) höher bei BWK1/2 erfolgte.

Nach dieser Prozedur klangen der Tinnitus, der Schwindel und die Kopfschmerzen ganz ab. Bei weiter unauffälligem neurologischen Befund fand sich kernspintomografisch lediglich eine tendenzielle Zunahme der Hygrome.

Wenige Tage später traten jetzt attackenförmige stechende Nackenschmerzen links, die über Stunden anhielten, und eine verstärkte Übelkeit nach dem Essen auf und man entschloss sich zu einer dritten Blutinjektion (10 ml) in Höhe HWK7/BWK1. Nach erneuter Besserung der Beschwerden kam es zwei Wochen später erneut zu einer deutlichen Verschlechterung mit holocephalen diffusen Kopfschmerzen mit Übelkeit und gelegentlich schwallartigem Erbrechen. Eine Kontrolle der Hygrome zeigte eine weitere leichte Zunahme der Ergüsse mit im Verlauf (**Abb. 5**) abnehmender Ventrikelweite. Ein erneutes spinales MRT wies unverändert langstreckige ventrale und dorsale Duraabhebungen mit Punctum maximum dorsal zwischen BWK10 bis 12 auf, sodass ein vierter CT-gesteuerter Blutpatch diesmal in Höhe BWK10/11 mit 15 ml Eigenblut vorgenommen wurde.

Am Tag nach dem Eingriff kam es dann zu einer kurzdauernden (10 Sekunden) Asystolie mit Reanimation bei AV-Block III. Grades, die zur Implantation eines Herzschrittmachers führte.

Angesichts der zunehmenden Hygrome wurde neun Tage nach der Schrittmacherimplantation eine Teilevakuation über zwei Trepanationslöcher durchgeführt. Postoperativ wurde eine antiepileptische Therapie mit Levetiracetam (2 x 500 mg) eingeleitet. Nach diesen Ereignissen klagte die Patientin über eine vermehrte Müdigkeit, Abgeschlagenheit mit Konzentrationsstörungen und gelegentliche Verwirrtheit. Kopfschmerzen, Schwindel oder ein Tinnitus traten nicht mehr auf.

Die neurologische Untersuchung war weiter unauffällig, ein EEG normal. Neuropsychologisch fielen jedoch erstmals eine leichte Verlangsamung, Konzentrationsstörungen mit leichter kognitiver Störung auf. Auch wurde eine deutliche Belastungsreaktion nach dem komplizierten Verlauf deutlich.

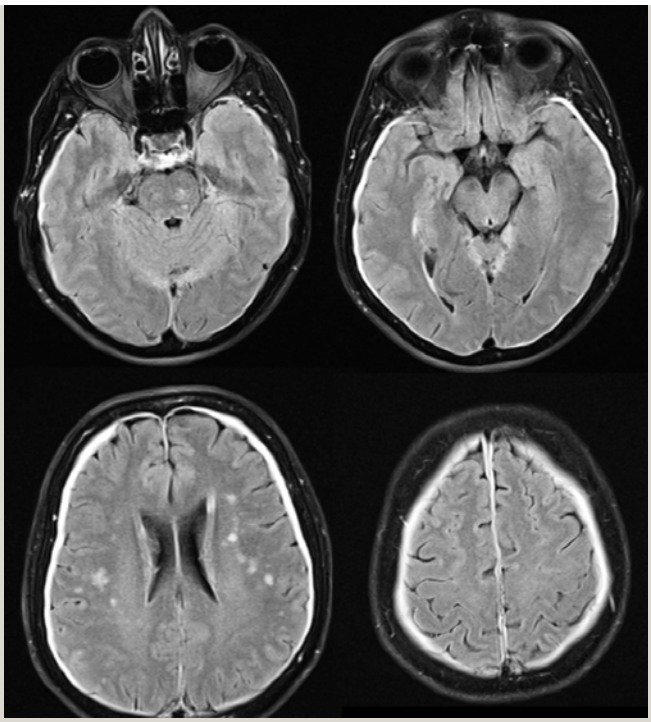
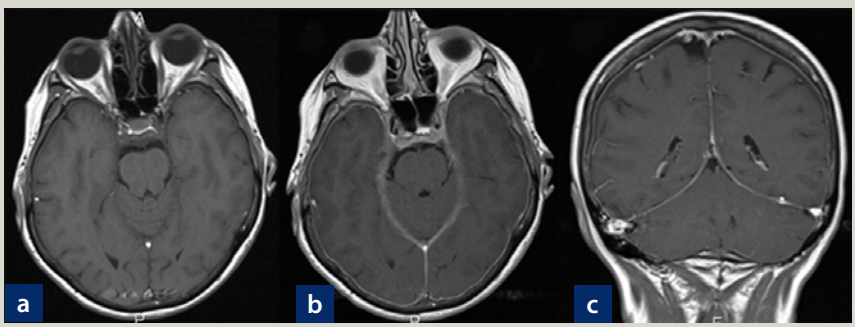


Abb. 1: In den Flair-Sequenzen finden sich mikroangiopathische Veränderungen in der paramedianen Pons links (oben links) sowie multiple Marklagerläsionen im temporalen Marklager (unten links). Zusätzlich fällt eine deutliche pachymeningeale Verdickung bereits in den Nativaufnahmen auf.

© Dürr, Erler, Henz, Mühlsteffen, Tagesklinik München Nord

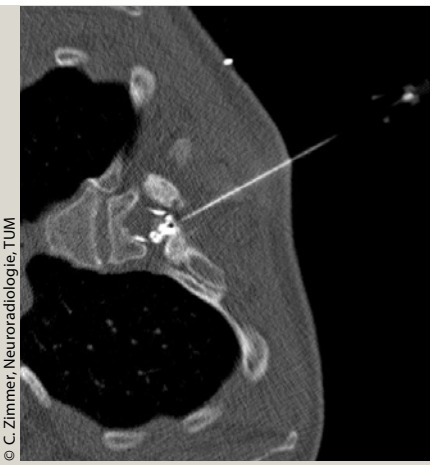


© C. Zimmer, Neuroradiologie, TUM

Abb. 2: In den T1-Sequenzen (a) kommt es nach Kontrastmittelgabe (b) zu einer deutlichen Signalerhöhung der Meningen einschließlich des Tentoriums (c). Diese ist allseits homogen ohne noduläre Kontrastmittel(KM)-Aufnahme.

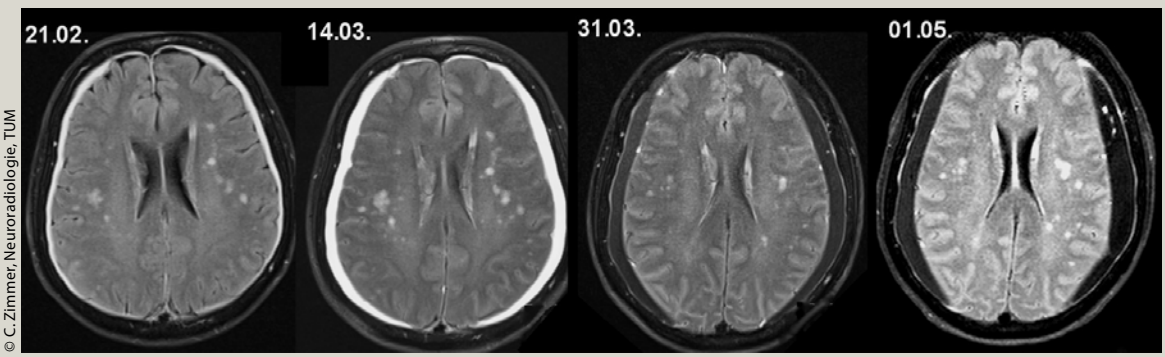
© C. Zimmer, Neuroradiologie, TUM

Abb. 3: In der axialen Schichtung (a) zeigt sich dorsal bei BWK1 eine epidurale Flüssigkeitsansammlung (weißer Pfeil). Bei sagittaler Schichtung (b) lässt sich eine ventrale Duraabhebung von HWK6 bis BWK2 und deutlicher dorsal von BWK1 bis BWK6 (weißer Pfeil) erkennen. Zusätzlich ist eine leichte Spinalkanalstenose (grüner Pfeil) durch dorsale Osteophyten HWK5/6 vorhanden.



© C. Zimmer, Neuroradiologie, TUM

Abb. 4: Unter CT-Zielführung erfolgt nach einer Kontrastmittel (KM)-Injektion thorakal der erste Blutpatch mit Injektion von 15 ml frisch venös entnommenem Blut. Die hier erkennbare epidurale Ausbreitung des Kontrastmittels verifiziert die richtige Position der Injektionsnadel.



© C. Zimmer, Neuroradiologie, TUM

Abb. 5: Der kernspintomografische Verlauf zeigte trotz der dreimaligen Blutpatch-Behandlung eine Zunahme bilateralen subduralen Ergusses mit abnehmender Weite der Seitenventrikel.

Vier Wochen nach dem letzten Blutpatch ist die Patientin bezüglich der Liquorunterdrucksymptomatik anhaltend beschwerdefrei. Ein knapp zwei Wochen nach dem Eingriff durchgeführtes Kontroll-CT des Kopfes bestätigte die Abnahme der Hygrome mit einer wieder zunehmenden Entfaltung der Seitenventrikel.

Diagnose

Spontanes Liquorunterdrucksyndrom (SIH) mit beidseitigen zunehmenden

- Hygromen
- Zustand nach viermal Blutpatch bei zervikothorakalem Liquorleck
- Zustand nach Teilexkavation der Hygrome über beidseitige Bohrlochtrepanationen.

Fazit

Der hier beschriebene Fall weist eine ganze Reihe von Besonderheiten auf: Die Diagnose erfolgte aufgrund der kernspintomografischen Befunde trotz der klinisch eher unspezifischen Symptomatik sehr schnell, dennoch war der Verlauf kompliziert. In den letzten Jahren war die Diagnose nicht immer rasch zu stellen. So waren in einer kleinen Serie von acht Patienten, die von 2010 bis 2012 in einem walisischen Krankenhaus mit einem SIH diagnostiziert wurden, sieben vorher fehldiagnostiziert worden. Der Zeitraum bis zu richtigen Diagnose betrug dabei bis zu zwei Jahren [1]. Eine bereits 2003 veröffentlichte Zusammenstellung von 18 konsekutiven Fällen einer SIH, die zur operativen Behandlung vorgestellt wurden, hatte zuvor bereits über eine mit 94 % gleich hohe Rate initialer Fehldiagnosen berichtet [2]. Hier lag die längste Dauer bis zur richtigen Diagnose mit 13 Jahren jedoch noch wesentlich höher.

Die erste Beschreibung eines SIH stammt von Schaltenbrand, der 1938 erstmals ein Kopfschmerzsyndrom beschrieb, das den typischen Symptomen eines postpunktionellen Liquorunterdruckkopfschmerzes

gleicht und auf eine spontane Liquorhypovolämie zurückführte. Er diskutierte auch bereits die drei verschiedenen Möglichkeiten einer vermehrten Resorption, einer verminderten Produktion oder eines Liquorlecks als Ursache [3]. In der Folgezeit dominierten jedoch sekundäre SIH meist nach Eingriffen wie in erster Linie einer lumbalen Liquorpunktion das klinische Bild und die Veröffentlichungen. Erst in den letzten Jahrzehnten wurde, in erster Linie befördert durch den Einsatz neuroradiologischer Untersuchungsmethoden, eine stetig zunehmende Zahl von Berichten über SIH veröffentlicht. Deren Inzidenz wird mit 5/100.000/Jahr angenommen. Das Haupterkrankungsalter liegt um 40 Jahre, aber auch Kinder und Jungendliche können betroffen sein [4], Frauen deutlich häufiger als Männer [5, 6, 7]. Für die meisten Fälle wird heute ein spinales Liquorleck ursächlich angenommen. Hierbei kann es bereits durch leichte Traumata wie beispielsweise einer Yoga-Übung oder einem Pilatis-Training sowie nach chirotherapeutischen Behandlungen zum Einriss arachnoidaler Membranen und damit zur Liquorextravasation kommen [8, 7, 9, 10]. So findet sich auch bei Bindegewebserkrankungen wie dem Ehlers-Danlos-Syndrom Typ II, dem Marfan-Syndrom, der autosomal dominanten polyzystischen Nierenerkrankung und dem Syndrom der isolierten Gelenküberbeweglichkeit häufiger eine SIH [11, 12, 13]. Histologische Untersuchungen konnten als Ursache eine signifikante Schwächung der Bindegewebsstrukturen wie der Dura durch eine Auflösung der normalen Organisationsstruktur elastischer Fasern nachweisen [14, 15]. Beim Marfan-Syndrom können die Dura-Ektasien so ausgeprägt sein, dass sie zum Leitsymptom werden [16]. Neben einfachen Loch- und Rissbildungen in der Dura können sich auch große meningeale Divertikel ausbilden, die sich multisegmental über die gesamte Wirbelsäule ausdehnen [17, 12]. Interessanterweise finden sich solche meningeale Divertikel an den Nervenwurzeltaschen bei Patienten mit einer SIH in 68 % mit einer mittleren Anzahl von sechs im Vergleich zu Gesunden mit 44 % und nur zwei im Mittel deutlich häufiger [18].

Da einige Patienten mit SIH einen normalen Liquoröffnungsdruck haben, geben neuere Untersuchungen auch den bereits von Schaltenbrand geäußerten Überlegungen einer Liquorhypovolämie als Ursache der Symptome in Abgrenzung von einer intrakranialen Hypotension recht [19, 12].

Für die Überlassung der neuroradiologischen Untersuchungsbilder bedanke ich mit herzlichst bei der Praxis Radiologie Drs. Dürr, Erler, Henz und Mühlsteffen, Tagesklinik München Nord und Professor Zimmer, Abteilung Neuroradiologie Klinikum rechts der Isar, München.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Peter Franz
Neurologische Gemeinschaftspraxis
Tagesklinik München Nord
Ingolstädter Str. 166, 80939 München
E-Mail: pkfranz@icloud.com

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche Aussage zu audiovestibulären Symptomen bei einer SIH ist richtig?

a. Eine sensoneurale Hörminderung findet sich häufig unbemerkt von den Patienten.
b. Selten kommt es zu einem orthostatischen Tinnitus.
c. Meniereähnliche Symptome können auftreten.
d. Eine Augenbewegungsanalyse zeigt nicht selten einen Lage- oder Spontannystagmus.
e. Alle Antworten (a – d) sind richtig.

Lösung

Richtig ist Antwort 1e. Vestibulochochleäre Symptome zählen wie auch in unserem Fallbeispiel zu den häufigsten Symptomen. Eine Hörminderung könnte dabei nach einer älteren Untersuchung bei urologischen Patienten mit Periduralanästhesie sogar ein empfindlicher Parameter für mögliche postpunktionelle Kopfschmerzen sein [20, 21]. Ein typischer orthostatischer Tinnitus wurde als Begleitsymptom eines SIH beschrieben [22]. Da die Perilymphräume über den Ductus perilymphaticus auch mit dem Subarachnoidalraum in Verbindung stehen, ist eine Beeinträchtigung der Innenohrfunktion durch ein Liquorleck zu erwarten. Und so konnte Walsted in einer Untersuchung an 126 Patienten, bei denen eine Inzision oder Punktion der Dura im Rahmen operativer Eingriffe erfolgte, auch nur bei Patienten mit einem Liquorleck eine Hörminderung messen [23]. In einer aktuellen neurootologischen Untersuchung von 16 SIH-Patienten konnte Choi bei 62,5 % eine audiovestibuläre Beeinträchtigung nachweisen [24]. Nur die Hälfte dieser Patienten beklagten dabei klinische Symptome. In der Audiometrie fand sich jedoch bei über der Hälfte (53,8 %) der Patienten eine sensoneurale Hörminderung. Die Augenbewegungsanalyse wies bei 37,5 % einen Lage- oder Spontannystagmus nach. Ein Patient klagte über spontane rezidivierende Drehschwindelattacken begleitet von einem Tinnitus ähnlich einer Meniereattacke. Bei ihm konnte in der Attacke bei unauffälligem Halmagyi-Test ein horizontaler Nystagmus mit rotierender Komponente registriert werden. Bereits in der Vergangenheit wurden wiederholt Einzelfälle einer SIH berichtet, die eine typische Meniieresymptomatik entwickelten [25, 26].

Frage 2

Was trifft auf Kopfschmerzen bei einem spontanen SIH zu?

a. Sie können vollständig fehlen.
b. Sie können beim Hinlegen zunehmen (paradoxe Reaktion).
c. Sie können praktische jede Qualität aufweisen.
d. Sie können bei subduralen Blutungen auch plötzlich einsetzen.
e. Alle Aussagen (a – d) sind richtig.

Lösung

Richtig ist Antwort 2e. Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Symptomen eines SIH. Wenn sie orthostatisch auftreten (zunehmend im Sitzen und Stehen sowie abklingend in Ruhelage), lässt sich die Diagnose deutlich leichter stellen. Dabei kann die Dauer der Besserung besonders bei chronischem Verlauf deutlich über der anfänglichen Zeit von einigen Minuten liegen. In den meisten Fällen werden bilaterale Kopfschmerzen berichtet. Die Verteilung kann praktisch jede Lokalisation bevorzugen [27]. Selten kann auch ein paradoxer Effekt auftreten, bei dem der Kopfschmerz im Liegen zunimmt [28]. Anstrengungskopfschmerzen können ebenso wie apoplektiforme Kopfschmerzen, die an eine aneurysmatische Blutung denken lassen, imitiert werden [29, 11]. Gerade die Kopfschmerzen sind häufig auch ein Grund für Fehldiagnosen, wobei hier häufig eine Migräne oder eine Meningitis falsch diagnostiziert wird [2]. Im Verlauf kann auch ein chronischer täglicher Kopfschmerz entstehen, der auch mit zervikalen Schmerzen oder Schmerzen zwischen den Schulterblättern assoziiert ist [7]. Patienten, die nur in der zweiten Tageshälfte über Kopfschmerzen klagen, könnten nach Untersuchungen von Leep ein geringeres Leck haben und dadurch erst verzögert Schmerzen im Laufe des Tages entwickeln [30]. Als Ursache der Schmerzentstehung wird neben einer Zugwirkung an schmerzempfindlichen Strukturen durch das Sacken des Gehirns auch die Dilatation zerebraler Venen und Sinus diskutiert [27]. Es kann jedoch auch immer wieder ein vollständiges Fehlen von Kopfschmerzen bei typischen MRT-Zeichen einer SIH beobachtet werden [31]. Dann sollte auch nach anderen Symptomen, die inzwischen auch als atypische SIH beschrieben wurden, gesucht werden. Hier sind insbesondere auf orthostatische auftretende Übelkeit, Erbrechen, Doppelbilder besonders mit Abduzensparese, Seh- oder Hörstörungen, aber auch auf Bewegungsstörungen (Parkinson-Syndrom, Chorea) oder fluktuierende Verhaltens- oder Bewusstseinstörungen zu achten [32, 33].

Frage 3

Welches MRT-Zeichen ist *nicht* typisch für ein SIH?

a. Empty-sella-Zeichen
b. Eine deutliche paychimeningeale Kontrastmittelaufnahme
c. Ein kaudales Sacken des Gehirns
d. Eine vergrößerte Hyophyse
e. Ein verstärkte spinale Venenzeichnung

Lösung

Richtig ist Antwort 3a. Die MRT hat die Diagnose einer SIH entscheidend geprägt. Hier finden sich als häufigstes Zeichen in 93 % der gesicherten Fälle eine Erweiterung der Hirnvenen und der Sinus im Schädel-MRT und spinal in 78 % erweiterte epidurale Venen, die von Ungeübten oftmals übersehen werden [34, 35]. Daneben ist eine verdickte pachymeningeale Kontrastmittelaufnahme (83 %) als pathognomonisch zu sehen. Diese ist differenzialdiagnostisch von der eher knotig imponierenden hyperthrophen kranialen Pachymeningitis abzugrenzen [36]. In etwa gleicher Häufigkeit lassen sich extradurale Flüssigkeitsansammlungen epidural in den T2-gewichteten Sequenzen finden. Meist reichen sie über mehr als fünf Segmente. In schweren Fällen ermöglicht eine Substraktion der T1- von T2-gewichteten Bildern oftmals die Identifizierung eines epiduralen Lecks [37]. Ein Tonsillentiefstand findet sich wie eine subdurale Flüssigkeitsansammlung bei 72 % und eine Vergrößerung der Hypophyse bei 67 % [38]. Daneben lassen sich kaum sichtbare Optikusscheiden und ein Kollaps der Vena ophthalmica superior finden [39, 40]. Darüber hinaus hat sich die Messung des pontomesencephalen Winkels, der bei SIH im Vergleich zu Gesunden von 65 + 9,9° auf 41,2 + 17,4° abfällt, und der mamillopontinen Distanz, die von 7 + 1,3 mm bei Gesunden auf 4,4 + 1,8 mm abnimmt, zur Diagnosesicherung als hilfreich herausgestellt [41]. Eine in den Segmenten HWK1/2 nachweisbare Flüssigkeit, die sich bei 33 – 67 % der Patienten findet, darf dabei jedoch nicht mit dem eigentlichen Liquorleck („falsches C1-/C2-Zeichen") verwechselt werden [42].

Frage 4

Welche Aussage zur Therapie bei einer SIH ist *falsch*?

a. Die Erfolgsrate einer Therapie liegt nach einmaliger „blinder" Injektion zwischen 35 – 89 %.
b. Rezidive treten nur in den ersten vier Wochen auf.
c. Eine CT-gesteuerte Blutinjektion erhöht die Erfolgschancen.
d. Wiederholte Injektion kommen häufig bei multilokulären Lecks vor.
e. Subdurale Hämatome können sich auch unter einer konservativen Therapie bessern.

Lösung

Die Lösung ist Antwort 4b. Für die oftmals wie in unserem Fall initial eingesetzte Behandlung mit Bettruhe, Koffein- und Flüssigkeitsgabe liegen bisher keine evidenzbasierten Studien vor [5]. Die Erfolgsrate eines „blinden" Blutpatches, bei dem 10 – 20 ml venösen Eigenblutes lumbal injiziert und anschließend durch Lagerungsmanöver eine Verteilung in mehrere spinale Segmente angestrebt wird, die auch das mögliche Liquorleck erfassen soll, liegt nach einmaliger Injektion bei 36,8 – 89,5 % [43, 44, 45, 46]. Eine Wiederholung mit 20 – 40 ml führt dann nochmals bei 20 – 33 % zu einer Besserung [47]. Auch wenn einzelne Autoren keinen besseren Effekt einer gezielten Injektion bei nachgewiesenem Liquorleck fanden und daher auch die intensive Suche nach diesem für nicht erforderlich erachten, sprechen eine Reihe neuer Arbeiten doch für eine gezielte Injektion. So berichtet Franzini über 80 konsekutive Fälle eines SIH, bei denen sich bei 39 myelografierten Patienten und 14 mit einer Radionuklidmyelografie lediglich bei vier Patienten wirklich ein Liquorleck nachweisen lies, weshalb diese Arbeitsgruppe aufgrund einer Erfolgsrate von 87 % nach einem blinden lumbalen Blutpatch diesen als Standardverfahren empfiehlt [6]. Nur 13 % benötigten eine zweite Injektion, die zu einer Gesamterfolgsrate von 90 % führte. Lediglich 10 % konnte nicht gebessert werden. Bemerkenswert war in der Langzeitbeobachtung, dass jeder Vierte innerhalb von zwei bis acht Jahren ein Rezidiv der Symptomatik entwickelte. Mit neueren radiologischen Verfahren wie der dynamischen CT-Myelografie oder der digitalen Subtraktionsmyelografie sowie der MR-Myelografie mit intrathekaler Gadoliniumgabe lassen sich doch sehr viel häufiger Liquorlecks entdecken. Als sensitivstes Verfahren hat sich dabei zur Zeit die MR-Myelografie mit intrathekaler Gadoliniumgabe herauskristalisiert, die in etwa 89 % eine positiven Nachweis liefert [48, 49]. Damit sind auch CT-gesteuerte gezielte Injektionen in der Umgebung des Liquorlecks möglich, sodass bei fehlender Besserung nach einem ersten „blinden Blutpatch" von vielen Autoren eine gezielte Injektion empfohlen wird. In den bisher veröffentlichten kleinen Serien und Fallbe-

richten liegt die Erfolgsrate mit einer gezielten Injektion zwischen 71 – 87 % [43, 44, 50]. In einer (allerdings) nur retrospektiven nicht randomisierten Untersuchung von 56 Patienten mit einem SIH zeigte sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen ungezielter und gezielter Injektionstechnik. So besserten sich nur 52 % der Patienten, die einen blinden Patch erhielten, jedoch 87 % nach einer gezielten Injektion [43]. Da manche Patienten mehrere Lecks aufweisen, können auch wiederholte Injektionen an verschiedenen Stellen erforderlich sein. Eine retrospektive Studie fand allerdings jüngst keine Korre-lation der benötigten Blutpatches mit der Zahl nachgewiesener Liqourleckagen [51]. Hingegen war der Zusammenhang mit dem initialen Schweregrad der Beschwerden signifikant. Eine konsekutive Untersuchung aller 104 von 2006 bis 2014 an einer koreanischen Universitätsklinik mit Blutpatch behandelten Fälle eines SIH konnte lediglich ein kaudales Sacken des Gehirns als Marker für eine höhere Anzahl notwendiger Injektionen identifizieren. Wurden im Mittel zwei Injektionen benötigt, so lag die Spannweite jedoch zwischen ein und sieben Patches [52]. Zum gleichen Ergebnis kam auch eine Vergleichsstudie, die 33 Patienten mit klassischen Symptomen mit acht Patienten mit einem atypischen Verlauf verglich. Letztere waren deutlich älter und hatten mit durchschnittlich 21,93 Monaten im Vergleich zu 3,78 Monaten bei den „klassischen" Patienten einen deutlich längeren Verlauf bei der Diagnosestellung und imponierten klinisch mit demenziellen Symptomen (frontotemporaler Typ), Bewusstseinsstörungen, Ataxie oder Parkinson-Symptomen. Sie sprachen schlechter auf alle eingesetzten Behandlungsmaßnahmen an. Neuroradiologisch unterschieden sie sich lediglich in einer signifikant größeren anterior-posterioren Mittelhirnlänge und einem verminderten pontomamillären Durchmesser [53].

Eine neue, mit acht Patienten aber nur sehr kleine Therapiestudie, die den Effekt der zusätzlichen Gabe eines Fibrinklebers bei lumbalem, CT-gezieltem Blutpatch LWK1/2 untersuchte, konnte weder die von Franzini publizierten hohen Erfolgsraten einer „blinden" lumbalen Injektion bestätigen, noch einen sicheren Effekt des Fibrinklebers finden, auch wenn die Autoren für einzelne Patienten einen positiven Effekt sahen und zu weiteren Studien bei refraktärem Verlauf raten [54]. Unverändert ist auch eine operative Behandlung bei refraktärem Liquorleck in Einzelfällen erforderlich und als erfolgreich beschrieben worden [55]. Besonders erfolgreich ist das chirurgische Vorgehen bei spinalen Prozessen, die sekundär zu einem Liquorleck führen [56].

Den Verlauf der durch ein subdurales Hämatom komplizierten Fälle eines SIH analysierte eine jüngste Arbeit aus Japan. In dieser retrospektiven Studie boten 55 (32,5 %) von 169 Patienten ein subdurales Hämatom. Von den 25 initial nur mit einem Blutpatch behandelten Patienten benötigten nur sieben (28 %) im Verlauf eine operative Entlastung, während sich 72 % ohne Operation vollständig erholten [57]. Von den 17 initial operativ behandelten Patienten benötigten im Verlauf 64 % einen zusätzlichen Blutpatch oder mussten wiederholt operativ entlastet werden.

Ein besonders schwieriger Fall wurde vor kurzem von Stephen vorgestellt, der die komplexe Situation bei einer SIH beleuchtet und auch einen Einblick in die pathophysiologischen Effekte der Therapie ermöglicht [58]. Er beschreibt eine 57-jährige Frau mit typischen Symptomen einer SIH mit zunehmenden subduralen Hygromen und diffuser pachymeningealer Kontrastmittelaufnahme, die nach kurzfristiger Besserung nach einem blinden lumbalen Blutpatch eine Zunahme der Kopfschmerzen und eine epidurale Flüssigkeitsansammlung am kraniozervikalen Übergang entwickelte. Nach einem erneuten, erfolglosen lumbalen Blutpatch kam es zu einer Verschlechterung mit uncaler Herniation bei zunehmenden subduralen Hämatomen. Auch eine bifrontale Entlastungstrepanation besserte die Situation nicht. Es kam zu beidseitigen Posteriorinfarkten. Ein thorakaler Blutpatch brachte keine Besserung und die Patientin blieb komatös mit Pupillendifferenz und minimaler linksseitiger Motorik. Unter einer Kochsalzinfusion intrathekal konnte der intrakraniale Druck wieder auf 15 mmHg erhöht werden, die Patientin wachte auf und reagierte auf einfache Aufforderungen. Mit Unterbrechung der intrathekalen Kochsalzinfusion fiel der intrakraniale Druck und die Patientin wurde erneut komatös. Nach Wiederaufnahme der Infusion stieg der Druck und die Patientin besserte sich. Bei erneut zunehmender rechtsseitiger Hygrombildung erfolgte nochmals eine chirurgische Entlastung. Bei einer neurochirurgischen Exploration des zervikothorakalen Überganges konnte letztlich ein Liquorleck an der linken Wurzel Th1 identifiziert und verschlossen werden. Die Patientin erholte sich postoperativ gut und behielt neben einer leichten Hemiparese rechts nur eine leichte Prosopagnosie (Gesichtsblindheit) bei normalem Gesichtsfeld als Folge des rechten Posteriorinfarktes. In diesem Fall konnte eine Erhöhung des intrakranialen Druckes durch die intrathekale Kochsalzinfusion erreicht und damit die Gefahr einer voranschreitenden Herniation verhindert werden. Messungen nach epiduralem Blutpatch hatten lediglich eine Erhöhung des epiduralen Druckes, jedoch keine Änderung der intrakranialen Druckverhältnisse nach einem Blutpatch gezeigt [59, 60]. Auch hier konnte aber nur die Ausschaltung des Liquorlecks eine endgültige Besserung erreichen.

Weitere Infos auf **springermedizin.de**

Spontanes Liquorunterdrucksyndrom und Marfan-Syndrom

Erst 1995 wurde ein Fall mit einem spontanen Liquorunterdrucksyndrom bei einer Patientin mit genetisch gesichertem Marfan-Syndrom publiziert. Der Artikel berichtet über zwei Patientinnen mit posturalen Kopfschmerzen, die in der MRT multilokuläre Liquorleckagen aufwiesen. Bei beiden war die genetisch gesicherte Diagnose eines Marfan-Syndroms bekannt. Die Behandlung mit epiduralem Blutpatching war in beiden Fällen erfolgreich. Der Artikel stellt wichtige epidemiologische, diagnostische sowie pathophysiologische Aspekte und die therapeutischen Ansätze dar.

► Diese Artikel finden Sie, indem Sie den Titel in die Suche eingeben.

Literatur

1. Anderson J, Corkill R. Spontaneous intracranial hypotension: clinical features of eight cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 84(11): e2, 2013
2. Schievink WI. Misdiagnosis of spontaneous intracranial hypotension. Arch Neurol 60(12):1713-1718, 2003
3. Schaltenbrand VG. Neuere Anschauungen zur Pathophysiologie der Liquorzirkulation. Zentralblatt für Neurochirurgie. 3:290–299, 1938
4. Schievink WI, Maya MM, Louy C, Moser FG, Sloninsky L. Spontaneous intracranial hypotension in childhood and adolescence. J Pediatr 163(2): 504-510, 2013
5. Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks. Cephalalgia 28(12):1347-1356, 2008
6. Franzini A, Messina G, Nazzi V, Mea E, Leone M, Chiapparini L, Broggi G, Bussone G. Spontaneous intracranial hypotension syndrome: a novel speculative physiopathological hypothesis and a novel patch method in a series of 28 consecutive patients. J Neurosurg 112(2):300-306, 2010
7. Spears RC. Low-pressure/spinal fluid leak headache. Curr Pain Headache Rep 18(6):425, 2014d
8. Davis J, Yanny I, Chatu S, Dubois P, Hayee B, Moran N. Spontaneous cerebrospinal fluid leak following a pilates class: a case report. J Med Case Rep 8:456, 2014
9. Tuchin P. A systematic literature review of intracranial hypotension following chiropractic. Int J Clin Pract 68(3):396-402, 2014
10. Blumer V, Rosemberg D, Kaswan E, Lustgarten L. Spontaneous intracranial hypotension following a Yoga class: a case report. Am J Med Case Reports 3(10): 314-318, 2015
11. Schievink WI, Wijdicks EF, Meyer FB, Sonntag VK. Spontaneous intracranial hypotension mimicking aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Neurosurgery 48(3):513-516, 2001
12. Mokri B. Familial occurrence of spontaneous spinal CSF leaks: underlying connective tissue disorder. Headache 48(1): 146-149, 2008
13. Apetroae A, Strecke T, Herbert A, Schnellinger PD. Spontanes Liquorunterdrucksyndrom und Marfan-Syndrom. Nervenarzt 2016 Jun 8. [Epub ahead of print], 2016
14. Jones KB, Myers L, Judge DP, Kirby PA, Dietz HC, Sponseller PD. Toward an understanding of dural ectasia: a light microscopy study in a murine model of Marfan syndrome. Spine (Phila Pa 1976) 30(3):291-293, 2005
15. Bassani L, Graffeo CS, Behrooz N, Tyagi V, Wilson T, Penaranda S, Zagzag D,Rifkin DB, Barcellos-Hoff MH, Fatterpekar G, Placantonakis D. Noninvasivediagnosis and management of spontaneous intracranial hypotension in patients with marfan syndrome: Case Report and Review of the Literature. Surg Neurol Int 5:8. doi: 10.4103/2152-7806.125629. eCollection 2014
16. Altman A, Uliel L, Caspi L. Dural ectasia as presenting symptom of Marfan syndrome. Isr Med Assoc J 10(3):194-195, 2008
17. Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. JAMA 295(19): 2286-2296, 2006
18. Kranz PG, Stinnett SS, Huang KT, Gray L. Spinal meningeal diverticula in spontaneous intracranial hypotension: analysis of prevalence and myelographic appearance. AJNR Am J Neuroradiol 34(6):1284-1289, 2013
19. Miyazawa K, Shiga Y, Hasegawa T, Endoh M, Okita N, Higano S, Takahashi S, Itoyama Y. CSF hypovolemia vs intracranial hypotension in „spontaneous intracranial hypotension syndrome". Neurology 60(6):941-947, 2003
20. Walsted A, Salomon G, Olsen KS. Low-frequency hearing loss after spinal anesthesia. Perilymphatic hypotonia? Scand Audiol 20(4):211-215, 1991
21. Oncel S, Hasegeli L, Zafer Uğuz M, Savaci S, Onal K, Oyman S. The effect of epidural anaesthesia and size of spinal needle on post-operative hearing loss. J Laryngol Otol 106(9):783-787, 1992
22. Arai M, Takada T, Nozue M. Orthostatic tinnitus: an otological presentation of spontaneous intracranial hypotension. Auris Nasus Larynx 30(1):85-87, 2003
23. Walsted A. Effects of cerebrospinal fluid loss on hearing. Acta Otolaryngol Suppl 543:95-98, 2000
24. Choi JH, Cho KY, Cha SY, Seo JD, Kim MJ, Choi YR, Kim SH, Kim JS, Choi KD. Audiovestibular impairments associated with intracranial hypotension. J Neurol Sci 357(1-2):96-100, 2015
25. Miller RS, Tami TA, Pensak M. Spontaneous intracranial hypotension mimicking Menière's disease. Otolaryngol Head Neck Surg 135(4):655-656, 2006
26. Fontaine N, Charpiot A, Debry C, Gentine A. A case of spontaneous intracranial hypotension: from Ménière-like syndrome to cerebral involvement. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 129(3): 153-156, 2012
27. Mokri B. Spontaneous low pressure, low CSF volume headaches: spontaneous CSF leaks. Headache 53(7): 1034-1053, 2013
28. Mokri B, Aksamit AJ, Atkinson JL. Paradoxical postural headaches in cerebrospinal fluid leaks. Cephalalgia 24(10):883-887, 2004
29. Mokri B. Intracranial hypertension after treatment of spontaneous cerebrospinal fluid leaks. Mayo Clin Proc 77(11):1 241-1246, 2002
30. Leep Hunderfund AN, Mokri B. Second-half-of-the-day headache as a manifestation of spontaneous CSF leak. J Neurol 259(2):306-310, 2012
31. Mokri B, Atkinson JL. False pituitary tumor in CSF leaks. Neurology 55(4): 573-57, 2000
32. Mokri B. Movement disorders associated with spontaneous CSF leaks: a case series. Cephalalgia 34(14): 1134-1141, 2014
33. Mokri B. Radioisotope cisternography in spontaneous CSF leaks: interpretations and misinterpretations. Headache 54(8):1358-1368, 2014
34. Medina JH, Abrams K, Falcone S, Bhatia RG. Spinal imaging findings in spontaneous intracranial hypotension. AJR Am J Roentgenol 195(2):459-464, 2010
35. Miyazawa K, Shiga Y, Hasegawa T, Endoh M, Okita N, Higano S, Takahashi S, Itoyama Y. CSF hypovolemia vs intracranial hypotension in „spontaneous intracranial hypotension syndrome". Neurology 60(6):941-947, 2003
36. Kuhn J, Harzheim A, Riku S, Müller W, Bewermeyer H. Hypertrophe kraniale Pachtmeningitis als seltene Ursache für Kopfschmerzen. Nervenarzt 77(4):423-429, 2006
37. Bonetto N, Manara R, Citton V, Cagnin A. Spinal subtraction MRI for diagnosis of epidural leakage in SIH. Neurology 77(21):1873-1876, 2011
38. Urbach H. Liquorunterdruck. Nervenarzt 85(8): 1021-1032, 2014
39. Chen WT, Fuh JL, Lirng JF, Lu SR, Wu ZA, Wang SJ. Collapsed superior ophthalmic veins in patients with spontaneous intracranial hypotension. Neurology 61: 1265-1267, 2003
40. Watanabe A, Horikoshi T, Uchida M, Koizumi H, Yagishita T, Kinouchi H. Diagnostic value of spinal MR imaging in spontaneous intracranial hypotension syndrome. AJNR Am J Neuroradiol 30(1): 147-151, 2009
41. Shah LM, McLean LA, Heilbrun ME, Salzman KL. Intracranial hypotension: improved MRI detection with diagnostic intracranial angles. AJR Am J Roentgenol 200(2):400-407, 2013
42. Schievink WI, Maya MM, Tourje J. False localizing sign of C1-2 cerebrospinal fluid leak in spontaneous intracranial hypotension. J Neurosurg 100(4):639-644, 2004
43. Cho KI, Moon HS, Jeon HJ, Park K, Kong DS. Spontaneous intracranial hypotension: efficacy of radiologic targeting vs blind blood patch. Neurology 76(13):1139-1144, 2011
44. Amoozegar F, Guglielmin D, Hu W, Chan D, Becker WJ. Spontaneous intracranial hypotension: recommendations for management. Can J Neurol Sci 40(2):144-157, 2013
45. Ferrante E, Rubino GF, Passarani S, Arpino I. Spontaneous intracranial hypotension. J Neurosurg 113(2):397-398, 2010
46. Chung SJ, Lee JH, Im JH, Lee MC. Short- and long-term outcomes of spontaneous CSF hypovolemia. Eur Neurol 54(2):63-67, 2005
47. Schwedt TJ, Domdick DW. Spontaneous intracerebral hypotension. Current Pain and Headache Reports 11(1);56-61, 2007
48. Akbar JJ, Luetmer PH, Schwartz KM, Hunt CH, Diehn FE, Eckel LJ. The role of MR myelography with intrathecal gadolinium in localization of spinal CSF leaks in patients with spontaneous intracranial hypotension. AJNR Am J Neuroradiol 33(3):535-540, 2012
49. Gottschalk A. [Cerebrospinal fluid leakage. Indications, technique and results of treatment with a blood patch]. Radiologe 55(6): 471-478, 2015
50. Wang YF, Lirng JF, Fuh JL, Hseu SS, Wang SJ. Heavily T2-weighted MR myelography vs CT myelography in spontaneous intracranial hypotension. Neurology 73(22):1892-1898, 2009
51. Joo EY, Hwang BY, Kong YG, Lee JH, Hwang BS, Suh JH. Retrospective study of epidural blood patch use for spontaneous intracranial hypotension. Reg Anesth Pain Med 40(1): 58-61, 2015
52. Karm MH, Choi JH, Kim D, Park JY, Yun HJ, Suh JH. Predictors of the treatment response of spontaneous intracranial hypotension

to an Epidural Blood Patch. Medicine (Baltimore). 2016 May;95(18):e3578. doi: 10.1097/MD.0000000000003578. PubMed PMID: 27149484
53. Capizzano AA, Lai L, Kim J, Rizzo M, Gray L, Smoot MK, Moritani T. Atypical presentations of intracranial hypotension: comparison with classic spontaneous intracranial hypotension. AJNR Am J Neuroradiol. 2016 Mar 3. [Epub ahead of print]
54. Elwood J, Dewan M, Smith J, Mokri B, Mauck W, Eldrige J. Efficacy of epidural blood patch with fibrin glue additive in refractory headache due to intracranial hypotension: preliminary report. Springerplus. 2016 Mar 11;5:317. doi:10.1186/s40064-016-1975-1. eCollection 2016
55. Inamasu J, Guiot BH. Intracranial hypotension with spinal pathology. Spine J 6(5):591-599, 2006
56. Sartip K, McKenna G, Spina M, Grahovac S. Intracranial hypotension secondary to spinal pathology: Diagnosis and treatment. Clin Neurol Neurosurg 143:95-98, 2016
57. Takahashi K, Mima T, Akiba Y. Chronic subdural hematoma associated with spontaneous intracranial hypotension: therapeutic strategies and outcomes of 55 cases. Neurol Med Chir (Tokyo) 56(2):69-76, 2016
58. Stephen CD, Rojas R, Lioutas VA, Papavassiliou E, Simon DK. Complicated spontaneous intracranial hypotension treated with intrathecal saline infusion. Pract Neurol 16(2):146-149, 2016
59. Fichtner J, Fung C, Z'grabgen W, Raabe A, Beck J. Lack of Increase in intracranial pressure after epidural blood patch in spinal cerebrospinal fluid leak. Neurocrit Care 16: 444-449, 2012
60. Pratt SD, Kaczka DW, Hess PE. Observational study of changes in epidural pressure and elastance during epidural blood patch in obstetric patients. Int J Obstet Anesth 23(2): 144-150, 2014

Zirkadianer Rhythmus und affektive Störungen

Die Bedeutung des Chronotyps für depressive Störungen

Die Chronobiologie betrachtet zeitabhängige Verläufe physiologischer Prozesse und deren Verhaltenskorrelate sowie die Anpassung an äußere Gegebenheiten. Dabei scheint die ausgeprägte persistierende Abendpräferenz einen Risikofaktor vor allem für depressive Erkrankungen darzustellen, während einer Morgenpräferenz in Bezug auf affektive Störungen eher protektive Effekte zukommen. Das größte Risiko für gesundheitliche, somatische und psychische Störungen sind deutliche Diskrepanzen zwischen der endogenen zirkadianen Präferenz (Chronotyp) und äußeren sozialen oder physikalischen Rhythmen.

ANJA HAAG, BERND KUNDERMANN, NICOLE CABANEL, CHRISTIANE OLSCHINSKI, MATTHIAS J. MÜLLER, MARBURG, GIESSEN

Eine im Erwachsenenalter persistierende ausgeprägte Abendpräferenz scheint ein Risikofaktor für die Entstehung affektiver Störungen zu sein.

© StockPhotoPro / Fotolia.com

Die Chronobiologie-Forschung am Menschen beschäftigt sich mit verschiedenen Fragestellungen im Hinblick auf zirkadiane Rhythmen, die von den Auswirkungen von Schichtarbeit auf den menschlichen Organismus [1] bis hin zur Leistungsfähigkeit von Schülern in Abhängigkeit vom Schulbeginn [2] reichen. In den letzten drei Jahrzehnten hat sich die Chronobiologie zunehmend auch als eigenständiges Forschungsfeld der klinischen Psychologie und Psychiatrie etabliert. In diesem Artikel werden Forschungsergebnisse zum Chronotyp zusammenfassend dargestellt. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Rolle des Chronotyps bei depressiven Störungen.

Chronotyp

Als Chronotyp werden die bevorzugte Schlafenszeit sowie die Tageszeitpräferenzen für Aktivitäten beschrieben. Es werden ein Morgentyp („Lerche" mit Präferenz für Aktivitäten am Morgen), ein Abendtyp („Eule" mit Präferenz für Aktivitäten am Abend) und ein Neutraltyp (geringe oder keine Präferenz) unterschieden [3] (**Abb. 1**). Chronotypische Verhaltensmuster sind hierbei mit der individuellen Variabilität zirkadian verlaufender biologischer Parameter wie der Körpertemperatur, der Kortisol- und der Melatoninsekretion verbunden. Die verschiedenen Chronotypen sind in der Normalbevölkerung ungefähr normal verteilt: etwa 20 % der Menschen gehören zu den Abendtypen, 20 % sind Morgentypen und 60 % zeigen keine ausgeprägte Präferenz [4].

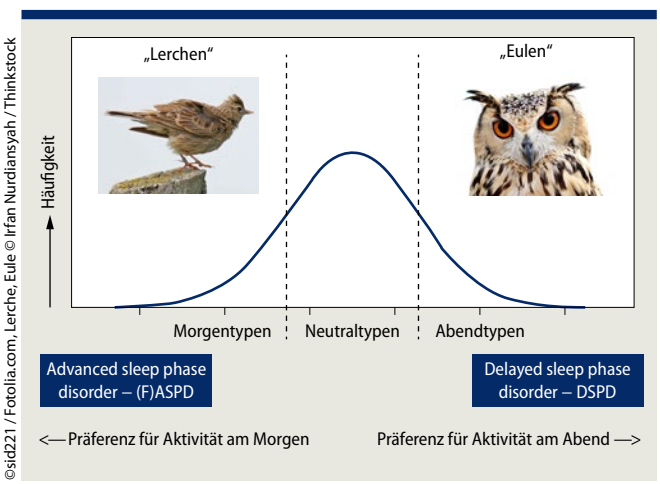
Erfassung

Der Chronotyp kann reliabel und valide durch Selbstbeurteilung, üblicherweise mittels eines Fragebogens, erfasst werden. Derzeit sind im Wesentlichen zwei Fragebogenverfahren auch im deutschsprachigen Raum etabliert [5, 6, 7] (**Tab. 1**): Der „Morningness-Eveningness-Questionnaire" (MEQ) wurde in den 1970er-Jahren entwickelt und ist das weltweit und in Deutschland wahrscheinlich am häufigsten eingesetzte Fragebogeninstrument [5, 6]. Der Fragebogen umfasst 19 Fragen, mit denen anhand von visuellen Analogskalen die Tageszeitpräferenz für körperliche und geistige Aktivitäten sowie die Tageszeiten mit subjektiv hoher und geringer Leistungsfähigkeit erfasst werden. Der MEQ weist eine zufriedenstellende Reliabilität und gute Stabilität der Merkmalsausprägung auf [5, 8, 9]. Es existiert zudem eine psychometrisch untersuchte Kurzform mit fünf Fragen (rMEQ) [10]. Ein neueres Fragebogenverfahren, der „Munich Chronotype Questionnaire" (MCTQ), erfragt demgegenüber unter anderem Bett- und Schlafzeiten an Arbeitstagen und arbeitsfreien Tagen sowie die Latenz bis zum Einschlafen nach dem Zubettgehen und die Latenz bis zum Aufstehen nach dem Erwachen [7]. Hieraus wird unter Berücksichtigung von mehreren Korrekturgrößen der mittlere Zeitpunkt zwischen Einschlafen und Erwachen ermittelt („midpoint of sleep on free days" [MSF]), der eine hohe Assoziation mit dem zirkadianen Verlauf der Melatoninausschüttung aufweist [11].

Das Ergebnis des MCTQ stellt damit eher einen biologischen Parameter der „inneren Uhr" dar, der unter anderem von der Tageslichtzufuhr (und damit auch dem Wohnort) abzuhängen scheint, während das Ergebnis des MEQ möglicherweise stärker von psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird [12]. Obwohl eine recht hohe Korrelation der Fragebogenergebnisse (Korrelationskoeffizienten von MEQ und MCTQ von etwa 0,7) und eine hohe Übereinstimmung der Chronotypklassifikationen gezeigt wurde [13], ist davon auszugehen, dass die Messinstrumente unterschiedliche Aspekte des Chronotyps erfassen. Die Auswahl des Verfahrens sollte daher abhängig von der Fragestellung erfolgen [12].

Genetische Disposition, soziale Einflüsse und Veränderungen über die Lebensspanne

Verschiedene Genpolymorphismen sind mit dem Chronotyp in Assoziationsstudien identifiziert worden [14], hierunter CLOCK [15], PER1 [16], PER2 [17] und PER3 [18]. Die Kandidatengene überlappen erwartungsgemäß zum Teil mit Genen, die an der Schlafregulation mitbeteiligt sind. Die Befunde konnten jedoch nicht in allen Folgestudien repliziert werden



©sid221 / Fotolia.com, Lerche, Eule © Irfan Nurdiansyah / Thinkstock

Abb. 1: Chronotypen in der Normalbevölkerung

Tab. 1: Fragebogendiagnostik

Messinstrument	Umfang	Beschreibung	Auswertung/Parameter
Morningness-Eveningness-Questionnaire (MEQ) [5, 6]	19 Fragen 5 bis 10 Minuten	— Präferierte Zeiten für Aktivitäten — Tageszeiten mit subjektiv hoher körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit	Summenwerte (14 – 86) — 14 – 30: Ausgeprägter Abendtyp — 31 – 41: Moderater Abendtyp — 42 – 58: Neutraltyp — 59 – 69: Moderater Morgentyp — 70 – 86: Ausgeprägter Morgentyp
Munich Chronotype Questionnaire (MCTQ) [7]	19 Fragen 5 bis 10 Minuten	— Schlaf-Wach-Zeiten an Werktagen und Wochenenden — Energielevel im Tagesverlauf — Einschlaflatenz — Tageslichtexposition — Selbsteinstufung in einen von sieben „Chronotypen“	— Schlafmitte an freien Tagen (MSF), korrigiert um die Schlafkompensation (SC) an freien Tagen, die durch kürzeren Schlaf an Werktagen (MSW) resultiert (MSFSC) — Subjektiver Chronotyp — Schlafdauer — Einschlaflatenz

[4]. Zwillingsstudien sprechen insgesamt für einen deutlichen genetischen Einfluss auf die Entwicklung des Chronotyps von der Geburt bis ins junge Erwachsenenalter [19, 20]. Im weiteren Verlauf scheint der genetische Einfluss dann allerdings rückläufig zu sein und Umweltfaktoren sowie der Lebensstil der Person gewinnen an Einfluss [4].

Die Lichtexposition in den ersten Lebensmonaten (Sommer- vs. Wintergeborene) scheint bereits einen Einfluss auf die Entwicklung des Chronotyps zu haben. Herbst- und Wintergeborene neigen demnach dazu, eher Morgentypverhalten zu entwickeln, während Frühling- und Sommergeborene eher eine Tendenz zum Abendtypverhalten ausbilden. Weiterhin ist der Lebensstil – und hier vor allem die damit verbundene Tageslichtexposition und körperliche Aktivität – relevant für den Chronotyp. Geringe Tageslichtexposition (z. B. ein „indoor lifestyle“) ist mit der Tendenz zum Abendtypverhalten verbunden, während vermehrte Tageslichtexposition insbesondere am Morgen mit dem Morgentyp assoziiert ist [4]. Korrespondierend hiermit sind typische Trends in der Veränderungen der Tageszeitpräferenz über die Lebensspanne zu beobachten: Während sich in der frühen Kindesentwicklung eher ein morgendliches Chronotypverhalten zeigt, verschiebt sich dies in der Pubertät bis zum Ende der Adoleszenz hin zu einem Abendtypverhalten [21]. Bei Mädchen scheint diese Verlagerung zum Abend hin früher stattzufinden als bei Jungen, was mit dem tendenziell früheren Einsetzen der weiblichen Pubertät erklärt werden kann [22]. Nach der Adoleszenz ist die Abendverlagerung wieder rückläufig und es bilden sich im Erwachsenenalter relativ stabile Chronotypen aus. Im höheren Lebensalter ist dann häufig wieder eine Vorverlagerung hin zum Morgentyp zu beobachten [23]. Letzteres konnte auch bei depressiven Patienten gefunden werden [24, 25]. Die Korrelation zwischen MEQ-Scores (Morgenpräferenz) und Alter bei Patienten mit depressiver Störung in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist **Abb. 2** zu entnehmen.

Es zeigt sich ein signifikanter, aber numerisch geringer Zusammenhang zwischen Lebensalter und Morgen- oder Abendpräferenz. Mit zunehmendem Lebensalter ist – auch bei Patienten mit depressiven Störungen – tendenziell eine höhere Morgenpräferenz assoziiert, gleichzeitig ist jedoch die hohe interindividuelle Variabilität erkennbar. Im Verlauf der stationären Behandlung (Aufnahme im Vergleich zur Entlassung) blieben die MEQ-Werte stabil [24].

Zusammenfassend hängt der Chronotyp offenbar von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren ab und bildet sich als komplexe Interaktion zwischen genetischen Dispositionen und Umweltfaktoren – insbesondere sozialen Interaktionen – aus.

Chronotyp und biologische Parameter

Unterschiede zwischen Morgen- und Abendtypen konnten im zirkadianen Verlauf von Körpertemperatur und Melatoninausschüttung gezeigt werden. In einer Studie liefen die biologischen Parameter des Morgentypen denen des Abendtypen ungefähr drei Stunden voraus. Interessanterweise war jedoch der subjektive Schlafdrang bei den Abendtypen weitaus stärker (5 bis 9 Stunden) nach hinten verschoben [26]. Dies unterstützt die Hypothese, dass das Chronotypverhalten (das heißt der Phänotyp) nicht allein durch biologische Parameter bestimmt ist. Einige Studien konnten einen stärkeren Anstieg von Kortisol nach dem Aufwachen („Cortisol-Awakening-Response“) bei den Morgentypen im Vergleich zu den Abendtypen zeigen [27, 28]. Klare Hinweise auf eine generell höhere oder niedrigere Kortisolausschüttung beim Morgen- oder Abendtyp konnten hingegen nicht gefunden werden.

Chronotyp und Schlaf-Wach-Rhythmus

Der Schlaf-Wach-Rhythmus wird nicht ausschließlich durch die „innere Uhr“, sondern auch durch den aktuellen Schlafdrang („Schlafdruck“), der mit steigender Wachzeit zunimmt, und äußere Zeitgeber bestimmt, wobei der menschliche Schlaf-Wach-Rhythmus einer gewissen Flexibilität unterliegt, was evolutionsbiologisch mit einem besseren Schutz vor Gefahren im Wachzustand sowie möglicherweise auch durch eine bessere Anpassungsleistung an jahreszeitlich wechselnde Anforderungen erklärt werden kann. Eine deutliche Verschiebung der

üblichen Aktivitätszeiten (z. B. durch Schichtarbeit) führt dennoch zu einer Desynchronisierung der inneren chronobiologischen Prozesse mit dem aktuellen Schlafbedürfnis, was unter anderem zu anhaltenden Schlafstörungen führen kann [29]. In ähnlicher Weise ist auch der Jetlag nach Flugreisen mit Zeitzonenwechseln häufig mit vorübergehenden Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus verbunden, wobei im Gegensatz zur Schichtarbeit die Anpassung durch die mit der Zeitverschiebung auch veränderten natürlichen Tageslichtzeiten gefördert wird. Bezüglich der Schichtarbeit geben verschiedene Studien Hinweise auf eine bessere Adaptation der Abendtypen an Nachtschichten [4]. Eine neuere Studie, die Schlaf- und Wachzeiten (Schlafdauern) mittels Aktigrafie bei unterschiedlichen Schichten untersuchte, stellt diese Annahme jedoch in Frage: die Schlafdauer war für den Abendtypen sowohl in der Tag- als auch in der Nachtschicht kürzer [30]. Das Ergebnis könnte auf eine Divergenz der subjektiven Wahrnehmung der Befindlichkeit während der Arbeits- und Ruhezeiten und objektiven Parametern hindeuten.

Neben den genannten Beispielen für eine drastische Verschiebung des Schlaf-Wach-Rhythmus könnten aber auch geringere Desynchronisierungseffekte die Schlafqualität ungünstig beeinflussen. Im Hinblick auf den Chronotyp fanden einige Studien moderate Korrelationen des Abendtyps mit einer geringeren subjektiven Schlafqualität [31, 32, 33]. In einer Studie betraf dies allerdings ausschließlich die Schlafqualität und nicht die Tagesmüdigkeit der Probanden [32], was zunächst für subjektiv geringe Funktionseinschränkungen am Tage durch eine subklinisch verringerte Schlafqualität sprechen kann oder zumindest kurzfristig auf eine gute Kompensationsfähigkeit des menschlichen Organismus hindeutet.

Gegen eine generell enge Assoziation des Abendtyps mit klinisch auffälligen Schlafstörungen spricht, dass im höheren Lebensalter eine Verlagerung des Chronotyps in Richtung Morgentyp gefunden wird [21], die Prävalenz für Schlafstörungen jedoch steigt [23]. In einer Studie an depressiven Patienten konnte dementsprechend ein Zusammenhang zwischen einer geringeren Schlafqualität und höherem Lebensalter der Patienten gefunden werden, die Korrelation zwischen Abendpräferenz und geringer Schlafqualität fiel demgegenüber gering aus und war nicht signifikant [25] (**Abb. 3**).

Die durchschnittliche Schlafdauer scheint auch bei Gesunden nicht wesentlich durch den Chronotyp bedingt zu sein [6]. So fanden sich auch in einer neueren Studie in etwa gleiche Anteile von Morgen- und Abendtypen bei sogenannten Langschläfern (≥ 9 Stunden) und Kurzschläfern (≤ 6 Stunden). In der gleichen Studie zeigte sich jedoch eine Verkürzung der Schlafdauer beim Abendtyp an Arbeitstagen, die mit einer (kompensatorischen) Schlafzeitverlängerung an den arbeitsfreien Tagen assoziiert war. Dieser Effekt wurde beim Morgentyp nicht gefunden [34].

„Social Jetlag"-Hypothese

Der Befund, dass der Abendtyp zu einem Schlafdefizit an Arbeitstagen tendiert, unterstützt die Hypothese, dass die meisten sozialen Zeitgeber in unseren Breiten (wie beispielsweise ein früher Arbeitsbeginn) eher den Morgentypen entgegenkommen. Die Desynchronisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus mit der „inneren Uhr" durch soziale Zeitgeber wird als „social jetlag" bezeichnet [7, 35]. Die anhaltende Verkürzung der Schlafdauer (spätes Zubettgehen entsprechend des Chronotyps und frühes Aufstehen aufgrund sozialer Zeitgeber) könnte ein chronischer Stressor sein, der auch die Leistungsfähigkeit am Tag beeinträchtigt [36, 37, 38]. Diese Hypothese wird zumindest teilweise durch Befunde gestützt, die in Abhängigkeit vom

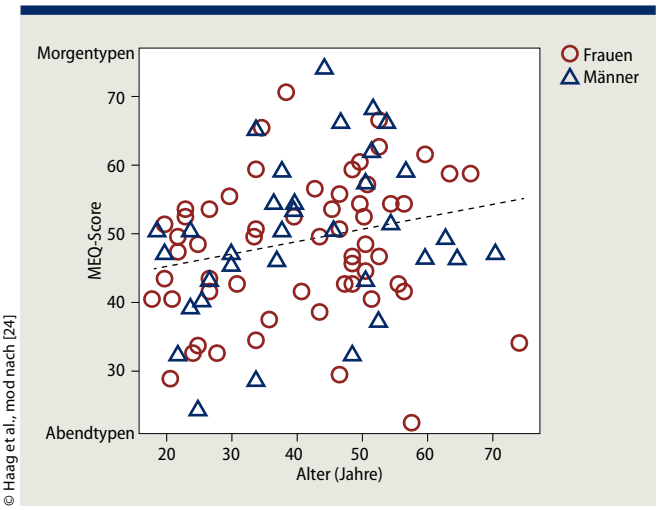


Abb. 2: Zusammenhang zwischen Alter und Morgen- oder Abendpräferenz. Morningness-Eveningness-Questionnaire (MEQ) [5]. Daten von 93 Patienten mit depressiver Störung [24]; Zusammenhang zwischen Alter und Morgenpräferenz: Rangkorrelation rs = 0,263, p = 0,011.

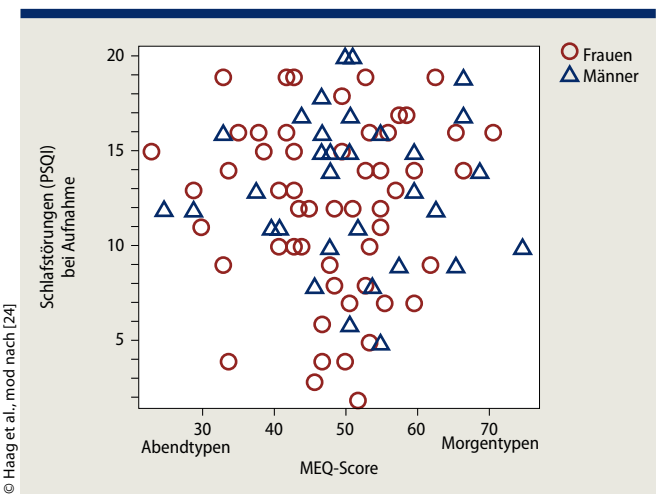


Abb. 3: Zusammenhang zwischen Chronotyp und Schlafstörungen bei Patienten mit depressiven Störungen (MEQ = Morningness-Eveningness-Questionnaire [5]; PSQI = Pittsburgh-Sleep-Quality-Index; Gesamtwerte ≥ 5 sprechen für ausgeprägte Schlafstörungen). Daten von 93 Patienten mit depressiver Störung [24]; Zusammenhang zwischen Alter und Schlafstörungen (PSQI): rs = 0,288, p = 0,006; Zusammenhang zwischen Morgenpräferenz (MEQ) und Schlafstörungen (PSQI): rs = 0,008, p = 0,938.

Chronotyp dazu passende, unterschiedliche Zeiten hoher geistiger Leistungsfähigkeit zeigen konnten [39].

Chronotyp und Leistungsfähigkeit

Der Schwerpunkt der Forschung zur tageszeitabhängigen Leistungsfähigkeit lag zunächst auf der Erfassung von Zeiten maximaler geistiger Wachheit (Alertness), die auch Leistungsunterschiede in anderen kognitiven Domänen (Gedächtnis, Problemlösen) erklären sollte. Die Erklärung von Leistungsunterschieden allein aufgrund der subjektiven Alertness erwies sich jedoch als unzureichend, da für unterschiedliche Testaufgaben und kognitive Domänen unterschiedliche Zeitfenster optimaler Leistungsfähigkeit gefunden werden konnten [4, 39].

Für Gedächtnisaufgaben lagen die optimalen Zeiten des Morgentypen in unterschiedlichen Studien zwischen nur zwei und bis zu sechs Stunden vor den optimalen Zeiten des Abendtypen, was eine erhebliche Spannbreite innerhalb einer kognitiven Domäne darstellt [4] und auf einen komplexeren Zusammenhang zwischen der Leistungsfähigkeit, dem Chronotyp und dem individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus hindeutet. Es ist zudem davon auszugehen, dass neben zirkadianen Verläufen auch äußere Faktoren die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit und auch die subjektive Wachheit ganz erheblich beeinflussen. Dies illustriert unter anderem die bekannte „postprandiale Mittagsmüdigkeit", die unter anderem durch einen Anstieg endogener inhibierender Neuropeptide bedingt sein könnte [40]. Eine geringere Alertness kann, etwa durch motivationale Faktoren, zumindest kurzfristig gut kompensiert werden, was die Untersuchung der Zusammenhänge zur Chronobiologie erschwert.

Insgesamt ist die kognitive Leistungsfähigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt des Tages eher als multifaktoriell bedingt zu betrachten. Die Komplexität der Beziehung zwischen dem zirkadianen Verlauf der kognitiven Leistungsfähigkeit und dem Chronotyp wird durch die einzelnen Befunde der Studien illustriert: So nahm die Leistungsfähigkeit in einer Fehlersuchaufgabe beim Morgentyp über den Tag hinweg ab, während sie beim Abendtyp zunahm [3]. In einer Studie zeigte der Abendtyp (allerdings unter wenig naturalistischen Schlaf-Wach-Bedingungen) eine geringere postprandiale Müdigkeit als der Morgentyp [41]. Interessanterweise scheint die Selbsteinschätzung der Zeiten optimaler Leistungsfähigkeit auch nicht unbedingt mit der objektiv optimalen Leistungszeit übereinzustimmen: So erbrachten Probanden in einer impliziten Lernaufgabe bessere Leistungen zu Tageszeiten, die sie als nicht optimale Leistungszeiten für sich eingestuft hatten [42].

Abendtyp und Depression

Ein Zusammenhang zwischen biologischen Rhythmen und der Depression liegt zunächst für die saisonale Depression (Winterdepression) nahe [43]. Bei geringerer Tageslichtzufuhr in den Wintermonaten kommt es neben depressiven Beschwerden zu einer Desynchronisation des Schlaf-Wach-Rhythmus mit typischerweise erhöhtem Schlafbedürfnis im Sinne einer Hypersomnie [4]. Doch auch abgesehen von der saisonalen Depression konnten zahlreiche Studien einen Zusammenhang zwischen dem Abendtyp und der Entwicklung, der Schwere sowie einem ungünstigen Verlauf depressiver Erkrankung zeigen [44, 45, 46, 47, 48, 49, 50]. Bereits Jugendliche und junge Erwachsene mit (ausgeprägtem) Abendtyp haben nach den vorliegenden Untersuchungen deutlicher ausgeprägte Stimmungsschwankungen und ein höheres Risiko, depressive Störungen zu entwickeln [49, 51]. Eine ausgeprägte Morgenpräferenz (Morgentyp) wurde hingegen als „protektiver" Faktor in Bezug auf die Schwere depressiver Symptome bei Patienten mit Major Depression gefunden [52]. In einer Zwillingsstudie wurde einerseits eine bedeutsame Erblichkeit des Chronotyps und depressiver Beschwerden, andererseits ein genetisch begründbarer, allerdings schwacher Zusammenhang zwischen der Abendpräferenz und depressiven Symptomen gefunden [53]. Die genetische Überlappung zwischen Chronotyp und Depressivität konnte jedoch auch in einer großen, aktuellen Genassoziationsstudie noch nicht präzisiert werden [14]. Ein persistierender Abendtyp scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein weitgehend unabhängiger, eigenständiger Risikofaktor zusätzlich zu den bekannten Risikofaktoren wie positive Familienanamnese, Schlafstörungen, und weibliches Geschlecht zu sein [44, 46]. Auch wenn diese Ergebnisse nahelegen könnten, dass ein höherer Anteil an Patienten mit klinisch manifester depressiver Erkrankung Abendtypen sind, bestätigen bei weitem nicht alle Untersuchungen diese Hypothese [24, 46, 54] und zeigen die Komplexität der Zusammenhänge.

Verteilung der Chronotypen

In einer Übersichtsarbeit wurde die Verteilung der Chronotypen (MEQ, Kategorien nach [6]) bei gesunden Kontrollen aus 17 Studien (mittleres n = 1.123) und bei depressiven Patienten aus vier Studien (mittleres n = 132) berechnet [24]. Gesunde Probanden waren im Mittel drei Jahre jünger (40 ± 10 Jahre) als Patienten mit Depression (43 ± 11 Jahre), zudem war der Anteil an Frauen bei den depressiven Patienten (76 %) signifikant höher als bei Kontrollen (51 %). Die Ergebnisse zeigen keine signifikante Häufung des Abendtyps bei Patienten mit depressiven Störungen, hingegen eine „Verschiebung" der Verteilung im Sinne eines deutlich höheren Anteils an „Neutraltypen" und einen geringeren Anteil an Morgentypen unter den Patienten (**Abb. 4**). Zusammenfassend spricht dies – trotz des höheren mittleren Alters der Patienten – eher für eine „Unterrepräsentation" von Morgentypen bei Depressiven als für eine „Überrepräsentation" von Abendtypen [24].

Affektive Störungen

Affektive Störungen sind in der Regel mit einer Fragmentierung, Verlagerung oder Verschiebung des zirkadianen Rhythmus verbunden [55]. Desynchronisierte Schlaf-Wach-Rhythmen konnten auch bei Patienten mit bipolaren affektiven Störungen gezeigt werden [56, 57]. In einigen Studien zeigte sich bei bipolaren Störungen (insbesondere Bipolar-I-Störung) eine erhöhte Prävalenz des Abendtyps [45, 58]. Ein aus den Studienergebnissen abgeleitetes Erklärungsmodell des Zusammenhangs chronobiologischer Prozesse mit affektiven Störungen geht von einer wechselseitigen Abhängigkeit der Melatoninproduktion mit bei den affektiven Störungen beschriebe-

nen funktionellen Veränderungen in den Neurotransmittersystemen vor allem Noradrenalin, Serotonin und Dopamin aus [4]. Darüber hinaus sind noch andere psychische Erkrankungen und Beschwerden wie Angststörungen, Alpträume, Abhängigkeitserkrankungen und Essstörungen mit dem Abendtyp assoziiert [54, 50, 52, 59, 60, 61, 62]. Ähnliche Zusammenhänge konnten zudem mit einigen somatischen Erkrankungen wie kardiovaskulären Erkrankungen, Asthma und Typ-2-Diabetes [49, 63, 64, 65] gefunden werden. Insgesamt stellt der Chronotyp damit weniger einen spezifischen Risikofaktor für affektive Störungen dar, sondern ist mit verschiedenen psychischen und somatischen Erkrankungen assoziiert. Die Studienlage zu affektiven Störungen ist jedoch auch aufgrund der hohen Prävalenz am größten [4].

Schlafstörungen

Daneben ist auch der Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und depressiven Erkrankungen lange bekannt und gut untersucht [66]. Schlafstörungen (Insomnie, Hypersomnie) treten nicht nur während, sondern häufig schon im Vorfeld einer depressiven Episode auf [66] und überdauern diese nicht selten [66]. Schlafstörungen zeigen dabei einen über die Depression hinausgehenden negativen Einfluss auf die Alltagsfunktionalität [67]. Ausgeprägte Schlafstörungen sind zudem mit einem ungünstigen Verlauf depressiver Erkrankungen assoziiert [44, 68, 69]. Polysomnografische Untersuchungen zeigen dementsprechend bei einer relevanten Zahl depressiver Patienten Störungen der Schlafarchitektur mit verkürzter REM-Latenz und verminderten Tiefschlafanteilen [66]. Ein Erklärungsansatz für den Effekt des Chronotyps auf depressive Störungen könnte daher sein, dass der Abendtyp möglicherweise mit stärkeren Schlafstörungen verbunden ist, die dann wiederum depressive Beschwerden fördern. In einigen Studien schien der Einfluss des Abendtyps auf die Depression jedoch nicht an das Auftreten von Schlafstörungen gebunden zu sein oder hatte einen über die Schlafstörungen hinausgehenden prädiktiven Wert für das Auftreten depressiver Beschwerden [22, 25, 44, 46, 48]. Eine ausgeprägte Abendpräferenz (Abendtyp) und Schlafstörungen scheinen zumindest bei bereits manifester depressiver Störung unabhängige Faktoren für eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik zu sein (**Abb. 5**).

Risikogruppen

In einer Zwillingsstudie konnten gemeinsame genetische Faktoren für depressive Stimmung und Abendtyp gefunden werden [53]. Hinsichtlich der Entwicklung von ersten depressiven Beschwerden scheint die in der Pubertät beschriebene Verlagerung hin zum Abendtypverhalten möglicherweise ein kritisches Zeitfenster darzustellen [4]. Hierbei könnten Jugendliche, die eine besonders extreme Tendenz zum Abendtyp zeigen oder diesen bis ins Erwachsenenalter beibehalten, ein besonderes Risiko für depressive Erkrankungen haben, die sich wahrscheinlich schon vor Erkrankungsbeginn als subklinische depressive Beschwerden und Funktionseinschränkungen erfassen lassen [64]. Die Identifikation von Hochrisikopersonen könnte für die Entwicklung präventiver Maßnahmen von Nutzen sein. Eine weitere Risikogruppe des Abendtyps stellen wahrscheinlich auch die 30- bis 41-Jährigen, die sich in der „Rushhour des Lebens" befinden, dar. In einer Studie konnten für diese Gruppe die deutlichsten „social jetlag"-Effekte gefunden werden, die wiederum mit depressiven Beschwerden korrelierten [35].

Fazit für die Praxis

Die Ergebnisse der vorliegenden Studien sprechen dafür, dass zum einen das Vorliegen einer ausgeprägten, persistierenden Abendpräferenz einen Risikofaktor insbesondere für depressive Erkrankungen darstellt und zum anderen einer Morgenpräferenz in Bezug auf affektive Störungen eher protektive Effekte zukommen. Als größtes Risiko für gesundheitliche, das heißt somatische und psychische Störungen sind deutliche Diskrepanzen zwischen der „endogenen" zirkadianen Präferenz

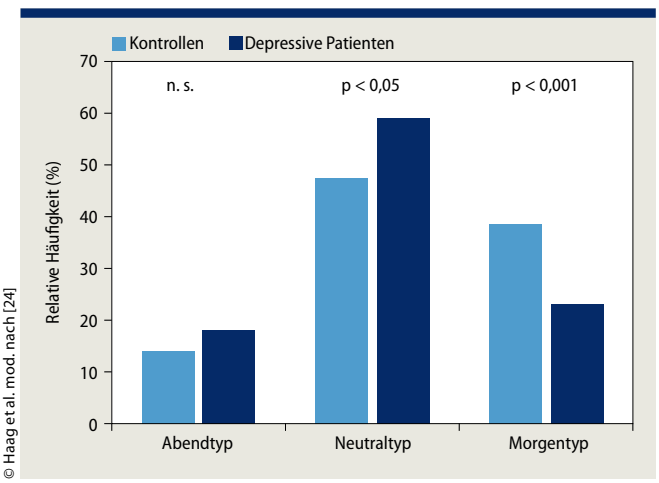


Abb. 4: Chronotypverteilung bei Gesunden und Patienten mit Depression (nach [24])

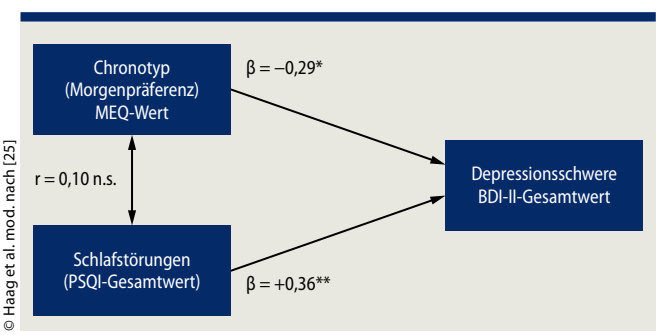


Abb. 5: Schlafstörungen und Chronotyp (Abendpräferenz) als unabhängige Prädiktoren der Depressionsschwere (nach [25]). Zusammenhang der Depressionsschwere (Beck Depressionsinventar [BDI-II]) mit Chronotyp (Morningness-Eveningness-Questionnaire [MEQ]) und Schlafstörungen (Pittsburgh-Sleep-Quality-Index [PSQI]) bei 58 Patienten mit depressiver Störung innerhalb einer Woche nach stationärer Aufnahme; * $p < 0{,}05$; ** $p < 0{,}01$; nicht signifikante Prädiktoren der Depressionsschwere waren Alter, Geschlecht und Medikation; Gesamtmodell: 18 % Varianzaufklärung ($p = 0{,}004$)

(Chronotyp) und äußeren sozialen oder physikalischen Rhythmen (z. B. Nachtschicht für Morgentypen).

Die genetisch prädisponierte und relativ hohe Stabilität des Chronotyps kann bei Abendtypen eine lang anhaltende Anpassungsanstrengung an gesellschaftliche Zeitvorgaben, die den biologischen Aktivitätspräferenzen der Morgentypen entgegenkommen, erforderlich sein. Diese Anpassung scheint zwar nicht zwingend mit einer schlechten Bewertung der Schlafqualität oder erhöhter Tagesmüdigkeit assoziiert zu sein. Die Desynchronisierung endogener und exogener Rhythmen könnte aber einen chronischen Stressor darstellen, der Abendtypen anfälliger unter anderem für depressive Erkrankungen macht. Dies trifft sicherlich ganz besonders für kritische Entwicklungs- oder Lebensphasen mit hohen sozialen Anforderungen zu.

Prävention

In diesem Kontext sind präventive Maßnahmen unter Berücksichtigung des Chronotyps von besonderer Bedeutung. Hierzu sind das Überdenken von Beginn und Ende des Unterrichts in Schule, Ausbildung und Universität (späterer Beginn) ebenso zu zählen wie die tageszeitliche Anpassung der Lichtqualität und -intensität in geschlossenen Räumen (morgens blaues, abends eher rötliches Licht) und die präventive Schlafregulation (z. B. weitgehender Verzicht auf nächtliche Lichtquellen wie LED/LCD-Beleuchtung mit „blue light", keine PC-Bildschirmarbeit spätabends und nachts). Die Maßnahmen sollten präventiv darauf gerichtet sein, die Entwicklung von „extremen" Chronotypen (insbesondere eines ausgeprägten Abendtyps) zu vermeiden [38]. Im Erwachsenenalter sind individualisierte Maßnahmen wie etwa der Verzicht auf (unpassende) Schichtarbeit bei extremen Chronotypen (Morgen- und Abendtypen), möglich und effektiv [70].

Im Erwachsenenalter persistierende ausgeprägte Abendpräferenz scheint auch ein Risikofaktor für die Entstehung affektiver Störungen und – bei bereits manifester depressiver Erkrankung – für die Aufrechterhaltung, einen höheren Schweregrad und einen ungünstigen Verlauf depressiver Störungen zu sein. Dieser Einfluss kann durch prinzipiell veränderliche Faktoren (social jetlag, indoor-lifestyle, geringe Tageslichtzufuhr) nach den vorliegenden Erkenntnissen erheblich verstärkt werden.

Therapie

Bei depressiven Störungen werden chronotherapeutische Maßnahmen zunehmend wissenschaftlich evaluiert. Die Berücksichtigung des individuellen Chronotyps könnte die Behandlung von depressiven Störungen verbessern, zum Beispiel durch eine chronotypabhängige Tagesstruktur mit Begrenzung von Schlafdefiziten im Rahmen verhaltenstherapeutischer Programme sowie durch eine ausreichende chronotypabhängige Tageslichtexposition [71, 72]. Lichttherapie als add-on zur Antidepressivaeinnahme ist bei nicht saisonalen Depressionen möglicherweise ebenfalls wirksam [73]. Der individualisierte Einsatz von Licht- und Wachtherapie (Schlafphasenvorverlagerung) unter Berücksichtigung des Chronotyps könnten weitere vielversprechende Ansätze sein [11]. Als medikamentöse chronotherapeutische Strategien wurden insbesondere melatonerge und serotonerge Wirkmechanismen vorgeschlagen. Bei der Behandlung von Jetlag und Schlafstörungen im Zusammenhang mit Schichtarbeit waren die Effekte von Melatonin und anderen untersuchten Medikamenten (z. B. Modafinil, Zopiclon) jedoch nicht überzeugend [74]. In der antidepressiven und stimmungsstabilisierenden Pharmakotherapie liegen insbesondere für Agomelatin, Mirtazapin, Trimipramin und Lithium derzeit Befunde vor, die positive Wirkungen auf die Wiederherstellung der zirkadianen Rhythmik, auf die Schlafdauer und -effizienz bei gleichzeitig geringer Störung oder gar Wiederherstellung der Schlafarchitektur. Lithium scheint auf zelluläre Clock-Gene zu wirken [75], eine direkte medikamentöse Beeinflussung der Clock-Gen-Proteinsynthese (z. B. durch REV-ERB-Agonisten) [76] wird derzeit experimentell erprobt. Weitere chronotherapeutische Ansätze müssen jedoch zunächst entwickelt und wissenschaftlich untersucht werden. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Anja Haag
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg

Dr. med. Nicole Cabanel
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen

Dr. Dipl.-Psych. Bernd Kundermann
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen

Christiane Olschinski
Vitos Klinikum Gießen-Marburg

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Matthias J. Müller
Ärztlicher Direktor
Vitos Klinikum Gießen-Marburg
Licher Str. 106, 35394 Gießen
E-Mail: mjmueller@gmx.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen 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. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

Die Bedeutung des Chronotyps für depressive Störungen

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent von springermedizin.de
- als registrierter Abonnent dieser Fachzeitschrift
- als Berufsverbandsmitglied (BVDN, BDN, BVDP)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN

FIN gültig bis 31.08.2016

NT1607Si

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf CME.SpringerMedizin.de verfügbar. Sie finden ihn am Schnellsten, wenn Sie die FIN oder den Titel des Beitrags in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften" zum Ziel navigieren.

DOI 10.1007/s15016-016-5399-5

? Was beschreibt der Chronotyp?
- ○ Interindividuelle Unterschiede in der Schlafdauer
- ○ Unterschiede in der Ausprägung und Dauer von Jetlag-Symptomen
- ○ Die individuelle Präferenz für Tätigkeiten und subjektive Leistungsfähigkeit zu bestimmten Tageszeiten
- ○ Die individuelle Vulnerabilität für Schlafstörungen
- ○ Die individuelle Neigung zu Tagesmüdigkeit

? Wie häufig treten die unterschiedlichen Chronotypen bei Erwachsenen in der Normalbevölkerung auf?
- ○ Der Abendtyp (zirka 60 %) kommt deutlich häufiger vor als der Morgentyp (zirka 20 %).
- ○ Die unterschiedlichen Chronotypen sind in etwa normalverteilt (zirka 20 % Morgentyp, 60 % Neutraltyp, 20 % Abendtyp).
- ○ Die unterschiedlichen Chronotypen sind in etwa gleichverteilt (zirka 30 %).
- ○ Der Morgentyp (zirka 60 %) kommt deutlich häufiger vor als der Abendtyp (zirka 20 %).
- ○ Der Neutraltyp hat mit zirka 20 % die geringste Häufigkeit.

? Wie wird der Chronotyp üblicherweise bestimmt?
- ○ Mit Speicheluntersuchungen (Kortisol-Tagesprofil)
- ○ Mit Fragebögen (z. B. MEQ, Morningness-Eveningness-Questionnaire)
- ○ Mittels Fremdanamnese
- ○ Mit 24-Stunden-Urin (Katecholamine)
- ○ Mit einer Polysomnografie

? Welche Änderung des Chronotyps in der Pubertät ist typisch?
- ○ Keine
- ○ Eine Verlagerung hin zum Neutraltyp (Regression zum Mittel)
- ○ Eine Verlagerung hin zum Morgentyp
- ○ Eine Verlagerung hin zum Abendtyp
- ○ Eine Verlagerung entweder zum Morgen- oder zum Abendtyp, abhängig von den sozialen Gegebenheiten und vom Lebensstil

? Welcher der genannten Faktoren hat den stärksten Einfluss auf die Ausbildung des Chronotyps?
- ○ Intensität des Tageslichts zur Mittagszeit (12 -14 Uhr)
- ○ Zeitpunkt der letzten Mahlzeit am Tag (Abendmahlzeit)
- ○ Genetische Faktoren
- ○ Dauer des Schulwegs im Grundschulalter beziehungsweise damit verbundene Aufstehzeit
- ○ Berufswahl

? Was wird als „social jetlag" bezeichnet?
- ○ Die nach Zeitumstellung (besonders auf Sommerzeit) vorübergehende Stressreaktion durch Anpassung der „inneren Uhr" an soziale Zeitgeber (z. B. Arbeitsbeginn)
- ○ Der Schlafmangel durch soziale Aktivitäten am späten Abend
- ○ Die erschwerte Umstellung des Tagesrhythmus (ausgeprägte Morgenmüdigkeit) nach Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit
- ○ Die Desynchronisation zwischen der individuellen Präferenz für Aktivitäten und sozialen Zeitgebern (z. B. Arbeitsbeginn)
- ○ Fehlende Sozialkontakte bei Menschen in Schichtarbeit

? Was trifft häufiger auf Abendtypen als auf Morgentypen zu?
- ○ Abendtypen sind häufiger Wintergeborene.
- ○ Abendtypen sind häufiger unverheiratet.
- ○ Abendtypen sind häufiger vom „social jetlag" betroffen.
- ○ Abendtypen sind körperlich aktiver.
- ○ Abendtypen erreichen im Durchschnitt ein höheres Bildungsniveau.

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

? Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Chronotyp und Erkrankungen?
- Der Abendtyp ist ein Risikofaktor für affektive Störungen.
- Der Morgentyp ist nur in Verbindung mit Schlafstörungen ein Risikofaktor für affektive Störungen.
- Der Abendtyp ist ein protektiver Faktor für kardiovaskuläre Erkrankungen.
- Der Morgentyp ist mit somatoformen Beschwerden assoziiert.
- Der Neutraltyp ist ein Risikofaktor für körperliche Erkrankungen.

? Für welche biologischen Parameter konnten Unterschiede zwischen Abend- und Morgentyp gezeigt werden?
- Späterer Peak der Ausschüttung von Dopamin und Noradrenalin beim Morgentyp
- Zirkadianer Verlauf der Melatoninsekretion und der Körpertemperatur
- Höhere Kortisolausschüttung am Vormittag beim Abendtyp
- Höhere Insulinproduktion in der zweiten Tageshälfte beim Abendtyp
- Stärkere Kortisol Awakening-Response beim Abendtyp

? Was kann als präventive Maßnahme zur Vermeidung einer zunehmenden Desynchronisation von Schlaf-/Wachrhythmus und „innerer Uhr" angesehen werden?
- Regelmäßiges Langschlafen (> 9 Stunden)
- Verzicht auf koffeinhaltige Getränke
- Regelmäßiges Zubettgehen vor 22.00 Uhr
- Verzicht auf Sport am Nachmittag
- Verzicht auf abendliche LED/LCD-Beleuchtung mit „blue light" (z. B. Handybenutzung und Bildschirmarbeit)

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Körperbeschwerden und Psyche: Management der somatischen Belastungsstörung
aus: NeuroTransmitter 5/2016
von: C. J. Roenneberg, P. Henningsen
Zertifiziert bis: 12.5.2017
CME-Punkte: 2

► Diagnostik bei Demenz: Biomarker für die Alzheimer-Erkrankung in der klinischen Praxis
aus: NeuroTransmitter 3/2016
von: D. Polivka, C. A. F. von Arnim
Zertifiziert bis: 11.3.2017
CME-Punkte: 2

► Online-Behandlung: Internet- und mobilebasierte Intervention bei psychischen Störungen
aus: NeuroTransmitter 1/2016
von: S. Paganini, J. Lin, D. D. Ebert, H. Baumeister
Zertifiziert bis: 22.1.2017
CME-Punkte: 2

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf CME.SpringerMedizin.de eingeben. Zur Teilnahme benötigen Sie das e.Med-Abo.

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – das e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf alle Premium-Inhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 80 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 600 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 30 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit dem e.Med-Abo: www.springermedizin.de/eMed

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Literatur

1. Fischer D, Vetter C, Oberlinner C, Wegener S, Roenneberg T. A unique, fast-forwards rotating schedule with 12-h long shifts prevents chronic sleep debt. Chronobiol Int 2016;33(1):98-107
2. van der Vinne V, Zerbini G, Siersema A, Pieper A, Merrow M, Hut RA, Roenneberg T, Kantermann T. Timing of examinations affects school performance differently in early and late chronotypes. J Biol Rhythms 2015;30(1):53-60
3. Horne JA, Brass CG, Pettitt AN. Ciradian performance differences between morning and evening „types". Ergonomics 1980;23(1):29-36
4. Adan A, Archer SN, Hidalgo MP, Di Milia L, Natale V, Randler C. Circadian typology: a comprehensive review. Chronobiol Int 2012;29(9):1153-75
5. Griefahn B, Künemund C, Bröde P, Mehnert P. The Validity of a German Version of the Morningness-Eveningness-Questionnaire developed by Horne and Östberg. Somnologie 2001;5:71-80
6. Horne JA, Ostberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. Int J Chronobiol 1976;4(2):97-110
7. Roenneberg T, Wirz-Justice A, Merrow M. Life between clocks: daily temporal patterns of human chronotypes. J Biol Rhythms 2003;18(1):80-90
8. Larsen RJ. Individual-Differences in Circadian Activity Rhythm and Personality. Personality and Individual Differences 1985;6:305-11
9. Neubauer AC. Psychometric comparison of 2 circadian-rhythm questionnaires and their relationship with personality. Pers Ind Diff 1992;13:125-31
10. Randler C. German version of the reduced Morningness-Eveningness Questionnaire (rMEQ). Biol Rhythm Res 2013;44:730-36
11. Terman JS, Terman M, Lo ES, Cooper TB. Circadian time of morning light administration and therapeutic response in winter depression. Arch Gen Psychiatry 2001;58(1):69-75
12. Roenneberg T. Having trouble typing? What on earth is chronotype? J Biol Rhythms 2015;30(6):487-91
13. Zavada A, Gordijn MC, Beersma DG, Daan S, Roenneberg T. Comparison of the Munich Chronotype Questionnaire with the Horne-Ostberg's Morningness-Eveningness score. Chronobiol Int 2005;22(2):267-78
14. Hu Y, Shmygelska A, Tran D, Eriksson N, Tung JY, Hinds DA. GWAS of 89,283 individuals identifies genetic variants associated with self-reporting of being a morning person. Nat Commun 2016;7:10448.
15. Mishima K, Tozawa T, Satoh K, Saitoh H, Mishima Y. The 3111T/C polymorphism of hClock is associated with evening preference and delayed sleep timing in a Japanese population sample. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2005;133B(1):101-4
16. Carpen JD, von SM, Smits M, Skene DJ, Archer SN. A silent polymorphism in the PER1 gene associates with extreme diurnal preference in humans. J Hum Genet 2006;51(12):1122-5
17. Carpen JD, Archer SN, Skene DJ, Smits M, von Schantz M. A single-nucleotide polymorphism in the 5'-untranslated region of the hPER2 gene is associated with diurnal preference. J Sleep Res 2005; 14(3):293-7
18. Lazar AS, Slak A, Lo JC, Santhi N, von Schantz M, Archer SN, Froeger JA, Dijk DJ. Sleep, diurnal preference, health, and psychological well-being: a prospective single-allelic-variation study. Chronobiol Int 2012;29(2):131-46
19. Barclay NL, Eley TC, Buysse DJ, Archer SN, Gregory AM. Diurnal preference and sleep quality: same genes? A study of young adult twins. Chronobiol Int 2010;27(2):278-96
20. Koskenvuo M, Hublin C, Partinen M, Heikkilä K, Kaprio J. Heritability of diurnal type: a nationwide study of 8753 adult twin pairs. J Sleep Res 2007;16(2):156-62
21. Randler C. Ontogeny of morningness-eveningness across the adult human lifespan. Naturwissenschaften 2016;103(1-2):3
22. Randler C, Bilger S. Associations among sleep, chronotype, parental monitoring, and pubertal development among German adolescents. J Psychol 2009;143(5):509-20
23. Rodriguez JC, Dzierzewski JM, Alessi CA. Sleep problems in the elderly. Med Clin North Am 2015;99(2):431-9
24. Müller MJ, Cabanel N, Olschinski C, Jochim D, Kundermann B. Chronotypes in patients with nonseasonal depressive disorder: Distribution, stability and association with clinical variables. Chronobiol Int 2015; 32(10):1343-51
25. Müller MJ, Kundermann B, Cabanel N. Eveningness and poor sleep quality independently contribute to self-reported depression severity in psychiatric inpatients with affective disorder. Nord J Psychiatry 2016;70(5):329-34
26. Lack L, Bailey M, Lovato N, Wright H. Chronotype differences in circadian rhythms of temperature, melatonin, and sleepiness as measured in a modified constant routine protocol. Nat Sci Sleep 2009;1:1-8
27. Kudielka BM, Federenko IS, Hellhammer DH, Wüst S. Morningness and eveningness: the free cortisol rise after awakening in „early birds" and „night owls". Biol Psychol 2016;72(2):141-6
28. Randler C, Schaal S. Morningness-eveningness, habitual sleep-wake variables and cortisol level. Biol Psychol 2010;85(1):14-8
29. Herichova I. Changes of physiological functions induced by shift work. Endocr Regul 2013; 47(3):159-70
30. Martin JS, Laberge L, Sasseville A, Bérubé M, Alain S, Houle J, Hébert M. Day and night shift schedules are associated with lower sleep quality in Evening-types. Chronobiol Int 2015;32(5):627-36
31. Martin JS, Hebert M, Ledoux E, Gaudreault M, Laberge L. Relationship of chronotype to sleep, light exposure, and work-related fatigue in student workers. Chronobiol Int 2012;29(3):295-304
32. Rique GL, Fernandes Filho GM, Ferreira AD, de Sousa-Muñoz RL. Relationship between chronotype and quality of sleep in medical students at the Federal University of Paraiba, Brazil. Sleep Sci 2014;7(2):96-102
33. Taillard J, Philip P, Bioulac B. Morningness/eveningness and the need for sleep. J. Sleep Res 1999;8(4):291-5
34. Roenneberg T, Kuehnle T, Juda M, Kantermann T, Allebrandt K, Gordin M, Merrow M. Epidemiology of the human circadian clock. Sleep Med Rev 2007;11(6):429-38
35. Levandovski R, Dantas G, Fernandes LC, Caumo W, Torres I, Roenneberg T, Hidalgo MP, Allebrandt KV. Depression scores associate with chronotype and social jetlag in a rural population. Chronobiol Int 2011;28(9):771-8
36. Haraszti RA, Ella K, Gyongyosi N, Roenneberg T, Káldi K. Social jetlag negatively correlates with academic performance in undergraduates. Chronobiol Int 2014;31(5):603-12
37. Martin JS, Gaudreault MM, Perron M, Laberge L. Chronotype, light exposure, sleep, and daytime functioning in high school students attending morning or afternoon school shifts: an actigraphic study. J Biol Rhythms 2016;31(2):205-17
38. Tzischinsky O, Shochat T. Eveningness, sleep patterns, daytime functioning, and quality of life in Israeli adolescents. Chronobiol Int 2011;28(4):338-43
39. Schmidt C, Collette F, Cajochen C, Peigneux P. A time to think: circadian rhythms in human cognition. Cogn Neuropsychol 2007;24(7):755-89
40. Sand P, Kleinschnitz M, Vogel P, Kavvadias D., Schreier P, Riederer P. Naturally occurring benzodiazepines may codetermine chronotypes. J Neural Transm 2001;108(6):747-53
41. Lavie P, Segal S. Twenty-four-hour structure of sleepiness in morning and evening persons investigated by ultrashort sleep-wake cycle. Sleep 1989;12(6):522-8
42. Delpouve J, Schmitz R, Peigneux P. Implicit learning is better at subjectively defined non-optimal time of day. Cortex 2014;58:18-22
43. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC, Lewy AJ, Goodwin FK, Davenport Y, Mueller PS, Newsome DA, Wehr TA. Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. Arch Gen Psychiatry 1984;41(1):72-80
44. Chan JW, Lam SP, Li SX, Yu MW, Chan NY, Zhang J, Wing YK. Eveningness and insomnia: independent risk factors of nonremission in major depressive disorder. Sleep 2014;37(5):911-7
45. Chung JK, Lee KY, Kim SH, Jeong SH, Jung HY, Choi JE, Ahn YM, Kim YS, Joo EJ. Circadian Rhythm Characteristics in Mood Disorders: Comparison among Bipolar I Disorder, Bipolar II Disorder and Recurrent Major Depressive Disorder. Clin Psychopharmacol Neurosci 2012; 10(2):110-6
46. Gaspar-Barba E, Calati R, Cruz-Fuentes CS, Ontiveros-Uribe MP, Natale V, De Ronchi D, Serretti A. Depressive symptomatology is influenced by chronotypes. J Affect Disord 2009;119(1-3):100-6
47. Hirata FC, Lima MC, de Bruin VM, Nóbrega PR, Wenceslau GP, de Bruin PF. Depression in medical school: the influence of morningness-eveningness. Chronobiol Int 2007;24(5):939-46

48. Kitamura S, Hida A, Watanabe M, Enomoto M, Aritake-Okada S, Moriguchi Y, Kamei Y, Mishima K. Evening preference is related to the incidence of depressive states independent of sleep-wake conditions. Chronobiol Int 2010;27(9-10):1797-812
49. Merikanto I, Lahti T, Kronholm E, Peltonen M, Laatikainen T, Vartiainen E, Salomaa V, Partonen T. Evening types are prone to depression. Chronobiol Int 2013;30(5):719-25
50. Nielsen T. Nightmares associated with the eveningness chronotype. J Biol Rhythms 2010;25(1):53-62
51. Merikanto I, Kronholm E, Peltonen M, Laatikainen T, Vartiainen E, Partonen T. Circadian preference links to depression in general adult population. J Affect Disord 2015;188:143-8
52. Selvi Y, Aydin A, Boysan M, Atli A, Agargun MY, Besiroglu L. Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. Chronobiol Int 2010;27(9-10):1813-28
53. Toomey R, Panizzon MS, Kremen WS, Franz CE, Lyons MJ. . A twin-study of genetic contributions to morningness-eveningness and depression. Chronobiol Int 2015;32(3):303-9
54. Lemoine P, Zawieja P, Ohayon MM. Associations between morningness/eveningness and psychopathology: an epidemiological survey in three in-patient psychiatric clinics. J Psychiatr Res 2013;47(8):1095-8
55. Lader M. Limitations of current medical treatments for depression: disturbed circadian rhythms as a possible therapeutic target. Eur Neuropsychopharmacol 2007;17(12):743-55
56. Bei B, Wiley JF, Trinder J, Manber R. Beyond the mean: A systematic review on the correlates of daily intraindividual variability of sleep/wake patterns. Sleep Med Rev 2015;28:104-20
57. Giglio LM, Magalhaes PV, Kapczinski NS, Walz JC, Kapczinski F. Functional impact of biological rhythm disturbance in bipolar disorder. J Psychiatr Res 2010;44(4):220-3
58. Giglio LM, Magalhaes PV, Andersen ML, Walz JC, Jakobson L, Kapczinski F. Circadian preference in bipolar disorder. Sleep Breath 2010;14(2):153-5
59. Alvaro PK, Roberts RM, Harris JK. The independent relationships between insomnia, depression, subtypes of anxiety, and chronotype during adolescence. Sleep Med 2014;15(8):934-41
60. Antypa N, Vogelzangs N, Meesters Y, Schoevers R, Penninx BW. Chronotype associations with depression and anxiety disorders in a large cohort study. Depress Anxiety 2016;33(1):75-83
61. Konttinen H, Kronholm E, Partonen T, Kanerva N, Männistö S, Haukkala A. Morningness-eveningness, depressive symptoms, and emotional eating: a population-based study. Chronobiol Int 2014;31(4):554-63
62. Logan RW, Williams WP, III, McClung CA. Circadian rhythms and addiction: mechanistic insights and future directions. Behav Neurosci 2014;128(3):387-412
63. Merikanto I, Englund A, Kronholm E, Laatikainen T, Peltonen M, Vartiainen E, Partonen T. Evening chronotypes have the increased odds for bronchial asthma and nocturnal asthma. Chronobiol Int 2014;31(1):95-101
64. Merikanto I, Suvisaari J, Lahti T, Partonen T. Eveningness relates to burnout and seasonal sleep and mood problems among young adults. Nord J Psychiatry 2016;70(1):72-80
65. Osonoi Y, Mita T, Osonoi T, Saito M, Tamasawa A, Nakayama S, Someya Y, Ishida H, Kanazawa A, Gosho M, Fujitani Y, Watada H. Morningness-eveningness questionnaire score and metabolic parameters in patients with type 2 diabetes mellitus. Chronobiol Int 2014;31(9):1017-23
66. Murphy MJ, Peterson MJ. Sleep Disturbances in Depression. Sleep Med Clin 2015;10(1):17-23
67. Soehner AM, Harvey AG. Prevalence and functional consequences of severe insomnia symptoms in mood and anxiety disorders: results from a nationally representative sample. Sleep 2012;35(10):1367-75
68. Sheaves B, Porcheret K, Tsanas A, Espie CA, Foster RG, Freeman D, Harrison PJ, Wulff K, Goodwin GM. Insomnia, nightmares, and chronotype as markers of risk for severe mental illness: results from a student population. Sleep 2016;39(1):173-181
69. Troxel WM, Kupfer DJ, Reynolds CF III, Frank E, Thase ME, Miewald JM, Buysse DJ. Insomnia and objectively measured sleep disturbances predict treatment outcome in depressed patients treated with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. J Clin Psychiatry 2012;73(4):478-85
70. Vetter C, Fischer D, Matera JL, Roenneberg T. Aligning work and circadian time in shift workers improves sleep and reduces circadian disruption. Curr Biol 2015;25(7):907-11
71. Kantermann T, Forstner S, Halle M, Schlangen L, Roenneberg T, Schmidt-Trucksäss A. The stimulating effect of bright light on physical performance depends on internal time. PLoS One 2012;7:e40655
72. Knaier R, Meister S, Aeschbacher T, Gemperle D, Rossmeissl A, Cajochen C, Schmidt-Trucksäss A. Dose-response relationship-between light exposure and cycling performance. Scand J Med Sci Sports 2016;26(7);794-801.
73. Martensson B, Pettersson A, Berglund L, Ekselius L. Bright white light therapy in depression: A critical review of the evidence. J Affect Disord 2015;182:1-7
74. Liira J, Verbeek JH, Costa G, Driscoll TR, Sallinen M, Isotalo LK, Ruotsalainen JH. Pharmacological interventions for sleepiness and sleep disturbances caused by shift work. Cochrane Database Syst Rev 2014;8:CD009776
75. Kittel-Schneider S, Schreck S, Ziegler C, Weißflog L, Hilscher M, Schwarz R, Schnetzler L, Neuner M, Reif A. Lithium-induced Clock Gene Expression in Lymphoblastoid Cells of Bipolar Affective Patients. Pharmacopsychiatry 2015;48(4-5):145-9
76. Solt LA, Wang Y, Banerjee S, Hughes T, Kojetin DJ, Lundasen T, Shin Y, Liu J, Cameron MD, Noel R, Yoo SH, Takahashi JS, Butler AA, Kamenecka TM, Burris TP. Regulation of circadian behaviour and metabolism by synthetic REV-ERB agonists. Nature 2012;485(7396):62-8

Positive Daten für eine Zulassungserweiterung im Bereich Epilepsie

Neue klinische Studiendaten, die auf dem zweiten Kongress der European Academy of Neurology (EAN) präsentiert wurden, zeigten die Nichtunterlegenheit der Lacosamid-Monotherapie im Vergleich zu Carbamazepin Retard bei Patienten mit einer neu oder kürzlich diagnostizierten fokalen Epilepsie. Lacosamid (Vimpat®) ist derzeit in Europa lediglich als Zusatzbehandlung fokaler Anfälle bei Erwachsenen mit Epilepsie (Alter ≥ 16 Jahre) zugelassen. Die Daten, die Anfang des Jahres bei der EMA eingereicht wurden, sollen eine Zulassungserweiterung für Lacosamid im Bereich Monotherapie ermöglichen, wie sie in den USA bereits vorliegt.

Nach Informationen von UCB

Positive Entscheidung für Parkinson-Medikament

Das Unternehmen Zambon und der GKV-Spitzenverband haben eine Einigung über den Erstattungsbetrag für Safinamid (Xadago®) erzielt. Das Präparat zur Behandlung der Parkinson-Krankheit im mittleren und späten Stadium wird als Add-on zu Levodopa – alleine oder in Kombination mit weiteren Präparaten – eingesetzt. Der neue Erstattungsbetrag gilt seit dem 1. Juni 2016 und stellt die Verordnungsfähigkeit von Xadago® im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung sicher.

Nach Informationen von Zambon

Positive Stellungnahme der EMA kommt in die Fachinformation

Aktuell wurde die Wirksamkeit von Aripiprazol-Depot bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie nach einem akuten Rückfall untersucht. Die guten Ergebnisse der zwölfwöchigen Studie führten zu einer positiven – aber nicht zulassungsrelevanten – Stellungnahme der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), die nun in die Fachinformation einfloss. Zugelassen ist Abilify Maintena® zur Erhaltungstherapie von Schizophrenie bei erwachsenen Patienten, die stabil mit oral angewendetem Aripiprazol eingestellt wurden.

Nach Informationen von Otsuka/Lundbeck

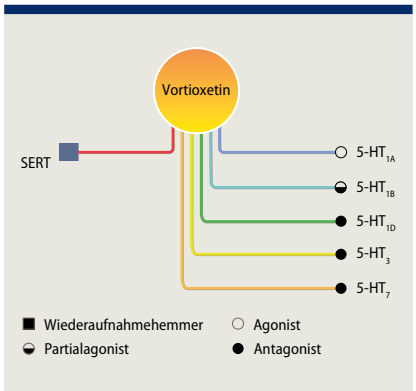
Galenus-von-Pergamon-Preis 2016 – das Antidepressivum unter den Bewerbern

Mit dem von Springer Medizin gestifteten Galenus-von-Pergamon-Preis werden jedes Jahr Arzneimittelinnovationen ausgezeichnet. Einer der 15 Bewerber in 2016 ist das Antidepressivum Vortioxetin (Brintellix®).

Vortioxetin (Brintellix®) von Lundbeck ist ein multimodal wirkendes Antidepressivum zur Therapie von Episoden einer Major Depression bei Erwachsenen. Über seine antidepressive Wirksamkeit hinaus hat es positive Effekte auf kognitive Funktionen und Alltagsfähigkeiten, die bei einer Depression meist beeinträchtigt sind.

Vortioxetin ist nicht nur ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, sondern moduliert zusätzlich die Funktion einer Reihe weiterer prä- und postsynaptischer Serotoninrezeptoren, sodass in verschiedenen Systemen des Gehirns erhöhte Neurotransmitterkonzentrationen vorliegen. Auf diesen Wirkmechanismus wird die neben der antidepressiven Wirkung erstmals in einer kontrollierten Studie nachgewiesene Verbesserung kognitiver Funktionen zurückgeführt.

Es werden zwei komplementäre Wirkmechanismen angenommen: eine Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin (5-HT) sowie direkte Aktivitäten an verschiedenen 5-HT-Rezeptoren (**Abb. 1**). Außerdem hemmt der Wirkstoff den präsynap-tischen 5-HT-Transporter. In präklinischen Untersuchungen konnten für Vortioxetin antagonistische Wirkungen an den Rezeptoren 5-HT_3, 5-HT_7 und 5-HT_{1D}, partiell agonistische Wirkungen an den 5-HT_{1B}-Rezeptoren sowie agonistische Wirkungen an den 5-HT_{1A}-Rezeptoren gezeigt werden. Dies führt zur Modulation der Neurotransmission in verschiedenen Systemen, vorrangig des Serotoninsystems, wahrscheinlich aber auch des Noradrenalin-, Dopamin-, Histamin-, Acetylcholin- sowie des GABAergen und des glutamatergen Systems.



© Lundbeck

Abb 1: Multimodales Wirkprofil von Vortioxetin

Klinische Wirksamkeit und Sicherheit von Vortioxetin sind in einem Studienprogramm mit mehr als 6.700 Patienten ermittelt worden. In zwölf placebokontrollierten Kurzzeitstudien über jeweils sechs bis acht Wochen waren 3.700 Patienten mit akuten Episoden einer Major Depression behandelt worden. In neun der zwölf Studien war die Wirksamkeit in mindestens einer Dosisgruppe durch eine Differenz zu Placebo von mindestens zwei Punkten des MADRS-Summenscores (Montgomery und Åsberg Depression Rating Scale) oder der HAMD-24-Skala (Hamilton Depression Rating Scale 24 Item) nachgewiesen worden. Außerdem waren signifikante Effekte bei der Verbesserung des klinischen Gesamteindrucks (Clinical Global Impression – Improvement Score, CGI-I) beobachtet worden.

In einer placebokontrollierten, randomisierten Studie (n = 602) konnte erstmals nachgewiesen werden, dass Vortioxetin innerhalb von acht Wochen statistisch signifikant die kognitive Performance von Patienten im Alter unter 65 Jahren mit rezidivierenden Episoden einer Major Depression verbessert. Dabei handelt es sich überwiegend um einen direkten Effekt auf die Kognition und nur zu einem geringen Teil um eine indirekte Folge aufgrund der antidepressiven Wirkung.

Vortioxetin steht als einmal täglich einzunehmende Filmtablette in Dosisstärken von 5 mg, 10 mg und 20 mg sowie als Tropfen (20 mg/ml) zur Verfügung. **ner**

Bei Gliedergürteldystrophie und Atemschwäche an Morbus Pompe denken

Neuromuskuläre Erkrankungen mit Beginn im Kleinkindalter führen zu stark reduzierter Muskelmasse und Entwicklungsstörungen. Neben kongenitalen Strukturmyopathien oder Muskeldystrophien können auch metabolische Myopathien wie der Morbus Pompe hinter einem auffallend schwachen Muskeltonus bei Neugeborenen oder jungen Säuglingen („floppy infant") stecken.

Bei metabolischen Myopathien liegt eine Störung des Energiestoffwechsels der Muskelzelle zugrunde. Dazu zählen Glykogenosen mit Enzymdefekten des Glukose- und Glykogenstoffwechsels wie etwa Morbus Pompe (Glykogenose Typ II), eine der schweren Formen der Glykogenspeichererkrankungen mit Mangel des lysosomalen Enzyms saure Alpha-1,4-Glukosidase (GAA). Die autosomal vererbte Erkrankung hat eine Prävalenz von 1 : 40.000, erläuterte Dr. Bertold Schrank von der DKD Helios Klinik in Wiesbaden.

Bei Neugeborenen mit infantiler Verlaufsform liegt oft eine geringe oder keine GAA-Aktivität vor. Meist sind die Herzmuskeln betroffen und viele Kinder versterben innerhalb des ersten Lebensjahres an kardiorespiratorischem Versagen.

Bei späteren Verlaufsformen (juvenil und adult) ist eine GAA-Restaktivität von bis zu 30 % nachweisbar. Betroffen sind Skelett-, Rumpf- und Atemmuskulatur. Die Erkrankung verläuft zwar langsamer als bei infantilen Formen, ist aber ebenfalls unaufhaltsam progredient mit zunehmender proximaler Muskelschwäche und Beatmungspflichtigkeit. Mit jedem Jahr nach Diagnosestellung steigt die Wahrscheinlichkeit einer Rollstuhlpflichtigkeit um etwa 13 % und die Wahrscheinlichkeit einer respiratorischen Insuffizienz um 8 % [Hagemans ML et al., Neurology 2005; 63: 1688 – 92].

Die Diagnose Morbus Pompe, die mit einem einfach durchzuführenden Trockenbluttest zur Bestimmung der GAA-Restaktivität erfolgen kann, sollte möglichst frühzeitig gestellt werden, so Schrank. Die muskuläre Schwäche zeigt sich klinisch in einem wiegenden Gangbild und Problemen beim Aufrichten aus der Hocke (Trendelenburg-Zeichen). Auch wenn das Aufstehen vom Boden nur im Vierfüßlerstand und durch Hochklettern mit den Armen an sich selbst gelingt (Gowers-Manöver), weist dies auf eine Muskelschwäche im Sinne eines Gliedergürtelsyndroms bei Morbus Pompe hin. Bei Bestimmung der Lungenfunktion fällt eine Zwerchfellschwäche (sitzend vs. liegend) auf.

Seit 2006 steht mit Alglucosidase alfa (Myozyme®) eine kausale Enzymersatztherapie zur Verfügung, die der irreversiblen Zell-, Gewebe- und Organschädigung entgegengewirkt.

Dagmar Jäger-Becker

Fallkonferenz Neuromuskuläre Erkrankungen, 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN); Düsseldorf, 18.3.2016
Veranstalter: Genzyme

Antikörper normalisiert Hirnatrophie bei MS

Die Hirnatrophie bei MS-Patienten gilt inzwischen als wichtiger Marker für die Akkumulation von bleibenden Schäden: Je stärker das Hirnvolumen zurückgeht, umso schneller kommt es zu einer Progression von Behinderungen. Da die Atrophie mit einer kortikalen Demyelinisierung und dem Tod von Nervenzellen einhergeht, ist es wichtig, diesen Prozess zu stoppen.

Nach Daten von Extensionsstudien lässt sich mit dem monoklonalen Antikörper Alemtuzumab (Lemtrada®) die Hirnatrophie drastisch bremsen. So zeigten Patienten der Zulassungsstudien CARE-MS I und –II, die Alemtuzumab initial mit Interferon beta-1a verglichen, auch noch fünf Jahre nach Beginn der Therapie kaum einen Hirnvolumenverlust. An CARE-MS I nahmen 581 Patienten mit schubförmiger MS teil, die bislang keine Basistherapie erhalten hatten, an CARE-MS II beteiligten sich 840 Patienten, bei denen unter der bisherigen Basistherapie erneut Schübe aufgetreten waren. Patienten mit Alemtuzumab erhielten den Antikörper in Form von zwei Behandlungsphasen im Abstand von einem Jahr, jeweils 68 % und 60 % benötigen bislang keine weiteren Infusionen. Über 90 % der Alemtuzumab-Patienten nahmen an den anschließenden Extensionsstudien teil. Wie Professor Sven Schippling von der Universität Zürich erläuterte, lag der Hirnvolumenverlust in CARE-MS I im ersten Jahr bei 0,59 %, dann ging er kontinuierlich zurück und erreichte im fünften Jahr nur noch 0,20 % [Schippling S et al. AAN 2016, S51 Clinical Trial Session MS]. Zum Vergleich: Normal sind bei gesunden Personen maximal 0,4 %, bei unbehandelten MS-Patienten liegt der Wert zwischen 0,5 % und 1,4 % pro Jahr. In CARE-MS II wurde der Hirnvolumenverlust fast ganz gestoppt: Er sank von 0,48 % im ersten auf 0,07 % im fünften Jahr. Ein vergleichbarer Effekt ließ sich auch bei den Patienten beobachten, die von zunächst Interferon beta-1a auf den Antikörper umgestellt wurden [Barkhof F et al. AAN 2016, P6.183]: Der jährliche Hirnvolumenverlust von 0,94 % und 0,50 % (CARE-MS I) bzw. 0,54 % und 0,33 % (CARE-MS II) in den beiden Jahren unter Interferon ging nach Umstellung auf Alemtuzumab zurück auf Werte zwischen 0,02 % und – 0,14 %).

Zudem zeigten in der Extensionsphase von CARE-MS I 54 % der zu Studienbeginn mit Alemtuzumab behandelten Patienten keine radiologische MS-Aktivität und 40 % weder klinische noch radiologische Zeichen einer aktiven MS [Arnold D et al. AAN 2016, S51 Clinical Trial Session MS].

In dieses Bild passt auch eine Zunahme der Dicke der retinalen Nervenfaserschicht, wie sie in einer Studie bei 26 Patienten beobachtet wurde [Nguyen et al. AAN 2016, P3.083]. Bei gesunden Personen schrumpft die Dicke jährlich um etwa 0,2 µm, bei behandelten MS-Patienten sind es üblicherweise 2 µm. Über zwei Jahre hinweg nahm die retinale Nervenfaserschicht unter Alemtuzumab wieder zu – im Schnitt um 1,5 µm ($p = 0{,}032$) – was auf einen Schutz der retinalen Axone durch den Antikörper deuten könnte.

Thomas Müller

68. Annual Meeting of the American Academy of Neurology; Vancouver, 15.–21.4.2016

MS – die B-Zelle als therapeutisches Ziel

Ist die Multiple Sklerose (MS) eine allein durch T-Zellen vermittelte Erkrankung? Dann ließe sich kaum erklären, warum der gegen CD20-positive B-Zellen gerichtete Antikörper Ocrelizumab bei schubförmiger und – als erstes Prüfmedikament überhaupt – auch bei primär progredienter MS wirkt.

„Jahrzehntelang wurde angenommen, MS sei eine allein durch T-Zellen vermittelte Erkrankung. In den letzten ein bis zwei Dekaden gewonnene Daten legen aber nahe, dass auch B-Zellen eine Schlüsselrolle spielen", betonte Professor Patrick Vermersch, Lille, Frankreich. So sind Antikörper in aktiven Läsionen nachweislich an der Demyelinisierung beteiligt [Breij EC et al. Ann Neurol 2008; 63: 16 – 25]. Außerdem sind B-Zellen in die Bildung ektopischer lymphoider, follikelartiger Strukturen involviert [Howell OW et al. Brain 2011; 134: 2755 – 71]. B-Zellen können zudem nicht nur T-Zellen aktivieren und so zur Zytokinausschüttung anregen: Vermersch zufolge sind sie auch selbst dazu in der Lage, große Mengen pro-inflammatorischer Mediatoren wie Interleukin 6 freizusetzen. Einige der von B-Zellen freigesetzten Antikörper seien auch direkt pathogen. CD20-positive B-Zellen wurden dabei nicht nur in ZNS-Läsionen von Patienten mit schubförmiger MS, sondern auch mit primär oder sekundär progredienter MS (PPMS, SPMS) nachgewiesen [Josa M et al. 2009; Brain 132: 1175 – 89].

Wie Professor Giancarlo Comi, Mailand, Italien, ausführte, konnte unter allen bei PPMS erprobten Medikamenten bislang nur für den noch nicht zugelassenen, gegen CD20-positive B-Zellen gerichteten monoklonalen Antikörper Ocrelizumab eine Wirksamkeit gezeigt werden [Montalban X et al. Abstract 2368, ECTRIMS-Kongress, Barcelona 2015]. Auf dem EAN-Kongress 2016 wurden gepoolte Daten der Phase III-Studien OPERA I und II als Poster präsentiert, denen zufolge Ocrelizumab (alle 24 Wochen 600 mg als i. v. Infusion) bei Patienten mit schubförmiger MS über 96 Wochen eine höhere Wirksamkeit zeigt als dreimal wöchentlich 44 µg Interferon beta-1a [Lublin F et al. Poster P21117, EAN-Kongress 2016]. Das Risiko der nach drei Monaten bestätigten Behinderungsprogression reduzierte das Prüfmedikament im Vergleich zum Interferonpräparat signifikant um 40 % (9,8 % vs. 15,2 %; $p < 0{,}001$) (**Abb. 1**). Bei 20,7 % der mit Ocrelizumab behandelten Patienten kam es zu einer mindestens drei Monate anhaltenden Verbesserung des Behinderungsgrades – und damit häufiger als in der aktiven Kontrollgruppe mit 15,6 % ($p = 0{,}02$).

Dr. Matthias Herrmann

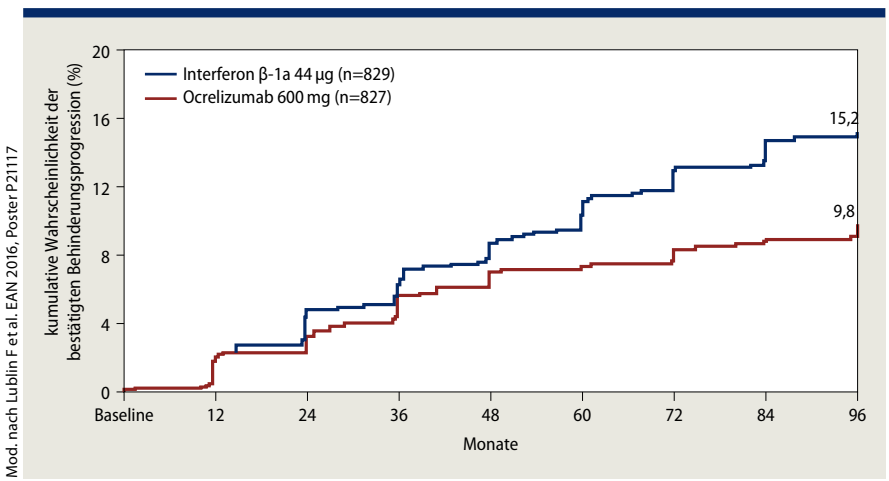


Abb. 1: Kumulative Wahrscheinlichkeit der Behinderungsprogression unter Ocrelizumab versus Interferon beta-1a bei Patienten mit schubförmiger MS

Symposium „New insights in MS: How are approaches to MS management changing?", 2. EAN-Kongress Kopenhagen, Dänemark, 28. – 31.5.2016; Veranstalter: Roche Pharma

Symptome des Vitamin-B12-Mangels richtig deuten und behandeln

Symptome wie Missempfindungen in den Füßen, ein Manschettengefühl um die Unterschenkel, Unsicherheit auf den Beinen, Sturzneigung sowie die Verschlechterung von Gedächtnis, Stimmung und Alltagskompetenz können Hinweise auf ein Vitamin-B12-Defizit sein, erklärte Professor Karlheinz Reiners, ehemals stellvertretender Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg.

Für die Therapie eignet sich die hochdosierte orale Supplementierung von 1.000 – 2.000 µg Cyanocobalamin (z. B. B12 Ankermann®, .1000 µg/Dragee), die sich in einer evidenzbasierten Analyse als ebenso effektiv wie die parenterale Applikation erwiesen hat [Vidal-Alaball JV et al. The Cochrane Database Syst Rev 2005; 20 (3), CD004655]. Schwerwiegende und irreversible Folgeschäden können dadurch vermieden werden.

Bei 10 – 30 % der Menschen über 65 Jahren liegt ein Vitamin-B12-Mangel vor, bei Heimbewohnern sind etwa 40 % betroffen, erläuterte Privatdozentin Dr. Marija Djukic, Fachärztin am Evangelischen Krankenhaus Weende-Göttingen. Häufige Ursachen sind die mangelnde Zufuhr des vorwiegend in Fleisch und Innereien vorhandenen Vitamins oder Resorptionsstörungen durch Magenschleimhauterkrankungen. Bei atrophischer Gastritis, an der rund die Hälfte der Senioren leidet, wird das an Nahrungsprotein gebundene Vitamin B12 nur unzureichend abgespalten und aufgrund des im Darm fehlenden Intrinsic Factors nicht ausreichend resorbiert. Auch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten wie Metformin bei Typ-2-Diabetes oder Protonenpumpen-Inhibitoren bei Refluxerkrankung redu-

ziert die Bioverfügbarkeit des Vitamins und kann zur Unterversorgung beitragen. Eine frühzeitige Diagnose des Vitamin-B12-Mangels ist daher in der Geriatrie stets relevant, so Djukic. Die Chancen einer kausalen und kostengünstigen Therapie sollten genutzt werden. Wie Reiners betonte, ist in diagnostischen Zweifelsfällen und bei verdächtigen Symptomkonstellationen auch eine probatorische Behandlung mit Cyanocobalamin zu empfehlen.

Dagmar Jäger-Becker

5. Vitamin B12-Symposium „Von Gravidität bis Greisenalter – Vitamin B12 für gute Nerven", Hamburg, 23.42016; Veranstalter: Wörwag Pharma

Botulinumtoxin-Therapie bei zervikaler Dystonie

Die American Academy of Neurology (AAN) hat in ihren aktuellen Therapieempfehlungen zur therapeutischen Anwendung von Botulinumtoxin in neurologischen Indikationen erstmals eine Unterscheidung der verschiedenen verfügbaren Toxine vorgenommen [Simpson DM et al. Neurology 2016; 86 (19): 1818 – 26]. Wie Professor David M. Simpson, Mount-Sinai-Hospital New York/ USA, erläuterte, unterscheiden sich die zugelassenen Toxinpräparationen pharmakologisch voreinander. Bei zervikaler Dystonie ist die Sicherheit und Wirksamkeit am besten für Abobotulinumtoxin-A und Rimabotulinumtoxin-B belegt.

Damit in der Praxis die Therapie tatsächlich wirksam und sicher ist, sollte die Botulinumtoxin-Injektion nach Empfehlung von Professor Wolfgang Jost, Parkinson-Klinik Ortenau, immer unter Ultraschallkontrolle erfolgen. Er wies darauf hin, dass nach Lokalisation der dystonen Bewegung unterschiedliche Muskeln betroffen sind, die entsprechend unterschiedliche Injektionsorte bedeuten (**Tab. 1**).

Um die bei Dystonie geeigneten Muskeln gezielt zu therapieren, ohne unnötige Risiken einzugehen, empfahl Dr. Marion Simonetta-Moreau, Universitätsklinik in Toulouse, bei zervikaler Dystonie für die Botulinumtoxintherapie eine Niedrig-Volumen-Strategie, etwa mit 50 U/0,1 ml Abobotulinumtoxin A (Dysport®). Ein begrenztes Volumen verringert die Ausbreitung des Toxins in nahegelegene Muskeln, den Eintritt von ungebundenem Toxin in die Blutbahn und die Zahl und Schwere von Nebenwirkungen. Auch sie wies auf die notwendige Kontrolle mittels Ultraschall oder Nadelelektromyogramm hin, um die exakte Platzierung der Nadelspitze in oberflächliche wie auch in tiefer gelegene kleine zervikale Muskeln sicherzustellen. Im Übrigen sei diese Strategie auch kosteneffektiv, ergänzte sie.

Friederike Klein

Symposium „Cervical dystonia management with BoNT-A: Towards an optimized approach". 20. International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, Berlin, 21.6.2016. Veranstalter: Ipsen Pharma

Tab. 1: Die Lokalisation der zervikalen Dystonie bestimmt die Zielmuskeln

Torticollis	Torticaput	Laterocollis	Laterocaput
ipsilateral — M. semispinalis cervicis (M) — M. levator scapulae (M) — M. splenius cervicis (S) — M. longissimus cervicis (S)	kontralateral — M. trapezius pars descendens (M) — M. sternocleidomastoideus (M) — M. semispinalis capitis pars med. ipsilateral — M. obliquus capitis inferior (M) — M. longissimus capitis (S) — M. splenius capitis (S)	ipsilateral — M. levator scapulae (M) — M. semispinalis capitis — M. scalenus medius (S) — M. longissimus cervicis (S)	ipsilateral — M. sternocleidomastoideus (M) — M. trapezius pars descendens (M) — M. splenius capitis (M) — M. semispinalis capitis (S) — M. longissimus capitis (S) — M. levator scapulae (S)

M = Hauptmuskel; S = Sekundärmuskel *Quelle: nach Vortrag Wolfgang Jost*

Neuzulassung im MS-Bereich

Die Europäische Kommission hat die Zulassung für Daclizumab (Zinbryta®) zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) erteilt. Mit Daclizumab steht nun eine innovative Option mit einem in der MS-Therapie neuen Wirkprinzip zur Verfügung. Daclizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper (IgG1), der selektiv an die alpha-Untereinheit (CD25) des hochaffinen Interleukin-2-Rezeptors (IL-2R) auf aktivierten T-Zellen bindet. Der Wirkmechanismus des Immunmodulators besteht vermutlich in der Blockade der Aktivierung autoreaktiver T-Zellen, einem Hauptverursacher der Entzündungen im zentralen Nervensystem bei MS. Daclizumab führt zu einer Erhöhung der $CD56_{bright}$-NK-Zellen, die selektiv die Zahl aktivierter T-Zellen verringern können, ohne eine generelle Immunzelldepletion zu verursachen. Die Wirksamkeit und Sicherheit von Daclizumab wurde in klinischen Studien mit mehr als 2.400 Patienten untersucht. Bei der Zulassungsstudie DECIDE handelte es sich um eine multizentrische, doppelblinde, randomisierte, verumkontrollierte Parallelgruppenstudie der Phase III zur Prüfung der Überlegenheit der Monotherapie mit Daclizumab (s. c.) gegenüber Interferon beta-1a i. m. (Avonex®) in der Schubprophylaxe. Daclizumab wird einmal monatlich als subkutane Selbstinjektion mit einer Fertigspritze appliziert.

Nach Informationen von Biogen

Nicht nur zur Winterzeit ...

Nach einer erfolgreichen Therapie sollte laut S3-Leitlinie das in der Akutphase eingesetzte Antidepressivum wegen der hohen Rezidivgefahr in derselben Dosierung mindestens vier bis neun Monate über die Remission hinaus beibehalten werden. In den Sommermonaten wird jedoch die antidepressive Medikation wegen befürchteter gesteigerter Photosensibilität häufig nur zögerlich ein- oder ganz abgesetzt. Die Lichtempfindlichkeit ist in therapierelevanten Dosierungen aber eher die Ausnahme. Für den hochdosierten Hypericum-Extrakt Laif® 900 konnte in einer Studie mit 20 gesunden Probanden keine gesteigerte Photosensibilität nach 14-tägiger Medikation festgestellt werden [Schulz, HU et al. Arzneim Forsch/Drug Res 2006; 56 (3): 212 – 21].

Nach Informationen von Bayer Vital

Erhaltungstherapie bei Schizophrenie

Langanhaltende klinische Stabilität unter Aripiprazol-Depot

Atypische Depot-Antipsychotika wie Aripiprazol-Depot können die Therapiekontinuität bei Schizophrenie sicherstellen. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag, um Patienten funktionell und symptomatisch zu stabilisieren und Rezidive langfristig zu vermeiden.

Die langfristige Vermeidung von Rezidiven sowie die Verbesserung der Lebensqualität und des psychosozialen Funktionsniveaus zählen zu den Hauptzielen der Schizophrenietherapie. Mehr als 80 % der Patienten mit Schizophrenie erleiden innerhalb von fünf Jahren nach der ersten psychotischen Episode einen Rückfall [1].

Therapiekontinuität sei eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Management der überwiegend chronisch-rezidivierend verlaufenden Erkrankung, berichtete Prof. Dr. Rebecca S. Roma, Pittsburgh, USA. Diese erreiche man am besten durch den Einsatz von Depot-Antipsychotika. Um Schizophreniepatienten vor psychotischen Rezidiven und deren negativen Konsequenzen zu schützen, plädierte Roma dafür, die Verschreibung von Depot-Antipsychotika schon frühzeitig in Betracht zu ziehen.

Klinisch relevanter Nutzen

Gut belegt ist die rezidivprophylaktische Wirksamkeit von Aripiprazol als einmal monatlich intramuskulär (i.m.) zu injizierende Depot-Formulierung (Abilify Maintena®) in der Erhaltungstherapie. Dies verdeutlichte Roma anhand der Ergebnisse der randomisierten, placebokontrollierten US-amerikanischen Zulassungsstudie ASPIRE-US [2]. Teilnehmer der Studie waren Patienten, die einen psychotischen Rückfall erlitten hatten. Nachdem die Patienten stabil auf orales Aripiprazol eingestellt waren, wurden sie randomisiert auf Aripiprazol-Depot (400 mg i.m., 1 × monatlich; n=269) oder Placebo-Depot (n=134). In der Placebogruppe war das Rezidivrisiko im Vergleich zur Verumgruppe um das Fünffache erhöht (Hazard Ratio, HR 5,03; 95 %-Konfidenzintervall, KI 3,15–8,02; p<0,0001). Während der 52-wöchigen Erhaltungstherapie mit dem Depot-Antipsychotikum hatten signifikant weniger Patienten ein psychotisches Rezidiv (10 % vs. 40 %; p<0,0001); neun von zehn Patienten blieben rezidivfrei (**Abb. 1**). Der PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)-Score blieb unter der Behandlung mit Aripiprazol-Depot stabil, verschlechterte sich jedoch in der Placebogruppe (p<0,0001). Die Studie wurde vorzeitig beendet, da bereits die Interimsanalyse (nach 64 Ereignissen) die Überlegenheit des atypischen Depot-Antipsychotikums nachwies [2]. Auch in der europäischen Zulassungsstudie ASPIRE-EU blieben mehr als 90 % der mit Aripiprazol-Depot behandelten Patienten rezidivfrei [3].

Die Ergebnisse einer offenen Langzeitstudie mit 1.081 Teilnehmern über 52 Wochen bestätigen, dass 95 % der Patienten über den gesamten Beobachtungszeitraum stabil blieben – sowohl in Bezug auf die Symptomatik (PANSS-Gesamtscore) als auch in Bezug auf den klinischen Gesamteindruck (CGI-S). Insgesamt beendeten nahezu 80 % der Patienten die Studien, die Rückfallrate betrug im Studienverlauf nur 8,2 %. Auch die positive Einstellung der Patienten gegenüber den einmal monatlichen Injektionen von Aripiprazol-Depot blieb unverändert [4].

Neben Symptomreduktion und Rezidivprophylaxe kommt es unter der Therapie mit dem atypischen Depot-Antipsychotikum auch zu einer klinisch relevanten Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus [5] und der Lebensqualität [6]. Eine Post-hoc-Analyse der gepoolten Daten der beiden Zulassungsstudien ASPIRE-US und ASPIRE-EU ergab einen signifikanten Anstieg der mit der PSP (Personal and Social Performance)-Skala bewerteten persönlichen und sozialen Funktionsfähigkeit – sowohl gegenüber der Placebogruppe (p<0,001)

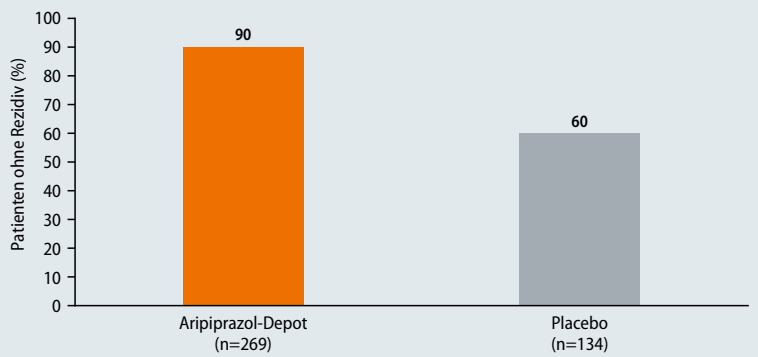


Abb. 1: ASPIRE-US-Studie: Anteil der Patienten ohne psychotisches Rezidiv unter der Erhaltungstherapie mit Aripiprazol-Depot versus Placebo (modifiziert nach [1])

Impressum
Pharmawissen aktuell 426158 in:
Der Nervenarzt 7/2016
NeuroTransmitter 7–8/2016
Product Theatre „Injecting a Once-monthly long-acting injectable into the schizophrenia treatment conversation" anlässlich der Jahrestagung der American Psychiatric Association (APA), Atlanta, USA, 15.05.2016
Berichterstattung: Abdol A. Ameri, Weidenstetten
Redaktion: Dr. Annette Schilling
Leitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner (verantwortlich)
Springer Medizin
Springer-Verlag GmbH
Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016
Mit freundlicher Unterstützung der Otsuka Pharma GmbH, Frankfurt am Main und der Lundbeck GmbH, Hamburg
Die Herausgeber der Zeitschrift übernehmen keine Verantwortung für diese Rubrik.

als auch gegenüber der Kontrollgruppe, die eine subtherapeutische Dosis (50 mg i.m., 1 × monatlich) von Aripiprazol-Depot erhalten hatte ($p<0{,}05$) [5]. Somit blieb die frühe, bereits in der Stabilisierungsphase erreichte Verbesserung des Funktionsniveaus auch unter der Erhaltungstherapie mit Aripiprazol-Depot konstant. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der prospektiven, randomisierten QUALIFY-Studie [6], dass sich die einmal monatliche i.m. Injektion von Aripiprazol-Depot auch positiv auf die mit der Heinrich-Carpenter Quality-of-Life (QLS)-Skala erfasste Lebensqualität auswirkt.

Wirksam und sicher

Aripiprazol-Depot werde im Allgemeinen gut vertragen, so Prof. Dr. Henry A. Nasrallah, St. Louis, USA. Das Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil entspreche annährend dem des oralen Wirkstoffs. Die Inzidenz einer Hyperprolaktinämie war in der Doppelblindphase der 52-wöchigen ASPIRE-US-Studie numerisch geringer als in der Placebogruppe (1,9 % vs. 7,1 %). Damit unterscheide sich Aripiprazol deutlich von anderen Antipsychotika, so Nasrallah. Zudem wies Aripiprazol in Langzeitbeobachtungen ein vorteilhaftes Verträglichkeitsprofil in Bezug auf metabolische Effekte auf [7].

Die Option zur Injektion von Aripiprazol-Depot in den Delta- und den Glutealmuskel erhöht die Flexibilität der Behandlung und bietet dem Arzt die Möglichkeit für eine noch stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten. Wichtig sei es, Patienten mit Schizophrenie schon frühzeitig im Krankheitsverlauf die prognostische Bedeutung einer kontinuierlichen Langzeittherapie zu erläutern, für die sich ein atypisches Depot-Antipsychotikum besonders zu eignen scheint.

Literatur:

1. Robinson D et al., Arch Gen Psychiatry 1999, 56:241–247
2. Kane JM et al., J Clin Psychiatry 2012, 73:617–624
3. Fleischhacker WW et al., Br J Psychiatry 2014, 205:135–144
4. Nylander AG et al.,168. APA-Kongress 2015, Toronto, Kanada, Poster P6-105
5. Fleischhacker WW et al., Schizophr Res 2014, 159:415–442
6. Naber D et al., Schizophr Res 2015, 168:498–504
7. Galling B et al., JAMA Psychiatry 2016, 76:247–259

Interview mit Prof. Dr. Dieter Naber, Hamburg

Die Lebensqualität steigern

? Die QUALIFY-Studie [6] hat Aripiprazol-Depot und die Gabe von Paliperidonpalmitat, beides einmal monatlich, miteinander verglichen. Was zeichnet diese Studie aus?

Naber: Es handelt sich um die erste direkte, multizentrische, randomisierte Vergleichsstudie mit zwei atypischen Depot-Antipsychotika unter naturalistischen Bedingungen. An der Studie nahmen fast 300 Patienten mit Schizophrenie teil, die eine Umstellung ihrer Behandlung benötigten. Der primäre Endpunkt der Studie war die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Erfasst wurde die Lebensqualität mit der Heinrich-Carpenter Quality-of-Life (QLS)-Skala. Die Veränderungen des klinischen Gesamteindrucks (CGI-S) war ein wichtiger sekundärer Endpunkt [6].

? Könnten Sie die wichtigsten Ergebnisse der QUALIFY-Studie erläutern?

Naber: Beide Antipsychotika führten zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität und einer Reduktion der klinischen Symptome. Sowohl in Bezug auf den QLS- als auch auf den CGI-S-Score schnitt Aripiprazol-Depot besser ab als die Vergleichssubstanz. Bei Patienten im Alter ≤35 Jahre war der Nutzen von Aripiprazol-Depot deutlich ausgeprägter. Bei den älteren Patienten war der Unterschied zwischen beiden Depot-Antipsychotika nicht signifikant [6]. Meines Erachtens ist die deutliche Überlegenheit von Aripiprazol-Depot bei den ≤35-Jährigen wahrscheinlich durch die geringere Rate an Nebenwirkungen bezüglich der Sexualfunktion zu erklären, was für jüngere Patienten noch bedeutsamer ist als für ältere.

? Wie lassen sich die Unterschiede von Aripiprazol-Depot und Paliperidonpalmitat erklären?

Naber: Paliperidon ist ein D_2-Rezeptorantagonist, Aripiprazol hingegen ein partieller D_2-Rezeptoragonist. Während Aripiprazol den D_2-Rezeptor und damit das Belohnungssystem nicht so stark hemmt, was gerade in der Langzeittherapie ein wichtiger Aspekt ist, wird beim D_2-Rezeptoragonist die Wirkung über eine vollständige Blockade von Dopaminrezeptoren vermittelt. Die damit verbundene mögliche Einschränkung des Belohnungssystems ist wiederum von hoher Bedeutung für die Lebensfreude und Lebensqualität. Zudem kann das Rezeptorprofil von Aripiprazol die bessere Verträglichkeit und den praktisch fehlenden Effekt auf die Prolaktinfreisetzung erklären.

? Welche Implikationen haben die Ergebnisse der QUALIFY-Studie für den klinischen Alltag?

Naber: Die Studiendaten unterstreichen die Bedeutung von atypischen Depot-Antipsychotika. Wir sollten im klinischen Alltag viel häufiger ein modernes Depot-Präparat einsetzen. Vor allem bei jüngeren Schizophrenie-Patienten und den noch nicht chronisch erkrankten Schizophrenie-Patienten sollten wir häufiger an den Einsatz von Aripiprazol-Depot denken. Und wir sollten die Angehörigen stärker in die Therapieplanung einbeziehen. Angehörige sind in der Regel große Befürworter einer Depot-Behandlung, da ihnen damit die ständige „Kontrolle" der Patienten erspart bleiben. Falls der Patient einmal nicht zu dem vereinbarten Injektionstermin erscheint, können wir Ärzte aktiv werden.

Prof. Dr. Dieter Naber, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

OPG/0616/MTN/1531(1)

Journal

Eisenbahntrauma

Richard Flanagans Roman „Der schmale Pfad durchs Hinterland“

Das Setting des Romans *Der schmale Pfad durchs Hinterland* des Schriftstellers Richard Flanagan ist seit langem bekannt. Es handelt sich um jene historische Episode, die der Franzose Pierre Boulle (1912 – 1994) in seinem Roman *Le pont de la rivière Kwai* 1952 (dt. 1956) zuerst thematisiert hat, und die schließlich durch die Verfilmung von David Lean (1957) mit Alec Guinness und William Holden unter dem Titel *Die Brücke am Kwai* Weltruhm erlangte. Eine neue historische Brandmarke im Roman- und Drehbuchkarussell …

Abertausende Menschenleben kostete der Bau der Thailand-Burma-Eisenbahn im Zweiten Weltkrieg. Die Japaner ließen die Strecke von Zwangsarbeitern und Kriegsgefangenen errichten, deren unmenschliche Behandlung zu den Kriegsverbrechen zählt.

62 Psychopathologie in Kunst & Literatur

„Der schmale Pfad durchs Hinterland“
Ein neuerer Roman über den Bau der „Todeseisenbahn“ im thailändischen Dschungel, mit unterschiedlichen Handlungsebenen und Perspektivwechseln, gespickt mit Zeitsprüngen und -raffungen durch die Hölle bohrt sich in das Gedächtnis seiner Leser.

66 Neurotransmitter-Galerie

Protokoll des Gesehenen
Der Maler Jochen Plogsties beschäftigt sich seit Jahren mit der Betrachtungsweise von Werken auch der alten Meister. Nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten meint er ein Muster gefunden zu haben, an dem diese sich in ihrer Arbeit orientierten.

Den historischen Hintergrund für eine Reihe von Romanen und Filmen lieferte die von den Japanern geplante durchgehende Eisenbahnlinie von Bangkok nach Rangun, um die logistischen Voraussetzungen der japanischen Besetzung Birmas zu schaffen. Damals, im Jahre 1942 fanden allein beim Bau dieser Eisenbahnlinie 100.000 asiatische Zwangsarbeiter und 16.000 Kriegsgefangene den Tod. Die unvorstellbar barbarischen Grausamkeiten der japanischen Aufseher und Kommandanten der Gefangenenlager haben sich tief in das Gedächtnis vor allem der Commonwealth-Truppen (Australier, Neuseeländer) eingegraben, die auf Seiten der Engländer im Dschungel von Birma um ihr Leben gekämpft haben. Deshalb nimmt es nicht Wunder, wenn sich ausgerechnet ein Schriftsteller aus Tasmanien nach Pierre Boulle erneut des Stoffes angenommen hat. Doch zunächst der Reihe nach ...

„Das Jahrhundert meines Vaters“

Hatte Pierre Boulle als Mitglied der „Freien Französischen Streitkräfte“ seine eigenen Erlebnisse in China, Birma und Indonesien in seinem Roman *Le pont de la rivière Kwai* (1952) verarbeitet, so greift der holländische Schriftsteller und Journalist Geert Mak in seinem aufschlussreichen Buch *Das Jahrhundert meines Vaters* (1999, dt. 2003) auf die Erinnerungen seines Vaters zurück, der als Militärpfarrer in Südostasien von den Japanern gefangen genommen wurde und freiwillig aus seinem tiefen Verständnis der seelsorgerischen Aufgaben eines Militärgeistlichen jenen Gefangenen folgte, die in die Hölle Birmas zum Bau der Eisenbahn sowie zur Anlage von Flugplätzen transportiert wurden. Er hätte das nicht tun müssen, aber er bekennt in seinen Aufzeichnungen: „Nehmen wir einmal an, ich wäre nicht mitgegangen: Bei jeder Begegnung mit einem ehemaligen Kriegsgefangenen, der in Birma war, wäre ich vor Scham in den Boden versunken.“ Vor allem aber war er, wie sein Sohn berichtet, davon überzeugt, dass seine Ehefrau ihn bei seiner verfrühten Heimkehr gefragt hätte: „Was machst du hier? Ich dachte, du bist Militärpfarrer.“

„To End All Wars – Die wahre Hölle“

Der Schotte Ernest Gordon, Jahrgang 1916, nahm als Offizier der Argyll and Sutherland Highlanders am Krieg in Südostasien teil, geriet 1942 mit seiner Einheit in japanische Kriegsgefangenschaft, wurde beim Bau der „Todesbahn“ zwischen Burma und Thailand eingesetzt, erkrankte schwer an Diphterie, Malaria, Typhus und Ruhr und schildert seine schrecklichen Erfahrungen 1962 in seinem Buch *Through the Valley of the Kwai*, das 2001 als Grundlage für den Spielfilm T*o End All Wars – Die wahre Hölle* diente. Gordon entschied sich als studierter Historiker nach dem Krieg für den Beruf des Priesters, wurde Kaplan der Kirche der Universität Princeton und zwei Jahre später deren Dekan. Nach seiner Pensionierung half Gordon als Präsident der Organisation „Christian Rescue Effort for the Emancipation of Dissidents“ zahlreichen Dissidenten aus den Gefängnissen des damaligen Ostblocks.

„The Railway Man – Die Liebe seines Lebens “

Basierend auf der Autobiografie *The Railway Man* des ehemaligen britischen Offiziers Eric Lomax erzählt der auf DVD erhältliche englisch-australische Film *The Railway Man – Die Liebe seines Lebens* (Regie: Jonathan Teplitzky) aus dem Jahre 2013 die Geschichte des schwer traumatisierten Eric Lomax, der von den Japanern gefangen genommen und gezwungen wird, beim Bau der Thailand-Burma-Eisenbahn zu arbeiten. Dabei kommt es im Film zu einem Dialog mit seinen Kameraden über den Bau der Eisenbahn, in dem Lomax erklärt, es gebe keine Bahn westlich von Bangkok. Zwar habe es einst englische Pläne dafür gegeben, zumal dies das fehlende Bindeglied einer Strecke von China nach Indien wäre und somit eine der längsten und größten Eisenbahnstrecken der Welt. Auf die Frage eines Mitgefangenen, warum daraus nichts geworden sei, antwortet Lomax: „Der Bau einer Eisenbahn ist eine harte, furchtbare Arbeit, gewöhnlich ausgeführt von armen, eingewanderten Arbeitern. Die großen amerikanischen Eisenbahnstrecken wurden von chinesischen Bauern gebaut. Selbst die britischen wurden von irischen Hilfsarbeitern gebaut, die vor dem Hunger geflohen waren. Aber manchmal ist es einfach zu schwer, eine Eisenbahn zu bauen. Es sind Hunderte von Meilen bis Burma durch Gebirge und Dschungel. Die Briten dachten also, der Bau einer solchen Eisenbahn wäre keine große Ingenieurskunst, sondern ein Werk von extremer Brutalität und Grausamkeit. Die Umstände wären so, dass die, die nicht ster-

© yaryhee / Fotolia.com

ben, sich wünschten, auch tot zu sein. Für den Bau einer solchen Bahnstrecke braucht man mehr als nur arme Einwanderer. Das geht nur mit einer Armee von Sklaven. Und zu der Armee sind wir geworden." Weil er einen Funkempfänger gebaut hat, mit dem die Gefangenen Nachrichten der BBC hören können, wird Lomax von den Japanern bestialisch gefoltert. Seine spätere Ehe mit der Krankenschwester Patti scheitert fast daran, dass er seine schweren Traumata nicht überwinden kann. Nach dem Selbstmord eines Mitgefangenen entscheidet sich Lomax, dorthin zurückzukehren, wo er fast zu Tode geprügelt worden war. Er reist nach Thailand und findet seinen ehemaligen Folterer, der vor Ort ein Museum betreibt. Diesmal stellt Lomax die Fragen, und es scheint zum Äußersten an Rache zu kommen. Doch zuletzt kommt es zur Versöhnung zwischen den beiden Männern, ohne dass damit die Grausamkeiten der Vergangenheit gelöscht würden. Ein Insert am Ende des Films informiert die Zuschauer, dass Lomax und sein Peiniger bis zu ihrem Lebensende Freunde blieben.

„Der schmale Pfad durchs Hinterland"

Auch Richard Flanagan, Jahrgang 1961, greift auf die Erfahrungen und Erlebnisse seines Vaters zurück, der ein Überlebender der „Thai-Birma-Todeseisenbahn" war. Flanagan, Abkömmling einer nach Tasmanien ausgewanderten irisch-katholischen Familie, wuchs dort auf, arbeitete zeitweilig im australischen Busch und studierte als Rhodes-Stipendiat in Oxford Geschichte. Für seinen Roman *Der schmale Pfad durchs Hinterland* (dt. 2015) erhielt er 2014 den hoch angesehenen „Man Booker Prize" sowie den „Miles Franklin Award". Einen ersten Überblick über das Romangeschehen gibt uns der Klappentext: „Dorrigo Evans ist ein begabter junger Chirurg, eine glänzende Zukunft steht ihm bevor. Als der Zweite Weltkrieg auch Australien erreicht, meldet er sich zum Militär. Bald aber gerät er in japanische Kriegsgefangenschaft und wird in Siam beim Bau der berüchtigten Todeseisenbahn eingesetzt. Während Dorrigo mit seinen Männern gegen Hunger, Cholera und die Grausamkeit des Lagerleiters Nakamura kämpft, suchen ihn immer wieder die Erinnerungen an die Frau seines Onkels heim, mit der er sich zwei Jahre zuvor auf eine leidenschaftliche Affäre eingelassen hat. Eines Tages erhält Dorrigo einen Brief, der seinem Leben eine endgültige Wendung gibt. (...)."

Der Anfang des Romans spielt mit dem Muster des europäischen Entwicklungsromans: Da ist Cleveland, das tasmanische Dorf mit 30 Seelen, eine ehemalige Sträflingskolonie und Postkutschenstation, da sind die Erinnerungen an die Kindheit, den Tod eines Kaninchens, die Tränen eines alten Mannes und die eigenartige Welt der Gefühle, von denen es heißt, sie stimmten nicht immer mit dem Leben überein und manchmal stimmten sie mit gar nichts überein. Die erste erotische Szene besteht in der Beobachtung, wie die Hand eines jungen Mannes namens Tom unter dem Rock von Mrs. Jackie Maguires Rock verschwindet. Und der Leser stößt auf eine weitere bemerkenswerte Eigenart dieses Werkes: die Neigung des Autors zu Sentenzen, die bisweilen wie Kalendersprüche wirken und deshalb das Missfallen der Kritiker Tobias Döring (FAZ) und Knut Cordsen (Deutschlandradio) erregen: „Ein glücklicher Mann hat keine Vergangenheit, ein unglücklicher Mann hat nichts anderes."

Dorrigo erhält mit zwölf Jahren ein Stipendium und darf auf die High School, wo er wegen des geschickten Auffangens eines Footballs auffällt, ein Ereignis von symbolischer Größe, denn es kommt ihm vor, als sei sein bisheriges Leben „eine Reise zu diesem Moment" gewesen. Das Zeitkontinuum wird von da an unterbrochen, die Mutter stirbt, als er neunzehn ist und weit weg in Melbourne beim Medizinstudium. Er liegt als Captain, Arzt, Chirurg, gefeierter Kriegsheld, „öffentliches Gesicht einer tragischen Epoche", Objekt von Biografien, Schürzenjäger und sich selbst fremd neben einer Frau im Bett, neben einer seiner zahlreichen Geliebten, liest wieder und wieder Alfred Tennysons „Ulysses" und spricht Sentenzen: „Worte waren das erste Schöne auf der Welt, dem ich begegnet bin. (…). Der Tod ist unser Arzt. (…). Ich bin ein Teil von allem, was ich sah", und er verströmt schon „den Sauerteig des Alters". Da gehen die Erinnerungen zurück nach Siam Anfang 1943, zum Bau der teuflischen Eisenbahn, diesem pharaonenhaft Akt, zu Verzweiflung, Fanatismus, Mythen und Trugbildern: „Und später wird niemand sich je erinnern. Wie nach allen großen Verbrechen wird es sein, als wäre nichts geschehen. (…). Das Entsetzen lässt sich in ein Buch fassen, gewinnt an Form und Bedeutung. Doch im Leben hat das Entsetzen genau so wenig Form, wie es Bedeutung hat. Das Entsetzen existiert einfach nur." Es ist die Rede nicht nur von den Hunderttausenden, die beim Bau der Bahn umkamen, sondern auch von der „Viertelmillion Tamilen, Chinesen, Javanern, Malaien, Thais und Burmesen. Für ihre verlorenen Seelen gibt es kein Buch." Die Eisenbahnstrecke besteht nur noch aus jenen, die ihren Bau überlebt haben – oder, die auf ihr gestorben sind. Wie soll sich das in einem Buch fassen lassen, dessen Autor hohe Ansprüche hat, wenn er schreibt: „Ein gutes Buch lässt den Leser mit dem Wunsch zurück, es noch einmal zu lesen. Ein wirklich großes Buch zwingt ihn, in seiner eigenen Seele zu lesen."

Ein Offizier rät zur Besinnung auf den britischen Nationalcharakter. Dorrigo antwortet: „Den Nationalcharakter habe ich noch nie behandeln müssen." Es beginnen endlose Dschungeltage, „die sich aufbauten wie ein Schrei, der niemals endet, ein nasses, grünes Kreischen, das nur noch verstärkt wurde durch Chininmangeltaubheit und Malarianebel, in dem eine Minute so lange dauern konnte wie ein Menschenleben und eine Woche des Elends und der Schmerzen komplett in Vergessenheit geriet." Die Gefangenen roden, verschieben Erde, zertrümmern Felsen, schleppen Schwellen und Schienen, begleitet von Schlägen und abermals Schlägen, Läusen, Hunger und Beriberi (...)." Mit guten Gründen schreibt Jürgen Brôcan (NZZ vom 1. Dezember 2015)

von der „kaum erträglichen Kompromisslosigkeit“, mit der diese Welt aus Schlamm, Kot und Gewalt dargestellt wird: „Flanagan beschreibt erschreckend genau, wie man den Menschen durch Krankheit, Hunger und Verzweiflung zu nichts als einem arbeitenden Stück Fleisch reduziert. Endlos scheinen sich die Leiden an der Strecke hinzuziehen, wo allein der gnadenlose Wille des japanischen Kaisers gilt – doch was für den Leser einen Gefühlsmarathon auf mehr als zweihundert Seiten bedeutet, stellt nur einen Tag von vielen dar, einen markanten allerdings.“

Der bloßen Ästhetisierung des Grausamen freilich entgeht Flanagan mit einer elaborierten Erzähltechnik, die ganz auf Zeitsprünge, Perspektivwechsel, Schnittfolgen der Handlungsebenen, changierendes auktoriales Erzählen, überzeitliche Chronistentugend und die Dialektik von Erzählen, Vergessen und Erinnern vertraut. Auch die unerträglichste Negativfigur wird nicht zum Pappkameraden denunziert, vielmehr wird das Aufeinanderprallen sich ausschließender, wechselseitig unverständlicher und unverstehbarer „Werte“ in den Diskurs einbezogen. Ästhetik und Barbarei liegen oft eng zusammen: So diskutieren japanische Offiziere nachts recht einfühlsam über die Ästhetik des Haikus, indes sie untertags die Gefangenen schinden und quälen oder über die Kunst des Köpfens schwadronieren. Vor solchem Hintergrund formuliert sich dann auch „Moral“ neu und geraten Schuld und Reue in neue Kontexte, auch wenn dem „einzigen Gott der Gewalt“ immer neue Opfer gebracht werden: „Aktuelle Parallelen sind vielleicht nicht intendiert, drängen sich jedoch auf.“ Das gilt auch für den heimkehrenden Chirurgen Dorrigo, dem, schwankend zwischen Wutausbrüchen, Mitleidsanfällen, waghalsigen Operationen und zahllosen Weibergeschichten, sein Land und seine Zeit so fremd sind wie dem heimkehrenden Odysseus sein verlorenes Ithaka.

Erst diese grausamen Lagerbedingungen haben Dorrigo zu jenem „großen Arzt“ werden lassen, der er schließlich wurde, weil es in der Gefangenschaft zum idealistischen Doktor keine Alternative gab und diese Haltung die einzig wirksame Überlebensstrategie geworden ist. Und am Ende wähnt er sich noch einmal im Lager, bringt Hölle und Liebe auf einen Nenner und sehnt sich insgeheim nach jenem Happy end, das ihm und dem Leser verweigert wird. Hier jedoch entdeckt man eine verborgene Schwachstelle des Romans: Die Liebesszenen und deren etwas aufdringliche Symbolik gelingen nur selten frei von Schwulst. Gegenüber der Stärke des Textes, die in der Darstellung von Traumata gesehen werden kann, fällt noch etwas auf: Die Kritikerin Ursula März betont, es sei der ausgefeilten Erzähltechnik Flanagans zu verdanken, dass hier eine Gewaltorgie nicht im Versöhnungskitsch ende: „Der unterwürfige Sadist Nakamura begeht nach Kriegsende nicht Selbstmord, um einem Kriegsverbrecherprozess zu entkommen, wie die japanische Ehre von ihm verlangt. Er duckt sich vielmehr mithilfe falscher Papiere weg. Nakamura war ein Ungeheuer, das die von ihm erschlagenen Gefangenen gar nicht mehr zählen kann – geschweige denn sich an ihre Gesichter erinnern. Er wird keinen Deut von seiner Ungeheuerlichkeit entlastet, aber erhält als Romanfigur, was er an seinen Opfern zerstören wollte: den Status eines Subjekts mit einem Gesicht und Namen, mit Vergangenheit, Zukunft und Empfindungen.“ Flanagan gelingt dies auch deshalb, weil er Kenner der japanischen Kultur ist und deren Verführbarkeit durch Todeskult, Militarismus und Megalomanie nicht nur zwischen den Zeilen akzentuiert. Die australische Perspektive fällt dabei keineswegs unter den Tisch. Der mitteleuropäische Leser lernt Ulrich Baron zufolge daraus, dass für Australier, Neuseeländer und Tasmanier die Japaner der weitaus konkretere und gefürchtetere Feind war als das ferne Deutschland. □

Rezeption

Flanagans Roman erntete in den Feuilletons großer Zeitungen durchweg positive bis euphorische Besprechungen, jedoch auch Einwände: So erkennt Tobias Döring deutliche Ambitionen des Textes, für das Kino aufbereitet und verfilmt zu werden. Bei allem Lob für raffinierte, gelegentlich weit ausschweifende Erzähldramaturgie und die Technik, Genrebilder und Schreckensszenarien, Dschungelatmosphäre und chirurgischen Horror „à la Conrad“ darzustellen, bemängelt Döring zuletzt die episodische Reihung sowie die Neigung zur Darstellung „immergleicher Sinnmuster“. Für Ulrich Baron von der Süddeutschen Zeitung (22. Oktober 2015) dagegen ist der Roman ein Markstein eigenständiger australischer Literatur und gewissermaßen das Gegenstück zu Pierre Boulles „Die Brücke am Kwai“. Dazu tragen seiner Ansicht nach nicht zuletzt die eigenen Recherchen des Autors bei. Bei der Darstellung der Liebesgeschichte und erotischer Szenen des Dorrigo Evans wertet Baron die unterschiedlichen Perspektiven in Vor- und Rückblenden sowie die naturalistische Breite mit kathartischem Effekt als positive Merkmale. Ähnlich argumentiert Martin Oehlen in der FR (15. September 2015), den besonders die verschiedenen Zeitebenen und Rückblenden, die Täter- und Opferdarstellungen, Tragik und Dramatik, vor allem aber die Szenen im Urwald nachhaltig beeindrucken.

Ursula März (DIE ZEIT) wertet als besonderen Verdienst des Romans, dass er trotz aller Drastik bei der Wahl der Mittel zur Darstellung nie der Versuchung erliegt, banalen Grusel oder frivole Lust am Leid zu evozieren. März ist von der mehrfach variierten Symbolik des Kreises angetan, arbeitet entsprechend die kreisenden Erzählbewegungen und konzentrischen Muster des Werkes heraus und ist der Überzeugung, gerade solche Mittel würden dem Roman eine Qualität verleihen, für die die Kritikerin den Begriff der „Dignität“ findet. Flanagans Werk gehört in jene Reihe großer Romane gegen Krieg und Gewalt, die mit der Darstellung der Gräuel des 30-jährigen Krieges in Grimmelshausens „Simplicius Simplicissimus“ beginnt und so lange keinen Abschluss findet, wie davon in der Literatur erzählt werden wird. Zum Erzählen gehört aber auch das Schweigen, von dem Flanagan in einem Gespräch mit DIE WELT (9. Januar 2016) spricht: „Große Verbrechen werden oft von großem Schweigen begleitet. Beim Bau der Thai-Burma-Eisenbahn sind mehr Menschen gestorben als in Hiroshima oder in Nagasaki. (...). Die Betroffenen haben meist geschwiegen. Aus zwei Gründen: Weil sie nicht wussten, wie sie davon erzählen sollten, das Grauen schien nicht mitteilbar, und weil die Verdrängung Teil des Traumas ist.“

Literatur beim Verfasser

AUTOR

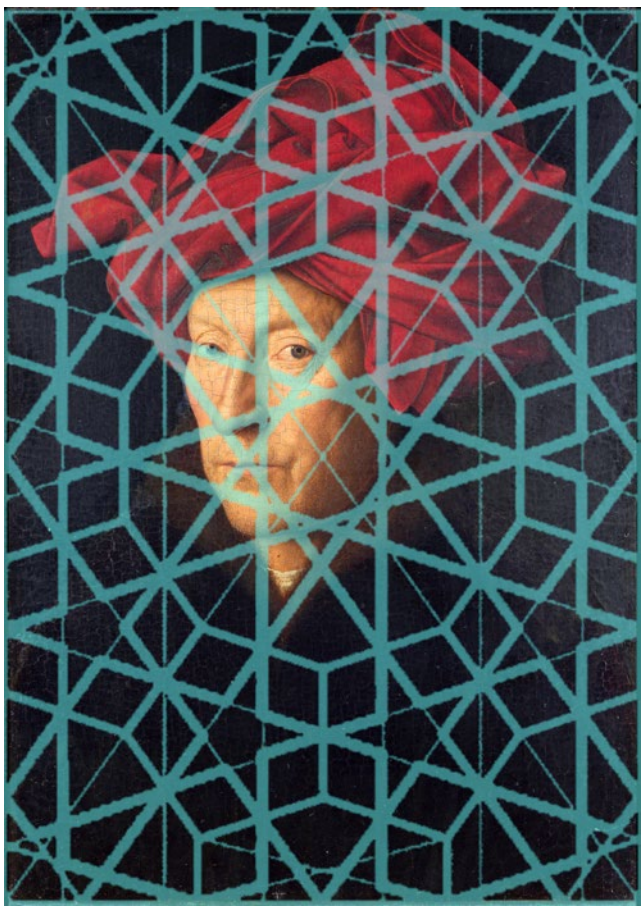
Prof. Dr. Gerhard Köpf
Ariboweg 10, 81673 München
E-Mail: aribo10@web.de

Protokoll
des Gesehenen

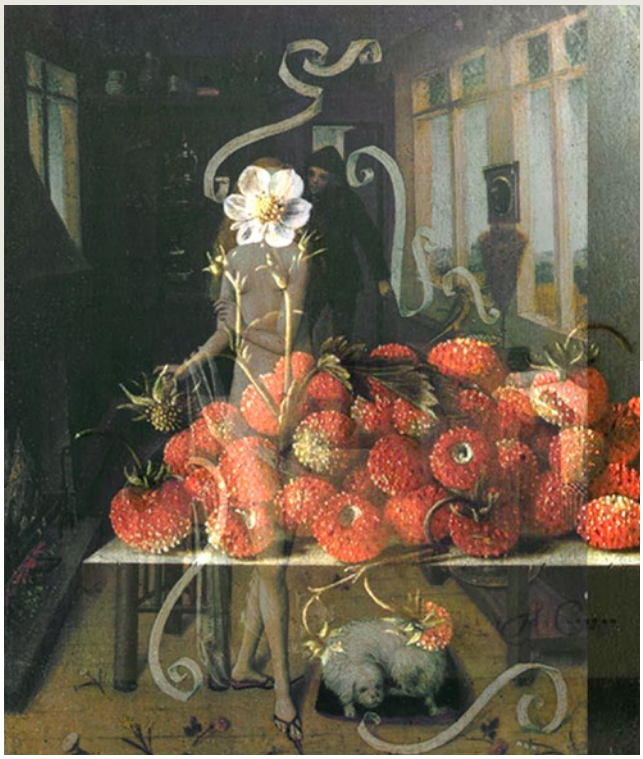
Der Leipziger Künstler Jochen Plogsties schenkt uns seinen Blick. Indem er mit Reproduktionen der Werke vor allem alter Meister arbeitet und sie auf seine Weise neu erfindet, legt er seinen Blickwinkel und den seiner Zeitgenossen offen. Er schafft damit aber nicht nur eine Annäherung des Betrachters an sich selbst und ein neues Verständnis für alte Meister, sondern auch ein ganz eigenes, unverwechselbares Œuvre.

© Uwe Walter

Jochen Plogsties, „7_12 (Bildnis eines Mannes mit rotem Turban)“, 255 x 180 cm, Öl auf Leinwand, 2012, G2/Sammlung Hildebrand, Leipzig [Nach: Jan Van Eyck, Bildnis eines Mannes mit rotem Turban (Selbstbildnis?), 33,3 x 25,8 cm mit Rahmen, Öl auf Holz, 1433, The National Gallery, London. In: Till Holger Borchert, Van Eyck, Köln 2008, S. 37]



Jochen Plogsties, „Bildnis eines Mannes mit rotem Turban/ Pentagon/Bildvorlage“, 2016 [Unter Verwendung von: https://upload wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8b/ Portrait_of_a_Man_by_Jan_van_Eyck-small.jpg]



Jochen Plogsties; Überlagerung zweier 1470 und 1705 entstandener Gemälde: der Liebeszauber eines unbekannten Meisters über den Waldbeeren von Adriaen Coorte

Der 1974 geborene Maler Jochen Plogsties, der an der Hochschule für Grafik und Buchkunst Leipzig studierte, war Meisterschüler bei Neo Rauch. Auch wenn er mit seinem Lehrer die Vorliebe für die Gattung der Malerei und im Speziellen figurative Malerei teilt, unterscheidet sich seine künstlerische Signatur doch gewaltig von diesem: Seine Gemälde wirken zwar auf den ersten Blick figurativ, können aber durchaus auch als abstrakt verstanden werden.

Plogsties visualisiert durch seine Malerei Sehen, indem er sich an Vorlagen wie Postkarten oder Katalogabbildungen bekannter Meisterwerke der Kunstgeschichte orientiert und seine Sicht auf diese Motive auf der Leinwand festhält. „Es geht mir weniger um eine Anlehnung. Vielmehr um die Beobachtung. Die eigene Erfahrung des Motives intensiviert sich durch den Versuch die Form selber zu erzeugen. Um überhaupt denken zu können, ordnet der Mensch seine Erfahrungen in Bilder, in Klischees. Das ist eine dienliche Methode. So entstehen allerdings Denkmuster, die ein lebendiges, offenes, unvoreingenommenes Sehen (zunehmend) verklären." Bei einem Gemälde wie dem Mann mit dem roten Turban ist die augenblickliche Distanz zur Vorlage jedenfalls in der Reproduktion hier im NeuroTransmitter noch relativ klein. Nur bei genauer Betrachtung ist ein Unterschied in der Farbsättigung zu erkennen. Zudem sind feine Linien im durchbrochenen Hintergrund zu sehen, die wie eine Vorzeichnung wirken. Man darf aber seinem Bildgedächtnis hier nicht vertrauen und muss sich schon das Original daneben legen, um das wahre Ausmaß der Differenzen einzugrenzen. In den Gemälden der letzten zwei Jahre greift Plogsties jedoch gerne zu einem stärkeren Mittel der Distanzerzeugung, indem er seine Gemälde mit Rastern überzieht und dadurch ganz neue Bezugspunkte für das Sehen schafft. Ein Raster ist eine „Möglichkeit der Distanzierung, eine Zwischenebene, durch die eine Gleichwertigkeit aller Punkte entsteht. Distanziere ich mich von einem Motiv, indem ich das zugrunde liegende Muster erkenne, kann ich das Motiv unvoreingenommener betrachten. So komme ich dem Motiv näher."

Plogsties schafft aber nicht nur in der Betrachtung und Bearbeitung alter Meisterwerke neue Bilder, er wendet sich den Werken seiner Inspiration auch mit einem fast wissenschaftlichen Blick zu. Nach jahrelanger eingehender Beschäftigung und behutsamem Austaxieren zwischen den Polen von Annäherung und Distanzierung an die alten Meister meint er ein Muster gefunden zu haben, an dem diese sich orientierten. Wie er sagt „erzeugt ein Ornament basierend auf dem Fünfeck ein den Wachstumsprozessen der für uns Menschen erfahrbaren Welt wesentlich entsprechenderes Raster". Seine Beobachtung demonstriert er mit der Überlagerung zweier Gemälde: Über dem Liebeszauber eines unbekannten Meisters um 1470 liegen die Waldbeeren von Adriaen Coorte (1705). Dadurch wird tatsächlich eine frappierende Übereinstimmung der Bildkomposition sichtbar, obwohl die Inhalte unterschiedlicher kaum sein könnten. „Legt man ein Pentagon über diese und viele andere Werke alter Meister, sieht man die vielfachen goldenen Schnittpunkte und Linien klarer."

Wer sich intensiver mit Plogsties Werken befasst, begegnet einem faszinierenden Œuvre und letztendlich in erstaunlich deutlicher Weise sich selbst. Indem der Künstler meditativ eindringlich sich und seinen Blick offenbart, wird dem Betrachter die Achse des eigenen Blickes in dieser Brechung fast therapeutisch bewusst. Zur Blickschärfung bieten sich im Herbst gleich mehrere unten aufgeführte Möglichkeiten. □

AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

Kommende Ausstellungen

September 2016: Einzelausstellung in der ASPN Galerie zum Herbstrundgang der Spinnerei Leipzig

23. Oktober bis 16. Dezember 2016: Henriette Grahnert | Jochen Plogsties, Kunstverein Freunde aktueller Kunst, Zwickau

22. – 25. September 2016: Gemeinsam mit der Künstlergruppe Famed auf der vienna contemporarty

Mehr über Jochen Plogsties in dem mit vielen Abbildungen versehen Referenzband „Küsse am Nachmittag", erschienen im Hirmer Verlag, 2014.

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2016		
Datum / Zeit / Ort	**Landesverband / Titel / Themen**	**Anmeldung**
3.9.2016 in Hamburg CME-Punkte	**Innere Medizin – was der Psychiater und Neurologe wissen sollte: Interaktionen von Neuro-Psychopharmaka mit internistischen Medikamenten** *Referenten*: Prof. Dr. Hermann Füeßl und Prof. Dr. Gerhard Gründer; Voraussichtlich 8 CME-Punkte *Sponsor:* Servier Deutschland GmbH	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 2055516, Fax: 0931 2055511 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		
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
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
5. – 7.9.2016 TU Berlin, Hauptcampus, Straße des 17. Juni 135	**Deutscher Suchtkongress 2016** www.deutschersuchtkongress.de	CPO Hanser Service GmbH E-Mail: sucht2016@cpo-hanser.de Tel.: 040 670882-0
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	**4th International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders 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

Fortbildungsveranstaltungen 2016		
16. – 17.9.2016 im Kloster Eberbach in Eltville am Rhein Kloster-Eberbach-Str. 1	**„Mapping Alzheimer's Pathology – from Research to Clinical Application"**	Universitätsmedizin Mainz Fax: 06131 176690 E-Mail: irene.lelieveld@unimedizin-mainz.de
21. – 24.9.2016 in Mannheim Congress Center Rosengarten, Rosengartenplatz 2	**89. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) 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)** *Schwerpunktthemen:* 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
23. – 24.9.2016 in Prien am Chiemsee Schön Klinik Roseneck, Am Roseneck 6	**Depression – Perspektiven heute** 11 verschiedene Workshops am Freitag, 8 Vorträge am Samstag	Sabine Schwendener Tel.: 08051 68-100142 (nur vormittags), Fax: 08051 68-100123 E-Mail: ROSKongresse@Schoen-Kliniken.de www.schoen-kliniken.de/Depression-Symposium
28.9.2016 in Witten	**7. Jahrestagung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Witten** „Vom Stigma zur Inklusion – Methodische Werkzeuge in Forschung und Praxis"	Sabine Möller Tel.: 02302 926-237 E-Mail: sabine.moeller@dzne.de https://www.dzne.de/standorte/witten.html
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
19. – 22.10.2016 in Mannheim	**Deutscher Schmerzkongress 2016** „Umdenken erwünscht" http://schmerzkongress2016.de/programm/kongressprogramm/	m:con – mannheim:congress GmbH Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim www.mcon-mannheim.de
23.11.2016 in Berlin City Cube, Messedamm 22	**Treffen für Assistenzarztsprecherinnen und -sprecher auf dem DGPPN-Kongress 2016** Treffen für Assistenzarztsprecherinnen und -sprecher sowie Weiterbildungskandidaten aus dem niedergelassenen Bereich, um eine Plattform zum persönlichen Austausch zu bieten und die Vernetzung des Nachwuchses voranzutreiben.	Josephine Winkler oder Sanela Schlößer E-Mail: programm@dgppn.de
23. – 26.11.2016 in Berlin City Cube, Messedamm 22	**DGPPN-Kongress 2016** Psyche – Mensch – Gesellschaft	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0 E-Mail: dgppn16@cpo-hanser.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 Saßmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder
EBM/GOÄ: Gunther Carl, Frank Bergmann
Neue Medien: Arne Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Thomas Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann
Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban
U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban
U.E.M.S. – Neurologie: Friedhelm Jungmann

Ausschüsse
Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: P. Christian Vogel, Gunther Carl
Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung: Frank Bergmann, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim, P. Christian Vogel
Leitlinien: Frank Bergmann, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: Vorstand

Referate
Demenz: Jens Bohlken
Epileptologie: Ralf Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther
Neurootologie, Neuroophtalmologie: Matthias Freidel
Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen
Neuropsychologie: Paul Reuther
Neuroonkologie: Werner E. Hofmann
Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschatz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Ulrich Hutschenreuter

Geschäftsstelle des BVDN
D. Differt-Fritz
Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Duisburg
IBAN DE 04350500000200229227,
BIC DUISDE 33 XXX
BVDN Homepage: http://www.bvdn.de
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

BDN

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, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

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

Delegierte in Kommissionen der DGN
Leitlinien: Uwe Meier
Versorgungsforschung: Uwe Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: Rolf Hagenah
Anhaltszahlen/Qualitätssicherung: Fritjof Reinhardt, Paul Reuther
Rehabilitation: Harald Masur
CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther
DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden
DGNR: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther
BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Friedhelm Jungmann

BDN-Landessprecher
Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf
Bremen: Helfried Jacobs
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt
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

BVDP

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
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

Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN

Berufsverband Deutscher Neurologen BDN

Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP

Ich will **Mitglied** werden!

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

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

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

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

Tel.-Nr._____ **Fax** _____

E-Mail/Internet:

Ich bin ☐ **niedergelassen** ☐ **in der Klinik tätig** ☐ **Chefarzt** ☐ **Facharzt**

☐ **Weiterbildungsassistent** ☐ **Neurologe** ☐ **Nervenarzt** ☐ **Psychiater**

☐ **in Gemeinschaftspraxis tätig mit:** _____ ☐ **in MVZ tätig mit:** _____

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

- ☐ **Fortschritte Neurologie / Psychiatrie**
- ☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG**
- ☐ **Die Rehabilitation**
- ☐ **Aktuelle Neurologie**
- ☐ **Psychiatrische Praxis**
- ☐ **Psychotherapie im Dialog**

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

- ☐ **PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**
- ☐ **Balint-Journal**

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

- ☐ **Kostenlose NERFAX-Teilnahme gewünscht**
- ☐ **Kostenloser Mailservice „Das muss man wissen …" gewünscht**

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

bei der _____ **BIC** _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband:	**BADEN-WÜRTTEMBERG**					
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband:	**BAYERN**					
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. M. Eder	Regensburg	nein	ÄK	0941 3690	0941 3691115	
Dr. W. Klein	Ebersberg	ja	ÄK	08092 22445		
Dr. Kathrin Krome	Bamberg	ja	ÄK	0951 201404	0951 922014	kathrin.krome@web.de
Dr. H. Martens	München	ja	ÄK	089 2713037	08141 63560	dr.h.martens@gmx.de
Dr. W. Schulte-Mattler	Regensburg	nein	ÄK	0941 944-0	0941 944-5802	
BVDN-Landesverband:	**BERLIN**					
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**BRANDENBURG**					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband:	**BREMEN**					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**HAMBURG**					
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
Dr. R. Trettin	Hamburg	ja	ÄK	040 434818		dr.trettin@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**HESSEN**					
Dr. K. Baumgarten	Gießen	ja	KV	0641 791379	0641 791309	kbaumgarten@t-online.de
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
P. Laß-Tegethoff	Hüttenberg	ja	ÄK	06441 9779722	06441 9779745	tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**					
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. Figlesthaler	Speyer	ja	ÄK	06232 72227	06232 26783	vrfr@aol.com
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stepahn	Mainz	ja	ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
BVDN-Landesverband:	**SAARLAND**					
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	KV/ÄK	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN**					
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN-ANHALT**					
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SCHLESWIG-HOLSTEIN**					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband:	**THÜRINGEN**					
Dr. Dirk Neubert	Arnstadt		KV	03628 602597	03628 582894	dirk@neubert.net
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	**WESTFALEN**					
Dr. V. Böttger	Dortmund	ja	KV	0231 515030	0231 411100	boettger@AOL.com
Dr. C. Kramer	Bielefeld	ja	ÄK	0521 124091	0521 130697	
Dr. K. Gorsboth	Warstein	ja	ÄK	02902 97410	02902 97413	
Dr. A. Haver	Gütersloh	ja	ÄK	05241 16003		annette.haver@t-online.de

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

Dr. Martin Bauersachs
Wißtstr. 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: peter.berlit@krupp-krankenhaus.de

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

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

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

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

PD Dr. Elmar 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. 20, 12163 Berlin
Tel.: 030 790885-0, Fax: -790885-99
E-Mail: dr.ehret@neurologie-berlin.de

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

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

Dr. Matthias Freidel
Brauerstr. 1 – 3, 24568 Kaltenkirchen
Tel.: 04191 8486, Fax: -89027

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

Prof. Dr. Wolfgang Freund
Waaghausstr. 9 – 11, 88400 Biberach
Tel: 07351 7833, Fax -7834
E-Mail: freund-ulm@t-online.de

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

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

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

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah
Appelhorn 12, 27356 Rotenburg
Tel.: 04261 8008, Fax: -8400118
E-Mail: rhagenah@web .de

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

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

Dr. Annette Haver
Strengerstr. 16 – 18, 33330 Gütersloh
Tel.: 05241 16003, Fax: -24844

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Uwe Meier
Am Ziegelkamp 1 f, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 7054811, Fax: -7054822
E-Mail: 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, 50935Köln
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
Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 2832794 Fax: -2832795

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

Dr. 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@wahrendorff.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitgemeinschaft 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.schillinig@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 Neuropsychologie (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@Neuroradiologie.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 Szostecki (-1346), Dr. rer. nat. Thomas Riedel (-1327), Thomas Müller, Monika Hartkopf (Chefin vom Dienst, -1409), Doris Gebhardt (Assistenz, -1450)

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

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

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

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

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

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

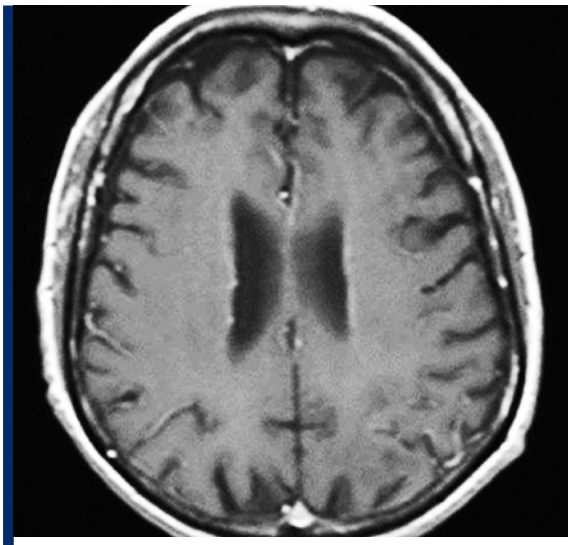
Copyright – Allgemeine Hinweise: Veröffentlicht werden nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte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

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

© Springer Medizin Verlag GmbH

ISSN 1436-123X

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2014



© T. Weber

Vorschau

Ausgabe 9/2016

September

erscheint am 13. September 2016

Virale Enzephalitiden

Die Infektion des Gehirns mit einem Virus führt oft zu schweren neurologischen oder neurokognitiven Schäden. Auch wenn eine spezifische Therapie nur für wenige Viren möglich ist, sollte sie möglichst früh initiiert werden, um die Langzeitprognose zu verbessern. Zudem sollte eine symptomatische Therapie eingeleitet werden.

Tic-Häufigkeit unter Stress

Die Ergebnisse einer aktuellen Studie bei Kindern und Jugendlichen zeigen, dass die Fähigkeit, Tics willentlich zu unterdrücken unter psychosozialem Stress eingeschränkt ist, legen aber nahe, dass Stress kurzfristig einen unterdrückenden Effekt auf die Tic-Symptomatik hat.

Hohe Belastungen in ILS

Wie stark die psychische Belastung für Disponenten in integrierten Leitstellen (ILS) tatsächlich ist, zeigte jetzt die Gefährdungsbeurteilung einer großen ILS.

Hier steht eine Anzeige.

Springer