

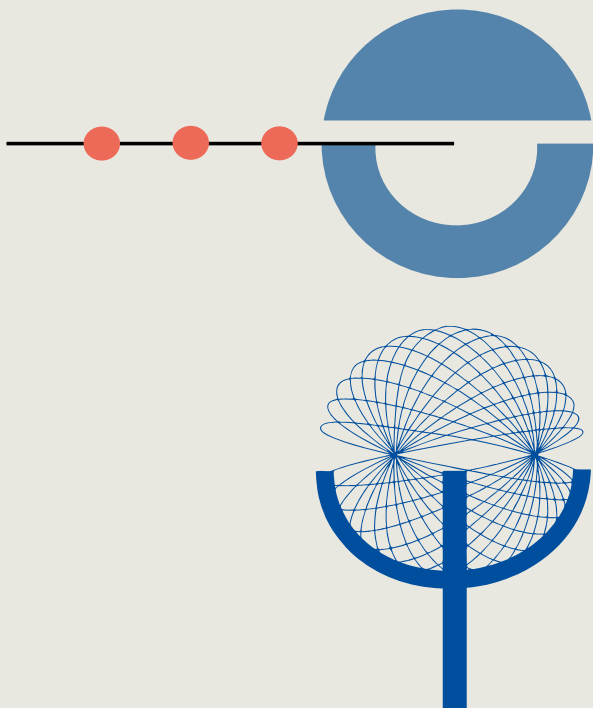
S1

September 2017 _ 28. Jahrgang _ www.BVDN.de

NEUROTRANSMITTER

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

Sonderheft des
BDN zum
DGN-Kongress und
des BVDP
zum WPA/DGPPN-
Kongress 2017



Neurologie & Psychiatrie gemeinsam stark

Neue Verträge

Telemedizinisches ZNS-Konsil

Neue Modelle

**Neuroedukation gehört in die
Versorgung**

Neue Diagnostik

**Autoantikörper bei
psychiatrischen Störungen**



Springer Medizin

Hier steht eine Anzeige.





Dr. med. Uwe Meier,
Grevenbroich
Vorsitzender des BDN



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

Doppel-Hoch-Zeit für Neurologie und Psychiatrie

Liebe und sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, mit diesem Doppel-Sonderheft haben wir Berufsverbände der Neurologen BDN und der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP ein aus unserer Sicht spannendes und bisher einmaliges Vorhaben umgesetzt. Bisher gab es jedes Jahr anlässlich des DGN-Kongresses ein Sonderheft des NEURO-TRANSMITTER, das der BDN gestaltete, und etwa zwei Monate später anlässlich des DGPPN-Kongresses eines, das der BVDP umsetzte.

Da die Jahreskongresse in diesem Jahr erstmals und wohl ausnahmsweise nur drei Wochen auseinanderliegen, drängte sich eine Idee geradezu auf, nämlich ein gemeinsames, ein Doppel-Sonderheft zu machen. Hintergrund des zeitlichen Arrangements ist, dass die DGPPN dieses Jahr nach 18 Jahren einmal wieder auch den Weltkongress für Psychiatrie ausrichtet, der zuletzt in Deutschland 1999 in Hamburg stattfand. Zu diesem Anlass wurde in diesem Jahr der traditionelle Kongress-Zeitpunkt Ende November verlassen. So findet der WPA-/DGPPN-Kongress dieses Jahr vom 8. bis 12. Oktober 2017 und somit drei Wochen nach dem DGN-Kongress vom 20. bis 23. September 2017 statt.

Neurologie und Psychiatrie – ein besonderes Verhältnis

Auch wenn dieses „Doppel-Sonderheft“ aus rein organisatorischen Gründen entstanden ist, seien uns ein paar grundsätzliche Überlegungen zum Verhältnis beider Fächer erlaubt.

Im Kontext der Entwicklungen der Fachgebiete von Psychiatrie und Neurologie im Allgemeinen und im Rahmen der Weiterbildungsordnungen im Besonderen wird viel über das Verhältnis der beiden Fächer zueinander diskutiert. Welche Positionen man immer hier einnehmen möchte, eines steht zunächst außer Frage: Beide Fächer berühren das Innerste, das Wesentliche und Identitätsstiftende des Menschen. Zwar stirbt der Mensch auch, wenn beispielsweise das Herz nicht mehr

schlägt, gleichwohl ist das Herz transplantierbar, ohne dass der Mensch seine Identität verliert.

Ohne Gehirn und ohne Psyche ist der Mensch nichts. Dies sieht der Gesetzgeber ebenso: Auch wenn ein enthirnter Körper durch intensivmedizinische Maßnahmen „am Leben“ gehalten werden kann, endet das Leben mit dem Hirntod und alle lebenserhaltenden Geräte können abgeschaltet werden. Sehr schön auf den Punkt gebracht hat dies Manfred Spitzer, der einmal meinte, das Gehirn sei das einzige Organ, bei dem man im Falle einer Transplantation lieber Spender als Empfänger sei.

Während die Psychiater, so unser Eindruck, insgesamt weniger Probleme damit haben, dass „die Psyche irgendetwas mit

dem Gehirn zu tun hat“, macht sich das Gefühl breit, dass man den einen oder anderen Neurologen daran erinnern möchte, dass das Gehirn nicht nur mit Motorik zu tun hat. Das Gehirn ist das Steuerungsorgan schlechthin. Es beherbergt unseren Geist, unsere Identität, unsere Sinne, unseren Körper, unsere Emotionen, all das was uns ausmacht, einschließlich das mentale Konstrukt, dass wir ICH und unser Bewusstsein

nennen. Sigmund Freud musste als Neuropathologe noch unzufrieden sein, das psychische Korrelat des Gehirngewebes im Mikroskop nicht entdecken zu können und es blieb ihm nichts anderes übrig, die organischen Aspekte neuronaler Aktivitäten außer Acht zu lassen und sich auf die Erforschung des Unterbewusstseins zu beziehen. Die Trennung der Fächer war damit im Prinzip schon früh vorgezeichnet, obschon wir im klinischen Kontext oft nicht zwischen „hardware“- oder „software“-Störungen unterscheiden konnten und können.

Gemeinsam forscht man weniger allein

Diese Dichotomie scheint sich im Licht moderner Neurowissenschaften zunehmend aufzulösen: Psychotherapie wird immer besser auch über ihre neurobiologischen Grundlagen erklärbar und die Funktionsweise des Geistes, respektive des Bewusstseins, lange Zeit als wissenschaftlich per se nicht zugäng-

*„Unsere beiden Fächer –
Neurologie und Psychiatrie – berühren das
Innerste, das Wesentliche und
Identitätsstiftende des Menschen.“*

lich erklärt, wird intensiv in ihren neuronalen Grundlagen erforscht. Es wäre schön, wenn wir jenseits alltagspraktischer Probleme der Einsatzmöglichkeiten von Rotationsassistenten und möglicherweise auch jenseits von Ressentiments wieder mehr das Gemeinsame und Verbindende der Fächer sehen. Dies haben wir bewusst versucht in diesem Doppel-Sonderheft thematisch umzusetzen.

Explodierendes Wissen

Der Beitrag von Harald Prüß beschäftigt sich mit dem Thema der Autoimmunenzephalitiden. Seit über zehn Jahren explodiert das ärztliche Wissen über die Antikörper förmlich, die sich gegen verschiedene neuronale Oberflächenantigene richten können und die zum Teil spezifischen Krankheitsbilder, die dadurch ausgelöst werden.

Sehr häufig werden die betroffenen Menschen zunächst mit psychischen Symptomen auffällig, die jedoch sehr schnell erkennen lassen, dass keine sichere Zuordnung in die klassischen psychiatrischen Diagnosekriterien möglich ist. Hier ist dann das „daran Denken“ und die Kooperation mit den Kollegen des neurologischen Fachgebiets richtungsweisend.

Die psychiatrische Therapie hat in den letzten Jahren enorm von störungsspezifischen psychotherapeutischen Methoden und Techniken profitiert. Diese sind in der Regel ausgehend von den drei klassischen wissenschaftlich anerkannten Verfahren der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologischen Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie weiterentwickelt worden.

Therapeutischer Durchbruch

Ein sehr spannender Ansatz ist die sogenannte 3. Welle der Verhaltenstherapie. Das als Schematherapie bezeichnete Konzept verbindet verhaltenstherapeutische mit tiefenpsychologischen Ansätzen, arbeitet mit biografisch erklärbaren Denk- und Wertemustern (Schemata) und eignet sich insbesondere für schwere und chronische Krankheitsverläufe. Die Fallbeispiele zeigen, dass dieses Therapiekonzept auch bei neuropsychiatrischen Krankheiten einen therapeutischen Durchbruch bei Krankheitsakzeptanz und -bewältigung bringen kann.

Nachholbedarf in Sachen Neuroedukation

Während Psychoedukation in der Psychiatrie ein fest etabliertes Behandlungsprinzip ist, fristen Edukationskonzepte in der Neurologie bisher ein Schattendasein. Am Bedarf liegt dies nicht. Wir berichten über ein Projekt, vorhandene Neuroedukationskonzepte systematisch zu sichten, zu bewerten und für die breite Versorgung besser zugänglich zu machen.

Patientenmitsprache

Weiterhin haben wir uns einer sehr starken Säule im Gesundheitswesen zugewandt: der Selbsthilfe. Die hier im Doppel-Sonderheft vorgestellte Auswahl erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll lediglich ein Zeichen setzen, im Behandlungskonzept immer auch an die Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen zu denken. Die Selbsthilfe wird mittlerweile als wichtiger Baustein der Gesundheitsversorgung offiziell anerkannt und wird von der gesetzlichen Krankenversicherung

sowie der Rentenversicherung finanziell gefördert. Die Selbsthilfeorganisationen haben seit über zehn Jahren Mitspracherecht in verschiedenen Gesundheitsorganisationen, so sind beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss die Patientenvertreter in allen Ausschüssen mit vertreten.

Gemeinsam auf berufspolitischer Ebene unterwegs

Letztlich erkennen wir doch in unserer täglichen Arbeit als Neurologen oder als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, in der Klinik oder in der Praxis, dass wir das jeweilige Komplementärfach dringend brauchen. Es geht nicht ohne. Wir teilen uns als medizinische Gebiete dasselbe Organ beziehungsweise Organsystem.

Diese hier vielleicht etwas sehr schlicht formulierte Tatsache ist ja keineswegs trivial und treibt uns als Berufsverbände deshalb auch berufs- und versorgungspolitisch um. Wir haben uns bei jeder Novellierung der Musterweiterbildungsordnung vehement dafür eingesetzt, dass das Jahr Neurologie in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und das Jahr Psychiatrie in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie jeweils erhalten bleibt. Wir deklarieren das für unverzichtbar, auch wenn die Spezialisierung in den Einzelfächern unaufhaltsam voranschreitet und die Frage unausweichlich ist, wie man die Weiterbildungsinhalte in fünf Jahren Weiterbildungszeit noch unterbringen kann.

In der berufspolitischen Betrachtung der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich wird die Lage noch komplexer. Wie soll die „Bedarfsplanung“ weiterentwickelt werden, wenn in den nächsten fünf bis zehn Jahren mehr als die Hälfte der derzeit tätigen Nervenärzte alter Weiterbildungsordnung aus Altersgründen ihre Praxis abgeben wollen? Sollen sie durch jeweils einen Neurologen UND einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ersetzt werden? Sollen „neue Nervenärzte“, also Doppelfachärzte, in der Anzahl von fast 800 Kollegen bevorzugt werden? Soll ein Unterschied gemacht werden, ob die Kollegen in einer Großstadt oder auf dem Land tätig sind? Auf dem Land wird eher eine gute Basisversorgung gefragt sein, in der Großstadt wird es mehr Spezialisierungen geben können.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre mit diesem Doppel-Sonderheft, viel Freude auf den jeweiligen Kongressen und nicht zuletzt, dass Sie gute fachliche Themen und Freude an der Tätigkeit als Neurologe und/oder Psychiater wieder mit an den Arbeitsplatz nehmen.




Hier steht eine Anzeige.



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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN),
Vorsitzende: Dr. med. Sabine Köhler, Dornburger Str. 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und
Dr. med. Klaus Gehring, Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821 2041, E-Mail: gehring@neurologie-itzhoe.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: -8930, E-Mail: carlg@t-online.de

Verlag: Springer Medizin Verlag GmbH, Berlin; Betriebsstätte München:
Springer Medizin Verlag GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München,
Tel.: 089 203043-1300, Fax: -203043-1400, www.springerfachmedien-
medizin.de

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

Ressortleitung ZNS: Dr. rer. nat. Gunter Freese (frg)

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

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

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333,
E-Mail: peter.urban@springer.com)
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 19 vom 1.10.2016.

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

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

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.springemedizin.de/
neurotransmitter 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 27 €, Jahresabonnement 219 € (für Studenten/AIP:
131,40 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 33 €,
Ausland 52 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis
im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder:
Jahresabonnement 52,88 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur
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. Mit
der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ überträgt der
Autor dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder
unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den
zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in
Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen. 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. 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 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.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Papierausgabe: ISSN 1436-123X
Elektronische Ausgabe: ISSN 2196-6397
www.springermedizin.de/neurotransmitter



IA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2016

3 Editorial

Doppel-Hoch-Zeit für Neurologie und Psychiatrie

Christa Roth-Sackenheim, Andernach, Uwe Meier, Grevenbroich

Kongresslotse

10 Die Welt der Neurologie tagt in Leipzig

90. DGN-Kongress 2017

14 Der BDN auf dem DGN-Kongress

Einladung zum BDN-Forum und zur
Mitgliederversammlung

Uwe Meier, Grevenbroich, Christian Gerloff, Hamburg

16 DGPPN meets WPA

Spitzentreffen der Psychiatrie beim
Weltkongress in Berlin

56 DGN: Neurologie für kluge Köpfe

Kongresstipps der Jungen Neurologen

59 DGPPN: Early Career Psychiatrists Programme

Kongresstipps der Generation PSY

Die Verbände informieren

8 Vorgestellt – Ihre Ansprechpartner bei BDN und BVDP

18 Nachrichten

— Einladung zur BVDP-Mitgliederversammlung beim
DGPPN/WPA-Weltkongress

— Spitzenverband ZNS mit neuer Geschäftsstelle in
Berlin

— Neues Netzwerk für seltene neurologische
Erkrankungen

20 Langfristiger Strukturwandel – Weichen sind gestellt

Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

24 „Noch haben wir eine im internationalen Vergleich dichte Versorgung“

Interview mit Dr. Bernhard Gibis (KBV) zur
Bedarfsplanung

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

27 GOÄ – nun doch auf der Zielgeraden?

Reform der Gebührenordnung

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

28 Neuroedukation muss in die Versorgung

Chronische ZNS-Erkrankungen

Uwe Meier, Grevenbroich, Iris Katharina Penner, Düsseldorf

30 Machen Sie mit beim telemedizinischen ZNS-Konsil!

E-Health und Telemedizin – neue Verträge

Uwe Meier, Grevenbroich

Fortbildung

34 Autoantikörper als Ursache neuropsychiatrischer

Störungsbilder

Autoimmunenzephalitiden

Harald Prüß, Berlin

42 Schematherapie – ein Verfahren der 3. Welle kognitiver

Verhaltenstherapie

Chronische psychische Störungen

Gitta A. Jacob, Alexandra Widmer, Hamburg, Klaus Lieb, Mainz

Patientenorganisationen

48 Alter Wein in neuen Schläuchen

Aus LVPE RLP e.V. wird NetzG-RLP e.V.

Franz-Josef Wagner, Trier

49 Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen stellen sich vor

Nachwuchs- und Öffentlichkeitsarbeit

54 Wir feiern! 10 Jahre Junge Neurologen

DGN-Nachwuchsinitiative

Arne Hillienhof, Köln

58 Generation PSY auf Erfolgskurs

DGPPN-Nachwuchsinitiative

60 Besucherzahlen klettern steil nach oben

Neurologen und Psychiater im Netz

Jochen Lamp, Frankfurt

6 Impressum

32/47 Buchtipps

62 Pharmaforum

66 Verbandsservice

© zenina / Fotolia



Doppel-Sonderausgabe zum DGN-Kongress in Leipzig und DGPPN/WPA-Weltkongress in Berlin

Die für Leser des NeuroTransmitter gewohnten Informationen, Tipps und Hinweise zum DGN-Kongress sowie zum DGPPN-Kongress gibt es in diesem Jahr im Doppelpack. Ob in Leipzig, Berlin oder zuhause – lesen Sie hier, was Neurologen und Psychiater interessiert.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese

Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435

E-Mail: gunter.freese@springer.com

Dr. rer. nat. Carin Szostecki (–1346)

E-Mail: carin.szostecki@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Telefon: 0160 97796487, Fax: 02632 9640968930

E-Mail: c@dr-roth-sackenheim.de

Dr. med. Uwe Meier

Telefon: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822

E-Mail: umeier@t-online.de

Titelbild: © Andrea Danti/Fotolia, © psdesign1/Fotolia,
Collage: Edda Führer

Ihre Ansprechpartner beim BDN ...

Die Berufsverbände Deutscher Neurologen (BDN) und Deutscher Psychiater (BVDP) vertreten die Interessen. Hier finden Sie die wichtigsten „Köpfe“ und Ansprechpartner für Ihre Anliegen.

Der Vorstand des BDN



1. Vorsitzender
Prof. Dr. med.
Christian
Gerloff

gerloff@
uke.de



2. Vorsitzender
Dr. med.
Uwe Meier

umeier@
t-online.de



Kassenwart
Dr. med.
Martin Delf

dr.delf@
neuroprax.de



Schriftführer
Prof. Dr. med.
Heinz Wiendl

heinz.wiendl@
ukmuenster.de

Beisitzer



Prof. Dr. med.
Wolfgang Freund

freund-ulm@
t-online.de



PD Dr. med.
Elmar Busch

busch@
evk-ge.de



Prof. Dr. med.
Peter Berlit

peter.berlit@
krupp-kranken-
haus.de

Die BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg

Dr. med. Wolfgang Freund

freund-ulm@t-online.de

Bayern

Dr. med. Thomas Gilleßen

info@neurologie-gillessen.de

Berlin

Dr. med. Walter Raffauf

raffauf@neuropraxis-mitte.de

Brandenburg

Dr. med. Martin Delf

dr.delf@neuroprax.de

Bremen

Dr. med. Helfried Jacobs

cristina.helfried@t-online.de

Hamburg

Dr. med. Heinrich Goossens-Merk

dr.goossens-merk@neurologie-hamburg.net

Hessen

Dr. med. Thomas Briebach

praxis@nervenzentrum-friedberg.de

Mecklenburg-Vorpommern

Dr. med. Katrin Hinkfoth

Katrin.hinkfoth@gmx.de

Niedersachsen

Dr. med. Elisabeth Rehkopf

elisabeth.rehkopf@web.de

Nordrhein

Dr. med. Uwe Meier

umeier@t-online.de

Rheinland-Pfalz

Dr. med. Günther Endrass

g.endrass@gmx.de

Saarland

Dr. med. Richard Rohrer

rohrer@zns-igb.de

Sachsen

Dipl. med. Mario Meinig

mario.meinig@t-online.de

Sachsen-Anhalt

Dr. med. Michael Schwalbe

schwalbenhorst@t-online.de

Schleswig-Holstein

PD Dr. med. Matthias Nitschke

nitschke@neuro-im-zentrum-luebeck.de

Thüringen

Dr. med. Dirk Neubert

dirk@neubert.net

Westfalen

Dr. med. Martin Bauersachs

info@klemt-bauersachs.de

Die gemeinsame Geschäftsstelle BDN, BVDP, BVDN in Krefeld



Dagmar
Differt-Fritz

Leiterin der
Geschäftsstelle
Geschäftsführerin
der CORTEX
Management
GmbH
bdn-neurologen
@t-online.de

Kontakt

BDN-Geschäftsstelle, Gut Neuhoof

Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546-920/-921,

Fax: 02151 4546-925

E-Mail: bdn-neurologen@t-online.de

bvdn.bund@t-online.de

bvanr@t-online.de

Politische Geschäftsstelle Berlin



RA Bernhard Michatz

Geschäftsführer
bernhard.michatz@
spitzenverband-zns.de

... und beim BVDP

ihrer Mitglieder im Hinblick auf die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Der Vorstand des BVDP



1. Vorsitzende
Dr. med.
Christa Roth-
Sackenheim
c@dr-roth-sackenheim.de



Stellvertreter
Vorsitzender
Dr. med.
Christian Vogel
praxcvogel@aol.com



Schriftführerin
Dr. med.
Sabine Köhler
sab.koehler@web.de



Schatzmeister
Dr. med.
Oliver Biniasch
psypraxingo@t-online.de

Beisitzer



Dr. med.
Norbert Mayer-
Amberg
mamberg@htp-tel.de

der Berufsverbände



Thorsten
Seehagen
bdn-neurologen@t-online.de

Wir stehen Ihnen von
Montag bis Freitag in der Zeit von
8.30 – 17.30 Uhr zur Verfügung.

Die BVDP-Landessprecher

Baden-Württemberg

Birgit Imdahl

praxis.imdahl@t-online.de
hug.hug-pa@t-online.de

Bayern

Dr. med. Thomas Hug

psypraxingo@t-online.de
praxcvogel@aol.com

Berlin

Dr. med. Oliver Biniasch

praxis@dr-michael-krebs.de
delip@web.de

Brandenburg

Dr. med. Christian Vogel

Bremen

Dr. med. Michael Krebs

dr.bavendamm.strobel@freenet.de
praxis-finger@gmx.de

Hamburg

Dipl. med. Delia Peschel

Hessen

N. N.

Mecklenburg-Vorpommern

Dr. med. Ute Bavendamm,

christine-lehmann-rostock@t-online.de

Niedersachsen

Dr. med. Martin Finger

mamberg@htp-tel.de

Nordrhein

Dr. med. Christine Lehmann

E.Wienforth@bvdn.de

Rheinland-Pfalz

Dr. med. Norbert Mayer-Amberg

w.rossbach@gmx.de

Saarland

Egbert Wienforth

Sachsen

Dr. med. Wolfgang Rossbach

ubennemann@psychiatrie-leipzig.de

Sachsen-Anhalt

N.N.

schwalbenhorst@t-online.de

Schleswig-Holstein

Dr. med. Ulrike Bennemann

uwe.bannert@kvsh.de

Thüringen

Dr. med. Michael Schwalbe

sab.koehler@web.de

Westfalen

Dr. med. Uwe Bannert

sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

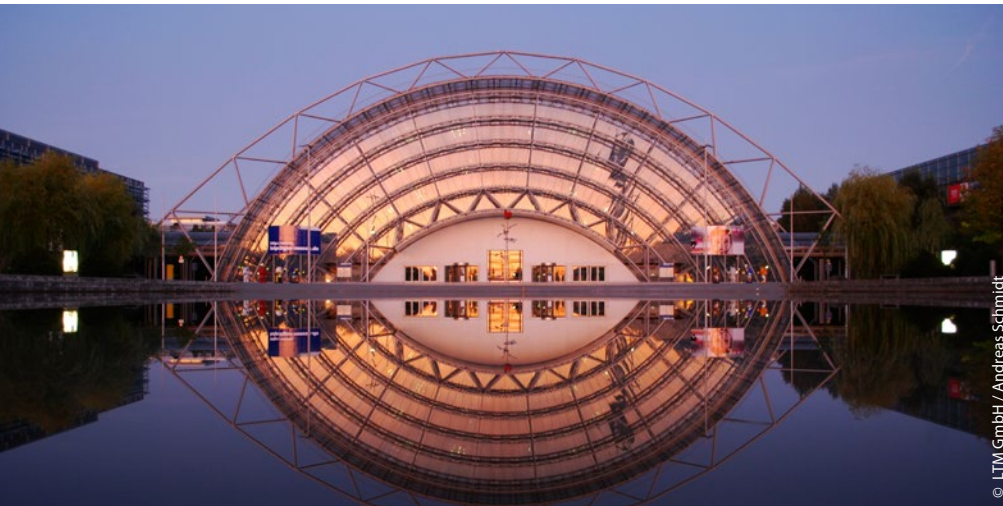
Dr. med. Sabine Köhler

Rüdiger Saßmannshausen

Spitzenverband ZNS
Robert-Koch-Platz 9,
10115 Berlin
Tel.: 030 21480761
Fax: -21480763
E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

90. DGN-Kongress 2017

Die Welt der Neurologie tagt in Leipzig



Von Schlaganfall über Demenzen, Multiple Sklerose und Epilepsie – Besucher des DGN-Kongresses, der vom 20. bis 23. September im Congress Center Leipzig tagt, erwartet ein breites Programm über das gesamte Spektrum der Neurologie. Das diesjährige Trendthema des Kongresses: Neurologische Netzwerkerkrankungen.

Kongresspräsident Professor Joseph Claßen und Kongresssekretärin Professor Dorothee Saur, beide Universitätsklinikum Leipzig, haben mit der Programmkommission der DGN ein umfangreiches Programm aus über 1.000 Einzelbeiträgen zusammengestellt.

Das in diesem Jahr englischsprachige Präidentensymposium beschäftigt sich mit Netzwerken und Netzwerkerkrankungen. Es sprechen herausragende in-

ternationale Gäste, wie etwa Professor Karl Deisseroth, Stanford/USA, der 2017 mit dem weltweit höchstdotierten medizinischen Forschungspreis, vergeben von der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung, ausgezeichnet wurde. Er wird die von ihm wesentlich mitentwickelte Methode der Optogenetik vorstellen. Sie erlaubt es, spezifische einzelne Neuronenarten und Neuronennetzwerke im Gehirn von lebenden Tieren zu aktivieren und abzu-

schalten. So lassen sich kausale Zusammenhänge zwischen neuronaler Aktivität und Verhalten herstellen. Die Optogenetik hilft, Fehlfunktionen in neuronalen Schaltkreisen aufzudecken und bietet neue Ansatzpunkte für Therapien.

Professor Nik Weiskopf, MPI für Kognitions- und Neurowissenschaften, Leipzig, wird im Rahmen des Präidentensymposiums erklären, wie sich mithilfe der Kernspintomografie in einer an mikroskopische Größenordnungen heranreichenden Auflösung die Konnektivität verschiedener Hirnregionen und ihre strukturelle Organisation analysieren lassen. Neue Strategien zur Rehabilitation motorischer Störungen stellt Professor John Krakauer, Baltimore/USA, vor und verbindet dazu computationale, tierexperimentelle, humanbiologische und medizinische Ansätze. Für Professor Matt Lambon Ralph, Manchester/Großbritannien, sind Sprachstörungen vor allem Störungen neuronaler Netze, und er zieht daraus entsprechende Schlussfolgerungen für die Therapie.

DGN(forum: Schlagabtausch mit Experten

Donnerstag, 21. September 2017

- 13:30 – 15:00 Uhr Medizin, Ethik und Ökonomie
Vorsitz: PD Dr. Gerhard Jan Jungehülsing, Berlin
- 15:30 – 17:00 Uhr Fahrplan für die Telemedizin: Wohin steuert die digitale Neurologie?
Vorsitz: Gereon Nelles, Köln
- 17:30 – 19:00 Uhr Gender Diversity in Neurology – eine Standortbestimmung
Vorsitz: Brigitte Wildemann, Heidelberg; Marianne Dieterich, München; Christine Klein, Lübeck; Christiane Groß, Wuppertal

Freitag, 22. September 2017

- 8:30 – 10:00 Uhr Können wir Inklusion? Herausforderungen und Ansprüche geistig behinderter Patienten im neurologischen Alltag
Vorsitz: Frank Bösebeck, Rothenburg; Stephan Brandt, Berlin
- 14:30 – 16:00 Uhr Notstand in der Notaufnahme: Wie steuern wir gemeinsam die neurologischen Patientenströme?
Vorsitz: Frank J. Erbguth, Nürnberg; Helge R. Topka, München

Im Fokus: Aktuelle klinische Aspekte rund um den Schlaganfall

Aktuelle klinische Aspekte rund um den Schlaganfall nehmen einen wichtigen

Platz im Programm ein. Im Symposium „Schlaganfall: Hot Topics“ unter Vorsitz von Martin Dichgans und Matthias Endres werden offene Fragen zu den endovaskulären Therapien besprochen, wie die Bedeutung des Zeitfensters, die Rolle der Akutbildgebung und der Stellenwert des Anästhesieverfahrens, aber auch das Potenzial der ultraschallgestützten Thrombolyse und das wichtige Thema der frühen Sekundärprävention.

Überblick: Morbus Parkinson

Einen weiteren wichtigen Programmschwerpunkt stellen die neurodegenerativen Erkrankungen und hier vor allem die Bewegungsstörungen dar. Eine Übersicht über den aktuellen Stand der Forschung zu verschiedenen Aspekten des Parkinson-Syndroms gibt das „Symposium der Deutschen Parkinson Gesellschaft“ unter dem Vorsitz von Karla Eggert und Jens Volkmann. Hier werden unter anderem die Rolle des Mikrobioms bei der Pathogenese des Morbus Parkinson, die Bedeutung der genetischen Diagnostik mit den Methoden des „Next Generation Sequencing“ (NSG), aber auch aktuelle Aspekte der tiefen Hirnstimulation sowie medikamentöser und nicht medikamentöser Therapiestrategien erörtert.

DGN(forum: Neurologie im Diskurs

Neben dem umfangreichen wissenschaftlichen Programm gehören Diskussionsveranstaltungen im DGN(forum (1. Stock, CCL) inzwischen zum festen Programm des DGN-Kongresses. Hier stehen Themen der Arbeitswelt, der Berufspolitik, des Nachwuchses, der Öffentlichkeitswirkung und der strategischen Ausrichtung der Neurologie auf der Agenda (siehe Information links).

Wissenschaft auf der Showbühne

Nach dem überwältigenden Erfolg des 1. Neurologischen Science Slam „Geistesblitze“ im Rahmen des DGN-Kongresses 2016 in Mannheim werden auch in Leipzig Neurologen und Neurowissenschaftler ihre Forschung unterhaltsam präsentieren. Diesmal geht es beim Science Slam beispielsweise um den Einfluss von Musik auf das Gehirn und die Fragen, wie viel Nervenzellen man zum Denken braucht oder wie sich das Phänomen

Drei Fragen an den Kongresspräsidenten

„Herausragende Forscher und spannende Vorträge“

? Herr Professor Claßen, was sind die Trends beim diesjährigen DGN-Kongress?

Claßen: Im Fokus der neurodegenerativen Erkrankungen und Bewegungsstörungen stehen Fortschritte bei atypischen Parkinson-Syndromen, neue Analysemöglichkeiten bei Gehstörungen und ihre Rehabilitation. Kognitive Störungen der Sprache oder der Handlungskontrolle verstehen wir mithilfe der Netzwerkanalysen zunehmend besser und können entsprechend neue Therapieoptionen entwickeln. Im Themenfeld Schlaganfall werden weiterhin die Möglichkeiten und die praktische Umsetzung der mechanischen Thrombektomie und die neuen Antikoagulantien in den Symposien eine wichtige Rolle spielen. Bei der Multiplen Sklerose rücken jetzt Regenerationsvorgänge und ihre Förderung zunehmend in den Vordergrund.

? Zur Eröffnungsveranstaltung haben herausragende Insider aus dem „Human Brain Project“ und dem Wissenschaftsrat als Gastredner zugesagt.

Claßen: Ja. Professor Hans-Jochen Heinze fasst aktuelle Empfehlungen des Wissenschaftsrats für die Struktur der medizinischen Ausbildung zusammen. Die grundlegende Frage lautet: Wollen wir am Ende eines Ausbildungsstudiengangs wissenschaftlich qualifizierte Mediziner haben oder vor allem praktische Ärzte für die Allgemeinmedizin? Das „Human Brain Project“ (HBP) ist eine gigantische europäische Forschungsanstrengung, die versucht, das Gehirn vollständig zu verstehen



© privat

**Kongresspräsident
Prof. Dr.
Joseph Claßen,
Direktor der Klinik und
Poliklinik für Neurologie,
Universitätsklinikum
Leipzig**

– und zwar so, dass sich daraus ganz neue Erkenntnisse über seine Funktionsweise und zu Therapieansätzen ableiten lassen. Professor Katrin Amunts, Leiterin des wissenschaftlichen Führungsgremiums des HBP, wird uns darüber außerordentlich Spannendes berichten und uns einen Einblick in ihre eigenen Forschungen zur Kartierung des Gehirns geben. Das HBP berührt übrigens ein wichtiges Kongresssthema, das ein hochkarätiges internationales Panel im Präsidentensymposium erörtern wird.

? Haben Sie noch einen ganz persönlichen besonderen Tipp?

Claßen: Ja, ich freue mich sehr auf eine Premiere. Zeitgleich zum Kongress feiert das erste Deutsche Neurologenorchester im Gewandhaus Leipzig seinen Einstand*. Als Solisten konnten wir gewinnen: Professor Klaus V. Toyka, ehemaliger Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Würzburg, und Dr. Muriel Stoppe, Assistenzärztin der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Leipzig.

*Karten für die Veranstaltung des Internationalen Kurt-Masur-Instituts am 21. September verkauft der Webshop des Gewandhausorchesters: <https://gewandhaus.eventim-inhouse.de>

kollektiver falscher Erinnerungen erklären lässt. Kongressbesucher wie Bevölkerung sind zum Science Slam „Geistesblitze“ (Freitag, 22.9., 20:30 Uhr, Kongresshalle am Zoo) eingeladen. Der Eintritt ist frei.

Die DGN-Kampagne

Wir sind Neurologie. Dieser Slogan wird auf dem DGN-Kongress allgegenwärtig

sein. Es ist das Motto der neuen DGN-Kampagne, mit dem die Fachgesellschaft nicht nur nach außen die wachsende Bedeutung der Neurologie in den Fokus von Öffentlichkeit und Politik rückt, sondern auch nach innen den Zusammenhalt der Fachgruppe stärken möchte. Kongressbesucher haben die Möglichkeit, vor Ort Teil der Kampagne zu werden (Ort: DGN(forum, 1 Stock). □

Wichtige Termine zum DGN-Kongress 2017 in Leipzig		
Mittwoch, 20. September 2017		
10:00 – 13:00 Uhr	Saal A	Symposium der Deutschen Parkinson Gesellschaft
10.00 – 13.00 Uhr	Leipzig 2	Autoimmune Enzephalitis und Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen – ein GENERATE- und NEMOS-Update
13.30 – 16.30 Uhr	M1 + M2	Randomisiert-kontrollierte Studien zu neuen Therapieansätzen in der Neurorehabilitation
13.30 – 16.30 Uhr	Leipzig 1	Biomarker in der Neurologie
15.30 – 17.30 Uhr	DGN(forum)	Die Weiterbildungsumfragen der Jungen Neurologen in der DGN: Weiterbildung in der Neurologie – Hemmnisse und Chancen
17.00 – 18.30 Uhr	M3	Netzwerke für höhere Motorik und Apraxie
17.00 – 19.00 Uhr	Saal B	Demenz-Symposium gemeinsam mit der DGPPN
17.00 – 20.00 Uhr	Saal A	Neues aus dem Kompetenznetzwerk Multiple Sklerose (KKNMS)
Donnerstag, 21. September 2017		
8.30 – 10.00 Uhr	Leipzig 2	Status epilepticus – Bewährtes und Neues
8.30 – 10.00 Uhr	Saal 4	Neurogenetische Diagnostik: ein Approach für den Kliniker
8.30 – 10.00 Uhr	Saal 3	Neurologie und Neurologen in der NS-Zeit
8.30 – 10.00 Uhr	M4 + M5	Das Zweischleifenmodell: Strukturen und Sequenzen als Basis für Sprache, räumliche Aufmerksamkeit und Praxie
10.30 – 12.30 Uhr	Saal A	Eröffnungsveranstaltung: Neuronale Netze entschlüsseln
17.00 – 19.30 Uhr	Saal A	Präsidentensymposium: Network disorders in Neurology
17.30 – 20.00 Uhr	Saal 3	Motoneuronenerkrankungen – aktueller Stand hinsichtlich Klinik, Bildgebung, Biomarker und Zellbiologie
20.00 – 22.00 Uhr	Moritzbastei Universitätsstr. 9	Networking@Moritzbastei
21.00 Uhr	Mendelssohn-Saal im Gewandhaus	Medizin trifft Musik, Konzert des Deutschen Neurologenorchesters*
Freitag, 22. September 2017		
8.30 – 11.30 Uhr	Saal 2	Faszination Sprache – Neuroanatomie, Plastizität und Neurorehabilitation
8.30 – 11.30 Uhr	Saal A	Schlaganfall – Hot Topics
8.30 – 11.30 Uhr	Saal B	Neue Entwicklungen bei atypischen Parkinson-Syndromen
12.30 – 13.30 Uhr	Saal 1	Mitgliederversammlung der DGN
12.30 – 14.00 Uhr	DGN(forum)	Meet the expert – klinisch-wissenschaftliches Intensivseminar: die Verbindung zwischen Darm und Nervensystem
16.30 – 19.30 Uhr	Saal B	Hot Topics in der Epileptologie
16.30 – 19.00 Uhr,	Saal 3	20 Jahre Dystonie-Genetik: Wie unser Verständnis durch Mutationsanalysen, Tiermodelle und neurophysiologische Untersuchungen wächst
20.30 Uhr	Kongresshalle am Zoo Leipzig	Geistesblitze – der Science Slam über das Gehirn
Samstag, 23. September 2017		
8.30 – 11.30 Uhr	Seminarraum 14/15	Workshop: Aus Fehlern lernen
8.30 – 11.30 Uhr	Leipzig 1	Neuronale Plastizitätsförderung beim Schlaganfall auf dem Weg vom Labor in die Klinik
8.30 – 11.30 Uhr	Saal 4	An der Schwelle zur klinischen Routine: Regeneration und Neuroprotektion bei demyelinisierenden Erkrankungen des Nervensystems
8.30 – 11.30 Uhr	Saal 5	Antisense: ein innovatives Therapieprinzip
12.00 – 15.00 Uhr	Leipzig 2	Intrazerebrale Blutung – Therapie an den Grenzen der Leitlinien
12.00 – 15.00 Uhr	Leipzig 1	Aktuelle Herausforderungen in der Pharmakotherapie der Epilepsien und ihrer Komorbiditäten
Weitere Highlights unter www.dgnkongress.org .		
*Karten für die Veranstaltung verkauft der Webshop des Gewandhausorchesters: https://gewandhaus.eventim-inhouse.de .		

Hier steht eine Anzeige.





© FSEID / stock.adobe.com

90. DGN-Kongress 2017

Einladung zum BDN-Forum und zur Mitgliederversammlung

E-Health war noch vor einigen Jahren für viele Kollegen in Klinik und Praxis ein Begriff aus einer scheinbar weit entfernten Zukunft. Doch in den letzten Jahren hat die Entwicklung rasant an Fahrt aufgenommen. Spätestens mit der Einführung des E-Health-Gesetzes gehören telemedizinische Anwendungen oder der elektronische Arztbrief zu unserem Alltag. Doch das ist nur ein erster Schritt: Big Data, innovative Apps und eine immer mehr globalisierte Medizin scheinen die Medizin in den kommenden Jahren zu revolutionieren. Mit dieser Veranstaltung wollen wir zum einen eine Bestandsaufnahme machen: Was ist mehr Vision und Medienhype und wo hat E-Health schon Einzug in den Alltag gefunden. Welche „Kinderkrankheiten“ und Umsetzungsbarrieren gibt es noch und was wünschen sich die Anwender konkret von den Entscheidungsträgern. Zum anderen hat die Zukunft in der Versorgung tatsächlich schon begonnen. Neben vielen engagierten und wissenschaftlich motivierten Projekten möchten wir im BDN-Forum im Congress Center Leipzig über Versorgungsverträge der Berufsverbände mit Krankenkassen und KVen berichten, die die Telemedizin vielerorts im kommenden Jahr Realität im Versorgungsalltag werden lässt.

Uwe Meier, Grevenbroich
Christian Gerloff, Hamburg

Programm

Freitag, 22. September 2017, CCL, Saal 4

8:30 – 10:00 Uhr	E-Health und Telemedizin in der Neurologie – Zukunft trifft auf Alltag in Klinik und Praxis Vorsitz: C. Gerloff, Hamburg U. Meier, Grevenbroich
8:30 Uhr	Begrüßung und Einleitung C. Gerloff, U. Meier
8:40 Uhr	E-Health und Telemedizin: Bestandsaufnahme und Erwartungen der Politik B. Michatz, Geschäftsführer Spitzenverband ZNS
8:50 Uhr	E-Health und Big Data: Künftige Entwicklungen P. M. Schäfer, Vorsitzender Verband digitaler Gesundheit
9:05 Uhr	Telemedizinische Versorgungsprojekte der neurologischen Berufsverbände S. Monks und G. Nelles, Vorstand BVDN und DGN
9:30 Uhr	Telemedizin aus Sicht der Krankenkassen B. Dziuk, Landesgeschäftsführerin der BEK Thüringen
9:45 Uhr	Diskussion
10:00 – 11:30 Uhr	BDN-Mitgliederversammlung 2017

Hier steht eine Anzeige.



DGPPN meets WPA

Spitzentreffen der Psychiatrie beim Weltkongress in Berlin



Fünf Tage, 900 Einzelveranstaltungen, Teilnehmer aus über 130 Nationen – vom 8. bis 12. Oktober 2017 steht Berlin ganz im Zeichen der psychischen Gesundheit: Die World Psychiatric Association (WPA) lädt in Kooperation mit der DGPPN zum Weltkongress der Psychiatrie nach Deutschland. Im Mittelpunkt stehen brandaktuelle Themen aus Wissenschaft, Versorgung, Politik und Gesellschaft.

© Messe Berlin GmbH

Die Teilnehmer erwartet ein ganz außergewöhnliches Ereignis: Noch nie fand in Deutschland ein größerer Kongress auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit statt. Thematische Schwerpunkte bilden zum Beispiel die Komorbidität von psychischen und körperlichen Erkrankungen, die Prävention und

Gesundheitsförderung sowie die Psychopathologie – insbesondere mit Blick auf neue Krankheitsbilder und deren Klassifikation. Darüber hinaus rückt der Weltkongress auch gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen in den Vordergrund. Die Stichworte sind hier soziale Gerechtigkeit, Teilhabe und Menschenrechte. Der Fachaustausch findet dabei nicht nur auf Ebene der Experten statt, sondern bezieht auch Betroffene und Angehörige mit ein.

WPA und DGPPN erwarten rund 10.000 Teilnehmer in Berlin. Hochkarätige Keynote Speaker haben sich angekündigt – unter anderen der Turiner Placebo-Forscher Fabrizio Benedetti, der amerikanische Gesellschaftsanalyst Richard Sennett oder der deutsche Altersforscher Andreas Kruse. Das Kongressprogramm greift alle relevanten psychi-

schen Störungen auf, beinhaltet an allen Kongresstagen deutschsprachige Schwerpunkte und bietet eine ideale Plattform zur Vernetzung innerhalb des Faches.

Fort- und Weiterbildung

Wichtig für die persönliche Kongressplanung sind die Weiterbildungsveranstaltungen, die in diesem Jahr unter der Bezeichnung „Courses“ laufen und das Pendant zu den traditionellen Workshops sind. Das thematische Spektrum ist breit, neben der Wissensvermittlung stehen vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis im Vordergrund. Assistenzärzte können die Angebote im Rahmen ihrer fachärztlichen Weiterbildung nutzen, Fachärzte für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikates. Gleichzeitig erhalten auch Angehörige anderer Berufsgruppen die Möglichkeit, ihre Fachkompetenzen zu vertiefen. Der

Auf einen Blick

- DGPPN meets WPA:
- zwei Kongresse in einem
- Wissenschaft und Versorgung
- Austausch und Networking
- Deutschsprachiger Programmschwerpunkt
- Zertifiziertes Fort- und Weiterbildungsangebot

Jetzt anmelden und das Programm entdecken auf www.wpaberlin2017.com

Weltkongress 2017 bietet somit die ideale Gelegenheit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Das CME-zertifizierte Educational Programm hält rund 50 Courses bereit.

Beispiele aus dem deutschsprachigen Programm:

- Demenzdiagnostik
- Update leitliniengerechte Pharmakotherapie der Depression
- Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie
- Anorexie und Bulimie
- Risiken der Psychopharmakotherapie
- Schlafmedizin für Psychiater und Psychotherapeuten

Beispiele aus dem englischsprachigen Programm:

- Internet addiction and online gaming disorder – diagnostic, therapeutic and preventive approaches
- Electroconvulsive Therapy (ECT)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for the treatment of chronic depression
- Psychiatric Genetics: an educational workshop
- How to get published

Einen zentralen Bestandteil des wissenschaftlichen Programms bilden zudem die State-of-the-Art-Symposien, in welchen renommierte Experten den neuesten Stand der Entwicklungen in Forschung und Praxis beleuchten. Vermittelt wird leitlinienorientiertes Wissen zu Themen wie ADHS in der Lebensspanne, Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Demenzen, Persönlichkeitsstörungen, Psychische Komorbidität bei Adipositas, Unipolare Depression, Therapie im Maßregelvollzug, Schizophrenie, Somaforme Störungen oder Zwangserkrankungen.

Ausstellungen, Lesungen und Filme

Der Weltkongress 2017 hat neben einem exzellenten wissenschaftlichen Programm auch Kunstaussstellungen, Lesungen und FilmSessions mit thematischem Bezug zu bieten. Die Fotodokumentation „Manicomio“ beispielsweise porträtiert die Ruinen psychiatrischer Kliniken in Italien.

Ein weiteres Highlight ist die Ausstellung „Kettenmenschen“. Im Zentrum stehen psychisch erkrankte Menschen,

Highlights aus dem Programm

Montag, 9. Oktober 2017

- Symposium: Mental health in urban environments: when are cities good for us?
- Pro-Con-Debate: Der Königsweg zu einer neuen psychiatrischen Taxonomie?
- Symposium: Limbic encephalitis and immunological encephalopathy: a revolutionary concept?
- Symposium: Psychiatrische Versorgung nach PsychVVG, BTHG und Reform der Landespsychiatriegesetze
- Symposium: Schnittstellenprobleme in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Dienstag, 10. Oktober 2017

- Pro-Con-Debate: Macht die Digitalisierung Ärzte und Therapeuten überflüssig?
- Keynote Lecture: Verletzlichkeit und Reife im hohen Alter (Andreas Kruse)
- Symposium: Approaches and effects of early diagnosis of Alzheimer's disease in routine and primary care
- Symposium: Dritte Welle der Verhaltenstherapie: Konzepte und Techniken
- Symposium: International perspectives on psychopathic disorders

Mittwoch, 11. Oktober 2017

- Symposium: Innovative Behandlungsansätze bei Altersdepression
- Symposium: Insomnie – was gibt es Neues?
- Symposium: Mentalization-based treatment(s): foundations and applications
- Symposium: Durchtrainiert, selbstoptimiert, perfekt ernährt – was ist Therapie, was macht uns krank?
- Symposium: Die Psychiatrie und das Fremde – kulturwissenschaftliche Perspektiven

Donnerstag, 12. Oktober 2017

- Symposium: Autoimmune encephalitis and NMDA-receptor antibodies in schizophrenia
- Keynote Lecture: Recovery: was wirkt (Michaela Amering)
- Symposium: Berufliche Teilhabe in Deutschland: innovative Modelle und Herausforderungen
- Symposium: New developments in the treatment of eating disorders over the life span
- Keynote Lecture: Wir behandeln die Falschen, unser Problem sind die Normalen (Manfred Lütz)

die in den Dörfern der Elfenbeinküste und des Benin leben. Sie werden an einen Baum gekettet oder in dunklen Verschlüssen weggeschlossen. Nach den vor allem auf dem Land nach wie vor verbreiteten naturreligiösen Vorstellungen Westafrikas sind psychisch Kranke von Dämonen befallen. Die Ausstellung schildert in persönlichen Berichten und großformatigen Porträts bewegende Einzelschicksale, die stellvertretend für Zehntausende stehen.

Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen bieten außerdem viel Stoff für filmische und literarische Werke, weshalb FilmSessions in Anwesenheit der Filmemacher oder Protagonisten sowie Lesungen der Schriftsteller weitere Perspektiven auf das Thema Psychiatrie eröffnen und den Weltkongress zusätzlich bereichern. Darunter beispielsweise der eindrucksvolle Film „Himmel und

mehr“, der das Leben und Werk der heute 100-jährigen Dorothea Buck zeigt, die während der NS-Zeit an Schizophrenie litt. Ein weiterer Schwerpunkt im Ausstellungsbereich ist die Wanderausstellung der DGPPN „erfasst, verfolgt, vernichtet“. Mittlerweile haben über 300.000 Besucher national und international die Ausstellung gesehen. □

Neu: die App zum Weltkongress 2017

Alle Veranstaltungen und alle Speaker direkt auf Ihrem Smartphone oder Tablet: Laden Sie sich jetzt kostenfrei die App zum Weltkongress 2017 herunter – für iOS und Android.

Sie finden die App unter dem Stichwort „WPA 2017“ in Ihrem App-Store.

DGPPN/WPA-Weltkongress

Einladung zur 18. Ordentlichen Mitgliederversammlung des BVDP

am Dienstag, den 10. Oktober 2017, 17:00 Uhr, Messe Berlin, Raum Lindau 2

Liebe und sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

liebe und sehr verehrte Mitglieder des BVDP,

auch in diesem Jahr möchte ich Sie herzlich im Namen des gesamten BVDP-Vorstandes zu unserer Mitgliederversammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Begrüßung
2. Genehmigung der Tagesordnung
3. Bericht des Vorstandes zur berufspolitischen Lage, Aussprache
4. Bericht des Schatzmeisters, Entlastung des Vorstandes
5. Wahl des Vorstandes
6. Verschiedenes

Mit freundlichem Gruß

Ihr

Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie
und Psychotherapie
Dr. Christa Roth-Sackenheim
www.bv-psychiater.de



© Messe Berlin GmbH

NEUE GESCHÄFTSSTELLE

Spitzenverband ZNS in Berlin angekommen

➡ Der Spitzenverband ZNS (SpiZ), in dem sich führende fachärztliche Berufsverbände der psychiatrischen, kinder- und jugendpsy-

chiatrischen, neurologischen und psychosomatischen Fachgruppen zusammengeschlossen haben, betreibt seit dem 1. Februar 2017 eine gemeinsame Geschäftsstelle in Berlin. Der Geschäftsführer in Berlin ist der 34-jährige Volljurist und Rechtsanwalt Bernhard Michatz.

„Wir etablieren eine direkte Vertretung im politischen Berlin und wir erhöhen damit unsere Präsenz vor Ort. Die neuropsychiatrische und psychosomatische Versorgung wird in ihrer großen Bedeutung noch stärker wahrgenommen, der direkte Kontakt in die Politik, in die ärztliche Selbstverwaltung, zu weiteren wichtigen Institutionen und Personen des Gesundheitssystems und zur Öffentlichkeit kann nun auf direktem Weg erfolgen“, erklärt der Vorsitzende des SpiZ, Dr. Uwe Meier. „Die gemeinsame Geschäftsstelle eröffnet uns neue Möglichkeiten des strategischen und projektbezogenen Arbeitens. Die gute berufspolitische Arbeit der Mitgliedsverbände kann jetzt noch besser gebündelt und ausgebaut werden. Als das Sprachrohr unserer Fachgruppen wollen wir

weiter an neuen sektorübergreifenden Versorgungskonzepten arbeiten. Die Behandlung neuropsychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen gehört zu einer der größten Herausforderungen der Gesundheitsversorgung. Ein starker und gut aufgestellter Spitzenverband ZNS ist daher so wichtig wie noch nie“, betont der stellvertretende Vorsitzende des SpiZ, Dr. Gundolf Berg.

Zum SpiZ gehören der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), der Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (BVDP), der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) sowie der Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM).

Spitzenverband ZNS (SpiZ), Geschäftsstelle Berlin, Kontakt: siehe Seite 8/9



© Michatz

In diesem repräsentativen Haus in Berlin Mitte, am Robert-Koch-Platz 9, hat der SpiZ seine neue Heimat gefunden.

NEUGRÜNDUNG

Ein Netzwerk für seltene neurologische Erkrankungen

Die Deutsche Akademie für Seltene Neurologische Erkrankungen (DASNE) feiert vom 29.11. – 1.12.2017 auf der Wartburg in Eisenach ihre Gründung. DASNE wurde von deutschen Expertenzentren in Lübeck, Tübingen und Bonn ins Leben gerufen; durch den Anschluss weiterer Zentren bildet sich ein dynamisches Netzwerk mit multidisziplinärer Expertise.

DASNE will Wegbereiter und Kontaktpunkt sein, um die Versorgung von Patienten mit seltenen neurologischen Erkrankungen auf eine neue Stufe zu heben. Als erste Institu-

tion in Deutschland verfolgt die neue Akademie die Bündelung und kontinuierliche Weiterentwicklung von Expertise im Bereich seltener neurologischer Erkrankungen durch den Zusammenschluss deutscher Expertenzentren. In diesem Verbund decken DASNE-Experten die multidisziplinäre Expertise zu seltenen neurologischen Erkrankungen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter ab. Gemeinsame Falldiskussionen und zentrale Datenerfassung eröffnen damit neue Wege, dem Patientenwohl zu dienen.



Deutsche Akademie für Seltene Neurologische Erkrankungen

Einladung zum Gründungssymposium | 29. Nov – 1. Dez 2017 | Wartburg, Eisenach

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hiermit laden wir Sie herzlich zum Gründungssymposium der Deutschen Akademie für Seltene Neurologische Erkrankungen (DASNE) vom 29. November bis 1. Dezember 2017 nach Eisenach ein.

Haupttriebfeder zur Gründung der DASNE ist die derzeit in Deutschland unzureichende Betreuung und Versorgung von Patienten mit seltenen und komplexen neurologischen Erkrankungen bei sehr großem, allerdings bislang nur bedingt ausgeschöpftem akademischen Potential in den Neurofächern.

Durch Falldiskussionen, die in einem interdisziplinären Panel ausgewiesener Experten aus Neurologie, Neuropädiatrie und Genetik moderiert werden, sowie Fortbildungen zu zentralen Themen seltener neurologischer Erkrankungen streben wir eine Bündelung und kontinuierliche Weiterentwicklung von Expertise im Bereich seltener neurologischer Erkrankungen in Deutschland an. Hierzu wird auch eine e-DASNE Plattform aufgebaut.

Die DASNE wendet sich an **Neurologen, Neuropädiater, Humangenetiker, Biologen, Neurowissenschaftler** und weitere verwandte Disziplinen, die in der Diagnostik, Versorgung und Forschung seltener neurologischer Erkrankungen tätig sind. Die **Aus- und Fortbildung junger Kollegen** zu zentralen Themen seltener neurologischer Erkrankungen ist ein Kernanliegen der DASNE

Wir würden uns freuen, gemeinsam mit Ihnen das Gründungssymposium der DASNE zu gestalten und in einen wechselseitigen Diskurs einzutreten. **Über unsere Webseite www.dasne.de** können Sie sich **bis zum 30. September** anmelden.

Mit herzlichen Grüßen,

Alexander Münchau
Universität zu Lübeck

Ludger Schöls
Universitätsklinikum Tübingen

Holm Graessner
Universitätsklinikum Tübingen

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Strukturreform der Richtlinien-Psychotherapie

Weichen für den langfristigen Strukturwandel sind gestellt

Wir haben es schon mehrfach berichtet und kommentiert: Am 1. April 2017 traten die neuen Richtlinien zur Psychotherapie in Kraft. Was bedeutet das nun im Detail und welche Abrechnungsbesonderheiten müssen wir beachten? Und wie verfahren wir bei bereits laufenden Psychotherapien?

Durch die im Jahr 2016 gesetzlich geregelte Reform der Psychotherapie-Richtlinie (§ 92 Abs. 6a SGB V) und die damit einhergehende Einführung der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ und der „Psychotherapeutischen Akutbehandlung“ als neue Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eine Überarbeitung der Psychotherapie-Vereinbarung (geregelt in Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) notwendig. Die neuen Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Psychotherapeutischen Akutsprechstunde werden extrabudgetär und in gleicher Höhe wie die antrags- und genehmigungspflichtige Richtlinienpsychotherapie vergütet. Der Bewertungsausschuss hat auch die Gruppenpsychotherapie neu bewertet. Die Vergütung insbesondere der größeren Gruppen steigt ab 1. Juli 2017 deutlich um zirka 20 %.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Der Zugang für Patienten zu einer psychotherapeutischen Behandlung erfolgt in der Regel über die neu eingeführte Psychotherapeutische Sprechstunde. Hier besteht eine Übergangsfrist bis zum 31. März 2018, danach soll die Psychotherapeutische Sprechstunde für den Patienten obligate Voraussetzung für den Zugang zur Richtlinienpsychotherapie werden. Bis dahin kann ein Patient auch noch ohne die Psychotherapeutische Sprechstunde in eine Richtlinienpsychotherapie kommen.

Der Psychotherapeutischen Sprechstunde wird künftig eine besondere Steuerungsfunktion für verschiedene Versorgungsangebote zukommen: In der Psychotherapeutischen Sprechstunde soll zeitnah geklärt werden, ob zum Beispiel eine psychiatrische Behandlung, Reha oder Richtlinienpsychotherapie in-

diziert ist oder gegebenenfalls auch andere Angebote (wie z. B. Erziehungsberatung, Schuldnerberatung) ausreichen. Weiterhin kann bei Bedarf nach 50 Minuten Psychotherapeutischer Sprechstunde direkt mit einer Psychotherapeutischen Akutbehandlung begonnen werden, die lediglich einer Anzeige an die Krankenkasse bedarf. Weitere wichtige Punkte dieser neuen Leistung sind:

- Die KVen haben die Sicherstellung für die neuen Leistungen zu gewährleisten. Jeder Psychotherapeut kann wählen, wie er diese organisiert – offen oder mit Terminvergabe.
- Die weitere Behandlung muss nicht bei dem Arzt/Psychotherapeuten erfolgen, bei dem der Patient in der Sprechstunde war.
- Ausnahme: Bei Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder rehabilitativen Behandlung entlassen werden, können probatorische Sitzungen oder eine Akutbehandlung ohne Sprechstunde beginnen. Dies gilt auch, sofern ein Therapeutenwechsel nach der Sprechstunde oder während einer laufenden Therapie erfolgt.

Für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzte beziehungsweise Neurologen sind keine neuen Genehmigungen notwendig, wir können seit dem 1. April 2017 die neuen Leistungen erbringen. Die fachliche Befähigung für die Durchführung und Abrechnung dieser neuen Leistungen gilt als nachgewiesen, wenn eine Genehmigung der KV für eines der Richtlinienverfahren vorliegt.



Der Psychotherapeutischen Sprechstunde wird künftig eine besondere Steuerungsfunktion für verschiedene Versorgungsangebote zukommen.

Abrechnungsbesonderheiten

Die Leistungen 35151 (Psychotherapeutische Sprechstunde) und 35152 (Psychotherapeutische Akuttherapie) können zwar nicht am gleichen Tag neben den Gesprächs- und Betreuungsziffern der EBM-Kapitel 16 und 21 (16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233) erbracht werden, im gleichen Behandlungsfall (Quartal) ist eine Kombination jedoch möglich. Die Betreuungsziffern müssen nicht unbedingt an einem Tag abgerechnet werden, an dem ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfand.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung können einmal im Krankheitsfall durchgeführt werden. Der „Krankheitsfall“ ist in § 21 BMV-Ä (Bundesmantelvertrag-Ärzte) geregelt und bedeutet: das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen.

Kurzzeittherapie

Befreit: Die Kurzzeittherapie (KZT) ist künftig grundsätzlich von der Gutachterpflicht befreit. Ein Antrag des Arztes/ Psychotherapeuten auf Befreiung von der Gutachterpflicht für KZT ist demnach seit dem 1. April 2017 nicht mehr nötig, auch nicht von denjenigen Kollegen, die derzeit noch keine 35 Anträge für den Antrag auf Befreiung von der Gutachterpflicht gesammelt haben.

Zweigeteilt: Die KZT muss künftig in zwei Schritten beantragt werden: zuerst KZT 1 mit zwölf Sitzungen, frühestens nach sieben Sitzungen können erneut zwölf Sitzungen KZT 2 beantragt werden. Auch dieser zweite Schritt ist von der Gutachterpflicht befreit, ist also antrags-, aber nicht gutachterpflichtig. KZT 1 und KZT 2 können nicht von Anfang an gemeinsam beantragt werden.

Langzeittherapie

Wegfall eines Bewilligungsschrittes: Die Beantragung einer Langzeittherapie (LZT) ist auch künftig gutachterpflichtig. Der erste Bewilligungsschritt bei Verhaltenstherapie und tiefenpsychologischer Psychotherapie liegt bei 60 Sitzungen, bei analytischer Psychotherapie

Eckpunkte der Strukturreform

- Einführung von „Psychotherapeutischen Sprechstunden“ und verbesserte telefonische Erreichbarkeit der rein psychotherapeutischen Praxen
- Einführung einer „Psychotherapeutischen Akutbehandlung“
- Förderung der Gruppentherapie
- Flexibilisierung und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten
- Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens

Das neue Kapitel 35 im Überblick

Abschnitt 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

Der Abschnitt 35.1 enthält alle nicht antragspflichtigen Leistungen wie die probatorische Sitzung, Psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung und den Bericht an den Gutachter. Der Abschnitt bleibt ansonsten gegenüber dem jetzigen Stand unverändert (seit dem 1. April 2017 gültig).

Abschnitt 35.2 Antragspflichtige Leistungen

Der Abschnitt 35.2 enthält weiterhin alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen. Um die vielen neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) übersichtlich abbilden zu können, wird der Abschnitt neu strukturiert und wie folgt unterteilt:

- 35.2.1 Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35425)
- 35.2.2 Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35559)
- 35.2.3 Zuschläge (GOP 35571, 35572, 35573)

Abschnitt 35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

- Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren (GOP 35600)
- Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren (GOP 35601)
- Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren (GOP 35602)

im Regelfall bei 80, in besonderen Fällen bei 160 Sitzungen. An den Höchstkontingenten hat sich nichts geändert. Die Kontingente sind bei Einzel- und Gruppentherapie gleich. Eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie wird erleichtert. Auch künftig ist es möglich, nach Sprechstunde und Probatorik direkt eine LZT auch ohne vorherige KZT zu beantragen.

Rezidivprophylaxe: Aus dem anfänglich beantragten Stundenkontingent können eine bestimmte Anzahl Sitzungen als psychotherapeutische Rezidivprophylaxe deklariert werden. Hier kommt der neue Begriff der „Psychotherapeutischen Rezidivprophylaxe“ ins Spiel, der aber de facto keine zusätzlichen Leistungen beinhaltet. Für die Psychotherapeutische Rezidivprophylaxe wurde festgelegt, dass bewilligte Therapieeinheiten im Rahmen einer LZT innerhalb von zwei Jahren nach Therapieende bis zu den in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Höchstgrenzen verwendet werden können. Voraussetzung hierfür ist die

Anzeige der Beendigung der Psychotherapie auf einem neuen Formular (PTV 12). Die Nutzung des Instrumentes der Psychotherapeutischen Rezidivprophylaxe hat jedoch insofern einen Vorteil, da die Restsitzungen niederfrequent innerhalb von zwei Jahren nach Therapieende erbracht werden können. Kommt es nach Ende dieser zwei Jahre, in denen Sitzungen der Psychotherapeutischen Rezidivprophylaxe erbracht wurden, zur Notwendigkeit der Beantragung einer erneuten Richtlinienpsychotherapie, so kann diese sofort wieder ohne besondere Begründung beantragt werden.

Beispiel: Es wurde bei Vorliegen einer schweren Zwangsstörung eine Verhaltenstherapie LZT von 60 Sitzungen beantragt und die Notwendigkeit der Rezidivprophylaxe beim Antrag auf Formular PTV 2 angegeben. Nach 44 Sitzungen ist die Therapie erfolgreich, es wird das Ende der Therapie nach 44 Sitzungen der Krankenkasse angezeigt. Es stehen nun noch 16 Sitzungen Verhaltenstherapie für die Psychotherapeutische Rezidivprophylaxe in den kommen-

den 24 Monaten zur Verfügung. Diese werden genauso vergütet wie im Zeitraum der ersten 44 Sitzungen. Nach Ende der 24 Monate kommt es sechs Monate später zu einem Rezidiv der Zwangserkrankung. Da das Ende der Therapie bereits vor zweieinhalb Jahren angezeigt wurde, kann nun direkt eine weitere Richtlinienpsychotherapie beantragt werden. Die übliche Zweijahresfrist bis zum Beginn einer erneuten Richtlinienpsychotherapie beginnt nicht noch einmal zu laufen.

Übergangsregelung

Für Psychotherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, gelten die alte Psychotherapie-Richtlinie und die alte Psychotherapie-Vereinbarung weiter. Die neuen Vorgaben gelten für diese Psychotherapien, sobald die KZT umgewandelt oder eine LZT verlängert wird.

Beispiel für eine LZT eines Erwachsenen mit Verhaltenstherapie: Das erste Sitzungskontingent (alt) mit 45 Stunden läuft nach dem 1. April 2017 aus und soll verlängert werden. Der Therapeut beantragt jetzt im zweiten Schritt direkt die noch fehlenden Stunden bis zum Höchstkontingent (80 Stunden). Nach der alten Regelung hätte er nur 15 Stunden beantragen können. Für die restlichen 20 Stunden wäre ein weiterer Antrag erforderlich gewesen.

Terminservicestellen

Die Terminservicestellen dienen nun auch der Vermittlung einer Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung – nicht für probatorische Sitzungen oder Richtlinienpsychotherapie.

Psychotherapeutische Sprechstunde: Mit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie vom 1. April 2017 müssen die Terminservicestellen der KVen den Patienten laut Gesetz auch freie Termine bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder einem psychotherapeutisch tätigen Arzt vermitteln. KBV und der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen haben sich nun auf Einzelheiten geeinigt. Patienten, die gesetzlich krankenversichert sind, können sich mit der Bitte um ein Erstgespräch bei einem

ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten oder einem psychotherapeutisch tätigen Arzt an die Terminservicestellen wenden – auch ohne Überweisung. Es handelt sich jedoch für den Patienten nur um einen Anspruch auf Vermittlung von Terminen für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung. Termine für probatorische Sitzungen sowie KZT und LZT in den Richtlinienpsychotherapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie und analytische Psychotherapie sind hier nicht beinhaltet.

Psychotherapeutische Akutbehandlung: Einen Termin für eine Akutbehandlung können Patienten, die sich an eine Servicestelle wenden, nur vermittelt bekommen, wenn sie zuvor eine Psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht haben. Denn Voraussetzung für die Vermittlung eines Termins ist laut Vereinbarung, dass der ärztliche oder psychologische Psychotherapeut oder der psychotherapeutisch tätige Arzt in der individuellen Patienteninformation (PTV 11) eine Empfehlung für eine Akutbehandlung ausgesprochen hat. Eine Ausnahme besteht, wenn der Patient aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder aus einer medizinischen Rehabilitation entlassen wird. In diesen Fällen kann er sich direkt an eine Terminservicestelle wenden. Eine Überweisung ist auch hier nicht erforderlich.

Für die Vermittlung durch die Terminservicestellen gilt, wie bisher für die Vermittlung von dringlichen Facharztterminen auch, die Maßgabe einer Terminvergabe innerhalb von vier Wochen. Ist das nicht möglich, sollen die Terminservicestellen einen Termin an einem Krankenhaus vermitteln. Das könnte beispielsweise auch in einer PIA (psychiatrischen Institutsambulanz) oder einer PsIA (psychosomatischen Institutsambulanz) sein. Hier gilt jedoch, dass am Krankenhaus auch nur ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten oder psychotherapeutisch tätige Ärzte diese Leistung durchführen können, die die gleiche fachliche Qualifikation wie die vertragsärztlich tätigen Kollegen haben. Dies halten wir für ein sehr wichtiges Qualitätskriterium, denn dies ist ein

wichtiger Unterschied zu der üblichen ambulanten Behandlung am Krankenhaus, bei der kein Facharztstatus des behandelnden Arztes erforderlich ist, sondern nur ein „Facharztstandard“ vorgehalten werden muss. Mit „Facharztstandard“ ist der Oberarzt/Chefarzt im Hintergrund gemeint, der vom Assistenzarzt in Weiterbildung jederzeit hinzugerufen werden kann.

Bei der Vermittlung von Terminen bei Psychotherapeuten gilt im Übrigen das gleiche wie bei Fachärzten: Versicherte haben dabei keinen Anspruch auf einen bestimmten Psychotherapeuten (kein „Wunsch-Therapeut“). Patienten sollten sich für einen Termin deshalb möglichst direkt an eine Praxis wenden.

Konsequenzen für uns Fachärzte

Die enorme Bedeutung von neurologischen und psychischen Erkrankungen für die gesamte Gesundheitsversorgung ist allen Beteiligten präsent. Wir erwarten daher, dass sich diese Tatsache auch zeitnah auf die Vergütung unserer psychiatrischen und neurologischen Leistungen auswirkt. Die jetzige Flexibilisierung der Richtlinienpsychotherapie bringt aber auch unserer Fachgruppe Verbesserungen in der Darstellung unseres Leistungsbedarfs. Die neuen Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Psychotherapeutischen Akutbehandlung sind für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenärzte beziehungsweise Neurologen (bei beiden letzteren mit Genehmigung der KV für eines der Richtlinienverfahren) erbringbar. Sie ermöglichen die extrabudgetäre Abrechnung einer Leistung, die wir bisher im Rahmen unseres psychiatrischen Kapitels ohne besondere Kennzeichnung unter Budgetbedingungen mit erbracht haben.

Die mit der Novellierung verbundenen Auflagen der telefonischen Erreichbarkeit und Angabe von Sprechstundenzeiten werden von unseren Fächern bereits (über-)erfüllt und bedeuten keinen zusätzlichen strukturellen Aufwand.

Die Versorgungslandschaft wird durch diese Novellierung der Richtlinienpsychotherapie sicher stark verändert werden. Es werden mehr Menschen Leistungen der Psychotherapie erhalten und

Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Details der Änderungen ab 1. April 2017

Versorgungsangebote			Bewilligungsschritte für Einzel- und Gruppentherapie bei Erwachsenen		Erläuterungen	
			Schritt 1	Schritt 2		
Psychotherapeutische Sprechstunde — mindestens 25 Minuten — Erwachsene bis zu 150 Minuten — Kinder und Jugendliche bis zu 250 Minuten — keine Anrechnung auf Psychotherapie	Akutbehandlung — Nach mindestens 50 Minuten Sprechstunde (Erwachsene und Kinder und Jugendliche) — Erwachsene maximal 600 Minuten — Kinder und Jugendliche 600 Minuten + Sitzung mit Bezugsperson im Verhältnis 4:1		bis zu 12 Stunden (600 Minuten) anzeigepflichtig		erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer ggf. anschließenden KZT oder LZT zu verrechnen	
	Probatorik — nach mindestens 50 Minuten Sprechstunde oder einer Akutbehandlung — verpflichtend für Einleitung einer KZT oder LZT — keine Anrechnung auf Psychotherapie — Erwachsene mindestens 100 Minuten (2 Sitzungen), maximal 200 Minuten (4 Sitzungen) — Kinder und Jugendliche mindestens 100 Minuten (2 Sitzungen), maximal 300 Minuten (6 Sitzungen)	Kurzzeittherapie		bis zu 12 Stunden (600 Minuten) anzeigepflichtig, nicht mehr gutachterpflichtig	bis zu 24 Stunden anzeigepflichtig, nicht mehr gutachterpflichtig	gilt nach dreiwöchiger Frist auch ohne Bescheid als bewilligt, Umwandlung in LZT ist gutachterpflichtig
		Langzeittherapie	Verhaltenstherapie	bis zu 60 Stunden antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 80 Stunden antragspflichtig, Gutachterpflicht im Ermessen der Krankenkassen	ein begrenzter Anteil noch nicht in Anspruch genommener Sitzungen aus dem LZT-Kontingent kann zwei Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Angabe im Antrag erforderlich)
			tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	bis zu 60 Stunden antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 100/80 Stunden antragspflichtig, Gutachterpflicht im Ermessen der Krankenkassen	
			analytische Psychotherapie	bis zu 160/80 Stunden antrags- und gutachterpflichtig	bis zu 300/150 Stunden Antragspflichtig, Gutachterpflicht im Ermessen der Krankenkassen	

KZT = Kurzzeittherapie, LZT = Langzeittherapie

auch mehr in Anspruch nehmen wollen und können, da sie niederschwelliger erreichbar sind. Das ist grundsätzlich erst einmal zu begrüßen. Wir haben jedoch die Sorge, dass letztlich weniger Zeit für die eigentliche Richtlinienpsychotherapie oder in unserem Fall für die eigentliche psychiatrisch-psychotherapeutische und nervenärztliche beziehungsweise neurologische Versorgung zur Verfügung stehen wird. Es ist auch unklar, bei wie vielen „Absolventen“ einer Psychotherapeutischen Sprechstunde schließlich die Indikation für eine Akut-Psychotherapie oder eine Richtlinienpsychotherapie gestellt werden wird und wie die Versorgungskapazitäten dafür aussehen werden. Möglicherweise entsteht so ein noch engeres Nadelöhr als vorher, nur an anderer Stelle.

Die Vorstellung der gesetzlichen Krankenkassen, dass der schnelle Zugang zu einer Psychotherapeutischen Sprechstunde den ressourcensparenden Effekt ergibt, dass der Versicherte dann zufrieden aus der „Wartelistenlandschaft“ verschwindet, entspricht nicht unseren Erwartungen an die Zukunft.

Ein Zugpferd könnte die bessere Vergütung der Gruppentherapie bedeuten. Der finanzielle Anreiz könnte dazu führen, dass die Gruppentherapie trotz des deutlich höheren Aufwandes künftig häufiger angeboten werden wird.

Wir mahnen schon seit längerem aus Versorgungsgesichtspunkten – bekanntermaßen zu geringe Ressourcen bei steigendem Versorgungsbedarf – an, dass alle Fachgruppen, die mit der Behandlung von psychischen Störungen befasst

sind, möglichst koordiniert und auf Augenhöhe gemeinsam arbeiten. Letztendlich könnte die Novellierung die Auswirkung haben, dass sich unsere Fachgruppen durch die neuen Leistungen mehr der Richtlinienpsychotherapie zuwenden. Das dürfte zwangsläufig zur Folge haben, dass die Patientenzahlen der Praxen sinken und dass daraus eine schlechtere Versorgung von Menschen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen resultieren könnte. Abschließend kann man die Auswirkungen auf die Versorgung wahrscheinlich erst in fünf bis zehn Jahren beurteilen. □

AUTORIN

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

Bedarfsplanung

„Noch haben wir eine im internationalen Vergleich dichte Versorgung ...“

Die Nachfrage nach neurologischen und psychiatrischen Leistungen steigt jedoch weiter. Dass immer mehr Regionen Gebrauch von der Anpassung einzelner Verhältniszahlen bis hin zu Neuzuschnitten von Planungsgebieten machen, hält Dr. Bernhard Gibis für einen guten Trend, der zeigt, dass der bundesweite Rahmen – dort, wo es notwendig ist – angepasst werden kann.



» Wie viele Ärztinnen und Ärzte braucht dieses Land wirklich, um eine gute Versorgung gewährleisten zu können? Durch das Gutachten des G-BA erhoffen wir uns konkrete Hinweise auf diese Frage. «

Dr. med. Bernhard Gibis, Berlin

Leiter des Geschäftsbereiches „Sicherstellung und Versorgungsstruktur“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

? Herr Dr. Gibis, was hat sich innerhalb des letzten Jahres zum Thema Bedarfsplanung im Bereich Neurologen und Psychiater getan?

Dr. Bernhard Gibis: Unser Vorstoß, die Gesamtgruppe der Nervenärzte beizubehalten und mit Vorgaben zu Mindestanteilen der einzelnen Fachgruppen für ein ausgewogenes Gleichgewicht zu sorgen, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) leider nicht befürwortet. Die Bildung von Quoten wird bislang ausschließlich für die Fachgruppe der Psychotherapeuten vorgesehen, und zwar auf Gesetzesebene. Dies kann unseres Erachtens nicht so bleiben – eine Auffassung, wie sie auch von Professor Hecken, dem langjährigen und soeben wieder bestätigten Vorsitzenden des G-BA, und den Krankenkassen unterstützt wird.

? Wird es aus Ihrer Sicht in absehbarer Zeit eine neue Bedarfsplanung geben?

Gibis: Änderungen in der Bedarfsplanung gibt es auf Landesebene in zunehmenden

Umfang. Immer mehr Regionen machen Gebrauch von der Anpassung einzelner Verhältniszahlen bis hin zu Neuzuschnitten von Planungsgebieten. Dies ist ein guter Trend und zeigt, dass der bundesweite Rahmen angepasst werden kann – und zwar dort, wo es notwendig ist. Zur grundsätzlichen Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie hat der G-BA ein Gutachten bei einem renommierten Universitätskonsortium in Auftrag gegeben, das derzeit schon an der Ausarbeitung arbeitet. Wir rechnen mit einer Fertigstellung zum Ende des Jahres und mit einer anschließenden Diskussion im G-BA. Insofern wird eine größere Reform frühestens 2018 zu erwarten sein.

? Was erwarten Sie von dem vom G-BA ausgeschriebenen Gutachten?

Gibis: Mit der heutigen Bedarfsplanung haben wir einen bundesweiten Rahmen, der transparent für jeden Kreis sowie für die kreisfreien Städte die Versorgungsdichte

sichtbar macht – und gleichzeitig auch die Unterschiede. Und genau darum drehen sich derzeit viele grundsätzliche Fragen. Wir gehen beispielsweise davon aus, dass Städte aufgrund ihrer Zentralität und der Mitversorgung umliegender Gebiete eine höhere Arztdichte vorhalten müssen, als weniger gut erreichbare und kleinere Orte. Andere fordern eine möglichst homogene Verteilung der Ärzte.

Wir haben eine im internationalen Vergleich dichte Versorgung. Sie ist historisch etabliert und wird insgesamt durch die Bevölkerung in Befragungen immer wieder als sehr gut bewertet. Doch reicht diese auch vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderung auch in naher Zukunft aus? Wie viele Ärztinnen und Ärzte braucht dieses Land wirklich, um eine gute Versorgung gewährleisten zu können? Auf all diese Fragen erhoffen wir uns durch das aktuelle Gutachten Hinweise zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung.

? Wo liegen aus Ihrer Sicht Versorgungsprobleme im Bereich neurologischer und psychischer Erkrankungen?

Gibis: Wie in kaum einem anderen Bereich verschmelzen bei der Versorgung von Patienten dieser Fachgruppen – und hier insbesondere von psychischen Patienten – die soziale und die medizinische Dimension der Betreuung miteinander. Die dafür erforderliche vernetzte Behandlung in Teams wird in den Planungssystemen nicht hinreichend abgebildet. Und es scheint lokale Versorgungsengpässe zu geben, wie wir aus den Regionen berichtet bekommen. Diesen kann in der Regel zwar begegnet werden, die Nachfrage nach neurologischen und

psychiatrischen Leistungen steigt jedoch weiter. Immer mehr wird auch hier die Frage aufkommen, wie ärztlich geleitete Teams dieses Mehr an Aufgaben bewältigen können. Dies geht in die Richtung von Teampraxen und – wobei mir klar ist, dass dies kontrovers diskutiert wird – auch der Delegation ausgewählter Leistungen.

? Wie schätzen Sie neue Versorgungsformen wie etwa die stationsäquivalente Behandlung ein?

Gibis: Eine Ausweitung des Leistungsangebots für Patienten mit psychischen Erkrankungen ist meines Erachtens immer grundsätzlich zu begrüßen. Gerade für bestimmte Gruppen, zum Beispiel für alleinstehende Patienten mit Kindern, kann die akutstationäre psychiatrische Behandlung in der Häuslichkeit in ausgewählten Fällen sehr

hilfreich sein. Die Umsetzung dieser eigentlich guten Idee durch die Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG) und die gesetzlichen

Anforderungen sind keinesfalls mit der stationären Versorgung vergleichbar. Unklar ist auch die Abgrenzung zur ambulanten Be-

„Bei der Versorgung unserer Patienten verschmelzen die soziale und die medizinische Dimension der Betreuung. Eine vernetzte Behandlung in Teams wird jedoch in den Planungssystemen nicht hinreichend abgebildet.“

Krankenversicherung (GKV) ließ jedoch alle unsere Befürchtungen wahr werden: Es handelt sich nach der gegenwärtigen Vereinbarung eher um eine niederschwellige ambulante Behandlung, für die noch nicht einmal die obligate Information geschweige denn Einbindung der behandelnden ambulanten Ärzte vorgesehen ist. Die qualitativen

handlung: Darf der Hausarzt einen Hausbesuch durchführen, wenn Patienten ihn rufen? Ich fürchte, dass diese neue Versorgungsform zu Unrecht durch diese Unschärfen in Misskredit geraten kann.

! Das Interview führte Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach.

„Bedarfsplanung“: was ist das?

Wenn wir im Rahmen unserer Facharztausbildung in Kliniken arbeiten, bekommen wir eine Stelle, wenn der Stellenplan des Krankenhauses eine freie Stelle ausweist. Wenn wir als Vertragsarzt in der eigenen Praxis arbeiten wollen, brauchen wir einen Vertragsarztsitz. Ähnlich wie im Stellenplan im Krankenhaus gibt es hier genaue Begrenzungen. Diese Begrenzungen sind grundsätzlich in der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt und können seit einigen Jahren regional in jedem Bundesland in gewissem Umfang angepasst werden.

Vom unbegrenzten Wirtschaftswunder ...

Das war nicht immer so. In den Jahren des Wirtschaftswunders und bis in die 1980er-Jahre waren die Krankenkassen ohne Geldsorgen. Die Zahl der Ärzte war verglichen mit heutigen Zahlen eher niedrig, so gab es Anfang der 1970er Jahre 1.000 niedergelassene Nervenärzte in Deutschland. Wer sich niederlassen wollte, konnte das tun, wo er wollte. Wirtschaftlich war das Risiko für den Arzt eher gering.

Mitte der 1980er-Jahre kam die „Ärztenschwemme“, die Krankenkassen beklagten zunehmend eine Kostenexplosi-

on im Gesundheitswesen. Ab Mai 1992 war der heutige bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer Gesundheitsminister in der damaligen Regierung Kohl. Sein Gesundheitsstrukturgesetz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen trat am 1. Januar 1993 in Kraft. Dieses und weitere Gesetze regelten die schrittweise Begrenzung der Niederlassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte, wobei das Prinzip „Ist gleich Soll“ galt.

... zur Kostenbegrenzung

Letztendlich war und ist die Bedarfsplanung ein Instrument zur Kostensteuerung und Kostenbegrenzung. Ein Bezug zum „tatsächlichen Bedarf“, der an der Morbidität der Bevölkerung und an medizinischen Behandlungsleitlinien orientiert ist, besteht nicht.

Umgekehrt kann die Bedarfsplanung aber auch ein Instrument der Sicherstellung sein. Eine Niederlassung als Vertragsarzt ist dort möglich, wo ein freier Vertragsarztsitz besteht, der Niederlassungswillige geht dann dorthin, wo er gebraucht wird und hat dort auch einen gewissen Konkurrenzschutz.

Demografische Veränderungen und Verschiebungen in der Morbidität der Bevölkerung, aber auch Veränderungen in der Arztszahl und in der Arbeitsweise

von Ärzten lassen derzeit immer wieder Kritik an der Bedarfsplanung laut werden. Seit einigen Jahren wird im G-BA an einer Novellierung gearbeitet.

Insgesamt steigt die Zahl aller Ärzte stetig, es arbeiten aber immer mehr Ärzte in Teilzeit, sowohl in der Klinik als auch im vertragsärztlichen Bereich.

Die Lebenserwartung der Bevölkerung steigt, ein längeres Überleben auch mit mehreren chronischen Erkrankungen ist durch den medizinischen Fortschritt eher die Regel als die Ausnahme. Neuropsychiatrische Erkrankungen ha-



Letztendlich ist die Bedarfsplanung ein Instrument zur Kostensteuerung und Kostenbegrenzung ohne Bezug zum „tatsächlichen Bedarf“.

ben zwar meist gleichbleibende Inzidenzen, werden aber häufiger diagnostiziert und die Menschen nehmen selbstverständlicher als früher eine Behandlung in Anspruch. Ein Anstieg der Demenzerkrankungen ist künftig wahrscheinlich.

Veränderte Facharztweiterbildung

Weiterhin hat sich unser Fachgebiet weiterentwickelt. Just zu der Zeit der Seehofer'schen Kostendämpfungsgesetze, nämlich 1992, wurde der Nervenarzt alter Prägung in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer abgeschafft. Der Facharzt für Psychiatrie wurde zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Weiterbildungszeit für dieses Gebiet wurde ebenso wie für den Facharzt für Neurologie auf fünf Jahre angehoben. Doppelfacharzt zu sein ist nach wie vor möglich.

Zeitgleich wurde der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (vormals Facharzt für Psychotherapeutische Medizin) geschaffen. Auch die Zahl der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie steigt stetig an.

In den letzten 25 Jahren hat sich die Zahl der Fachärzte in diesen fünf Fachgebieten verändert. **Tab. 1** gibt die aktuell vorliegenden Zahlen wieder.

Neurologie – Psychiatrie im Ungleichgewicht?

Derzeit sieht die Bedarfsplanung für die Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte keine Spezifizierung vor, ob der Sitz von Nervenärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Neu-

rologen besetzt wird. Die Gruppe wird „gemeinsam beplant“. In der jüngsten Vergangenheit führte das immer wieder dazu, dass ein Nervenarzt nach der alten Weiterbildungsordnung seine Praxis entweder an einen Neurologen oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie abgab. In manchen Regionen führte das im Ergebnis zu einem Ungleichgewicht der Fächer, es gab plötzlich eine Unterversorgung entweder mit Neurologen oder mit Psychiatern. Dass Doppelfachärzte für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie die Nachfolge antreten und das bisherige Versorgungsspektrum der Nervenarztpraxis weiterführen, ist jedoch auch ein nachhaltig zu beobachtender Trend, der nicht zu vernachlässigen ist.

Unsere Verbände haben seit Jahren Gespräche mit dem G-BA und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geführt, wie wir uns die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unserer Fächer vorstellen. Wir haben davon immer wieder im NeuroTransmitter und auch in den Sonderheften berichtet. Dr. Bernhard Gibis, Leiter des Geschäftsbereiches „Sicherstellung und Versorgungsstruktur“ der KBV ist hier in den letzten Jahren ein verlässlicher Interviewpartner gewesen. Er stellt auch dieses Jahr aktuelle Informationen, etwa über das geplante wissenschaftliche Gutachten zur Bedarfsplanung, das der G-BA in Auftrag gegeben hat, zur Verfügung.

Ziele der Verbände

In der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in unseren Fachgruppen verfolgen wir als Verbände folgende Ziele:

- Ein Nervenarzt der alten Weiterbildungsordnung muss immer die Möglichkeit behalten, seine Praxis an einen Nachfolger zu übergeben.
- Es darf aus Versorgungsgesichtspunkten nicht dazu kommen, dass ein Vertragsarztsitz eines Nervenarztes der alten Weiterbildungsordnung wegfällt, weil zum Beispiel eine Weitergabe nur an einen Neurologen oder nur einen Psychiater erlaubt wäre, sich hier jedoch gerade keiner findet.
- Entsteht ein relatives Übergewicht zugunsten einer Fachgruppe, soll der jeweils anderen Fachgruppe eine Niederlassung erleichtert werden. Gibt es zum Beispiel in einer Region durch Nachbesetzungen auf einmal fast nur Neurologen, soll es Psychiatern erleichtert werden, sich per Sonderbedarfsregelungen niederzulassen.

Eine strikte Trennung der Bedarfsplanung halten wir zum jetzigen Zeitpunkt für verfrüht. Dennoch muss es kluge Steuerungsmechanismen geben, um einerseits die Versorgung zu sichern, andererseits dem anstehenden Generationswechsel in unseren Fächern gerecht werden zu können.

Die meisten Nervenärzte der alten Weiterbildungsordnung sind heute zwischen 60 und 65 Jahre alt. Auch wenn ein Trend zu beobachten ist, dass die Kollegen über das 68. Lebensjahr hinaus ärztlich tätig sind, wird in den nächsten zehn Jahren unausweichlich eine Welle an Praxisübergaben auf uns zukommen.

Die Nachwuchssituation ist in unseren Fächern zwar grundsätzlich besser als in vielen anderen Fächern, aber wir werden hier um jeden Kollegen dankbar sein, der künftig in die vertragsärztliche Tätigkeit gehen will. Deshalb wollen wir hier keine zusätzlichen Barrieren durch bürokratische Hürden aufbauen.

Letztlich scheint in der Politik bereits darüber nachgedacht zu werden, die Bedarfsplanung zumindest in einigen Fächern sogar gänzlich abzuschaffen. Wir werden diesen Gedanken aufmerksam verfolgen! □

AUTORIN

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

Tab. 1: Zahl der Vertragsärzte nach Fachgebieten

Arztgruppe	Arztzahl (Vertragsärzte) laut Bundesarztregister Stand 31. Dezember 2016
Nervenärzte	1.892
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	2.670
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie	1.051
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.596
Neurologen	2.869
Summe	11.078

Gebührenordnung für Ärzte

GOÄ – nun doch auf der Zielgeraden?

Seit 2004 (!) sitzen unsere Berufsverbands- und Fachgesellschaftsvertreter regelmäßig in Experten-Runden zur GOÄ bei der Bundesärztekammer. Nun gibt es einige Hinweise und Zeichen, die auf einen echten Fortschritt hindeuten.

Wir haben neue GOÄ-Positionen erarbeitet, die der Weiterentwicklung der Fächer Rechnung tragen, diese betriebswirtschaftlich fundiert mit Preisforderungen hinterlegt, uns im Psychiatrie-Bereich mit den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie mit den Ärztlichen und den Psychologischen Psychotherapeuten abgestimmt, und den Konsens mit den jeweiligen Fachgesellschaften hergestellt. Dieses Procedere haben wir mittlerweile bereits zum dritten Modell der Novellierung „durchgeackert“.

Der Prozess der GOÄ-Reform wurde auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg wieder einmal ausführlich dargelegt. Die Delegierten haben das dort vorgestellte Vorgehen nun mit fast einstimmiger Zustimmung positiv bewertet. Das kam zunächst überraschend – hatte sich im Vorfeld doch wieder ein deutliches Gezanke darum angedeutet.

Neu: trilaterale Gespräche

Demnächst werden als absolutes Novum „trilaterale Gespräche“ zwischen Bundesärztekammer (BÄK), privaten Krankenversicherern (PKV) und Berufsverbänden und Fachgesellschaften stattfinden. Unsere Verbände werden gemeinsam Ende September das GOÄ-Kapitel G in diesen Gesprächen vertreten. Hier werden wir nochmals Stellung beziehen können, wie und warum wir unsere Abrechnungskapitel in der GOÄ in der Art gestaltet haben, wie sie aktuell vorliegen, und wie wir uns die Bewertungen vorstellen.

Der GOÄ-Beauftragte der BÄK, Dr. Klaus Reinhardt, Bielefeld, hat in seinem aktuellen GOÄ-Rundschreiben an die Verbände folgendes Szenario entworfen:

„Die GOÄ-Novelle steht auch aus politischen Gründen unter einem gewissen Zeitdruck. Es muss uns gelingen, mit Beginn einer neuen Legislaturperiode nach den Wahlen im Herbst glaubwürdig und für das Bundesministerium für Gesundheit nachvollziehbar einen Entwurf vorzustellen, der eine politische Realisierung für das erste Halbjahr 2018 möglich erscheinen lässt. Schon während der Koalitionsverhandlungen ab Ende September wird erhebliche politische Lobbyarbeit nötig sein, um das bisherige Nebeneinander gesetzlicher und privater Krankenversicherungen in unveränderter Form zu erhalten. Die Debatte um die vermeintlichen Gerechtigkeitsdefizite im Verhältnis der beiden Systeme zueinander mit dem impliziten Vorwurf der Bevorzugung der privat Krankenversicherten hat auch Teile der bürgerlichen Parteien erreicht. Dabei ist (...) schließlich unerheblich, inwieweit diese Vorstellungen einem Fakten-Check tatsächlich standhalten. Einmal gefasste Vorurteile entfalten ihre politische Wirkung.“

Auch wenn schon häufiger darauf hingewiesen wurde – es lohnt sich, es gelegentlich zu rekapitulieren: Unabhängig davon, ob wir die Auffassung und das sicher nicht unberechtigte Gefühl haben, dass andere freie Berufe im Hinblick auf ihre Gebührenordnungen besser behandelt werden als die Ärzteschaft, gibt es keinen gesetzlich legitimierten Anspruch auf Mitwirkung an einer solchen Gebührenordnung. In der seit Jahrzehnten geltenden Fassung der Bundesärzteordnung hat der Gesetzgeber das BMG legitimiert, eine GOÄ zu erlassen. Es ist völlig in das Ermessen des BMG gestellt, ob es dabei die ärztliche Selbstverwaltung einbezieht. Aktuell ist dies der Fall, auch wenn die in diesem GOÄ-Novellierungsprozess durch das BMG gestellte

Forderung der Konsentierung mit der PKV neu ist und im Verhältnis zu anderen freien Berufen eine qualitativ verändernde Systematik darstellt. Vor diesem politischen Hintergrund sind wir gut beraten, diesen Prozess konstruktiv, umsichtig und konsequent zu Ende zu führen. Die Alternativen wären die Erstellung der GOÄ durch ein arztfremdes Institut im Auftrag des BMG oder auch die sozialrechtliche Weichenstellung zu einer Einheitsgebührenordnung, im schlimmsten Fall die Bürgerversicherung mit einem auf EBM-Basis pauschalierten Honorarsystem. Dies stellt die gesundheitspolitische Realität im Herbst 2017 dar und soll verdeutlichen, warum die verantwortungsvolle Mitarbeit aller Beteiligten wichtig und in den nächsten Monaten auch mit nicht unerheblichem Aufwand erforderlich ist.“

Katastrophe seit Jahrzehnten

Dieser Einschätzung ist wenig hinzuzufügen. Wir haben bereits vor zwei Jahren, als die BÄK aus den Reihen der ärztlichen Kollegen massiv unter Beschuss stand, dringend vor einer weiteren Verzögerung gewarnt. Denn für unsere Fachgruppen ist die derzeitige, dreißig Jahre alte GOÄ eine Katastrophe, es gibt viel zu wenige Möglichkeiten, unser psychiatrisch-psychotherapeutisches und neurologisches Tun abzubilden. Die Vergütung liegt in der Regel sogar unterhalb derer für gesetzlich Versicherte. Hier muss sich dringend etwas ändern! □

AUTORIN

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

Chronische ZNS-Erkrankungen

Neuroedukation muss in die Versorgung

Obwohl Patienten-Empowerment und Shared-Decision-Konzepte für das Outcome chronisch kranker Menschen zweifelsohne von Nutzen sind, führen diese Konzepte im praktischen Versorgungsalltag – sieht man von ambitionierten Rehabilitationszentren, vereinzelt Studienprojekten und Selbsthilfeorganisationen ab – ein Schattendasein. BDN und DGN haben deshalb eine Bestandsaufnahme und Bewertung von Neuroedukationskonzepten initiiert und möchten Neurologen dazu anregen, diese im Versorgungsalltag umzusetzen.

Der Wissenszuwachs in der Neurologie in den letzten Jahrzehnten in Diagnostik und Therapie ist immens. Es ist daher auch inzwischen ein Allgemeinplatz geworden, darauf hinzuweisen, dass sich die Neurologie zunehmend zu einem therapeutischen Fach entwickelt hat. Legt man die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaft als Kon-

glomerat der Studienlage zugrunde, so geben diese ein beeindruckendes Zeugnis von dieser Entwicklung. Gleichwohl greifen Behandlungskonzepte von Patienten mit chronischen Erkrankungen auch in der Neurologie oft zu kurz. Dem liegt ein komplexer Bias zugrunde, da therapeutische Fortschritte einen überwältigend großen Schwerpunkt in Phar-

makotherapiestudien haben, was mit den hierfür zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen und Industrieinteressen zu tun hat. Dies ist an sich auch nicht zu beanstanden, da der Patientenutzen quantitativ und qualitativ belegbar ist.

Für nicht pharmakologische Therapiestrategien ist die Datenlage weitaus nicht so komfortabel, weil die Mittelbeschaffung hier ungleich schwieriger ist und auch das Interesse geringer sein dürfte. Auch der therapeutische Versorgungsalltag wird sehr stark von diesem Ungleichgewicht geprägt. Nicht medikamentöse (und mit Einschränkung auch nicht interventionelle) Therapiestrategien sind entweder sehr viel zeitaufwändiger oder brauchen ein multiprofessionelles Setting. Die Bereitschaft, hierfür Mittel für die Forschung und Versorgung zur Verfügung zu stellen, ist deutlich geringer, obschon die Kosten, etwa verglichen mit modernen Immuntherapeutika, eher gering ausfallen.

Bestandsaufnahme und Bewertung

Der Nutzen von Strategien zum Patienten-Empowerment und von Shared-Decision-Konzepten für das aktuelle, aber auch langfristige Outcome chronisch kranker Menschen steht außer Zweifel. Dennoch führen diese Konzepte im praktischen Versorgungsalltag jenseits von ambitionierten Rehabilitationszentren, vereinzelt Studienprojekten und Selbsthilfeorganisationen ein ausgespro-



Bei vielen Krankheits-symptomen im neuropsychiatrischen Grenzbereich wie Fatigue ist der neuroedukative Ansatz wichtig, weil pharmakologische Therapien nicht verfügbar oder nicht ausreichend sind.

chenes Schattendasein. BDN und DGN haben deshalb beschlossen, eine Bestandsaufnahme und Bewertung von Neuroedukationskonzepten vorzunehmen, den Neurologen zur Verfügung zu stellen und einen Anreiz zu geben, diese im Versorgungsalltag umzusetzen. Neuroedukation könnte damit ein wichtiger Bestandteil etablierter therapeutischer Gesamtkonzepte in der Neurologie werden, die – entgegen anderer medizinischer Bereiche wie Psychiatrie, Tumor- oder Schmerztherapie – bisher keine ausreichende Verbreitung im Versorgungsalltag gefunden haben. Den Begriff Neuroedukation haben wir in Anlehnung an den Begriff der Psychoedukation als Bezeichnung für unterschiedliche Konzepte und Zielrichtungen vorgeschlagen.

Konzepte und Zielrichtungen

Konzepte zur Neuroedukation können zum einen eine mehr edukative Zielrichtung haben. Neuroedukation in diesem Sinne hilft Patienten mit chronischen ZNS-Erkrankungen, aber auch ihren Angehörigen komplizierte medizinische Fakten, Symptome und geeignete Coping-Strategien besser zu verstehen. Dadurch soll den Patienten und ihren Angehörigen geholfen werden, die wichtigsten Informationen über die Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu begreifen und nachzuvollziehen. Evidenzbasiertes Wissen kann auf diese Weise strukturiert vermittelt werden. Die eigene Erkrankung verstehen zu können ist dabei die Grundvoraussetzung für den selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung und ihre erfolgreiche Bewältigung. Das bessere Verständnis der Krankheit führt zu einer besseren Akzeptanz der Krankheit und Krankheitsfolgen. Eine Stärkung der persönlichen Ressourcen erleichtert die Entwicklung von wirksamen Bewältigungsstrategien und erhöht so die Teilhabefähigkeit.

Neuroedukation hat weiterhin das Ziel, zur Selbsthilfe und einem gesundheitsförderlichen Verhalten anzuleiten, sowie die Strategien zur Verbesserung der Krankheitsaktivität zu vermitteln. Zum anderen können Neuroedukationskonzepte neben einer patientengerechten Wissensvermittlung auch über die Inte-

Beispiel: Fatigue bei Multipler Sklerose

Fatigue bei Multipler Sklerose (MS) ist ein schwer fassbares, mit einer Prävalenz von bis zu 95 % sehr präsent und bei der Mehrheit der Patienten dominierendes Symptom. Fatigue hat gravierende Auswirkungen auf die Lebensqualität und Berufsfähigkeit der Betroffenen, die sich häufig aufgrund der Erschöpfung gezwungen sehen, ihr Arbeitspensum zu reduzieren oder ihre Beschäftigung komplett aufzugeben. Dies wiederum führt nicht selten zu Unverständnis bei Angehörigen, Kollegen und Freunden, die sich das Ausmaß der Erschöpfung einfach nicht vorstellen können und an eine willentliche Möglichkeit der Bekämpfung glauben. Als Resultat bleiben verunsicherte Patienten, die sich mehr und mehr sozial zurückziehen und in die nächste depressive Episode abrutschen. Aufgrund der einschneidenden Konsequenzen für den Alltag stellt die Fatigue oftmals körperliche Symptome wie Spastik, Gehbehinderung oder Blasenstörungen in ihrer Bedeutsamkeit in den Hintergrund.

Entgegen früherer Annahmen kann Fatigue zu allen Zeitpunkten der Erkrankung auftreten und auch als Erstsymptom oder Schub beobachtet werden. Zwei wesentliche Komponenten werden unterschieden, von denen die eine physischer (motorische Fatigue), die andere kognitiver Natur (mentale Fatigue) ist. Die Erfassung und Quantifizierung dieser beiden Aspekte ist aufgrund fehlender objektiver Außenkriterien schwierig und daher derzeit nur anhand sensitiver Selbstbeurteilungsverfahren (Fatiguefragebögen) möglich.

Die Therapie der Fatiguesymptomatik stellt allerdings ein immer noch ungelöstes Problem dar. Weder pharmakologische noch nicht pharmakologische Behandlungsansätze waren bislang in der Lage, überzeugende Abhilfe zu schaffen. Es ist daher ein prioritäres Forschungsziel, alternative Therapieansätze in ihrer Wirksamkeit zu überprüfen und in der Versorgung zu etablieren.

gration von verhaltenstherapeutischen Elementen gezielt gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen im Alltag bewirken. Gerade bei vielen Krankheitssymptomen im neuropsychiatrischen Grenzbereich, wie Fatigue (**Beispiel**), Depressionen und kognitive Beeinträchtigungen ist dieser Ansatz wichtig, weil pharmakologische Therapien nicht verfügbar oder nicht ausreichend sind. Das Gewahrwerden eigener Möglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung kann letztlich dazu beitragen den Anteil von Berentungen deutlich zu reduzieren. Den Fokus auf das zu richten, was man kann, und nicht darauf, was defizitär ist, hilft den Betroffenen, sich aus der „passiven Opferrolle“ zu lösen und in die „aktive Rolle des Bewältigers“ zu schlüpfen. Langfristig werden solche Konzepte daher auch von gesundheitsökonomischer Bedeutung sein.

Weiterentwicklung und Möglichkeiten

Das Neuroedukationsprojekt von BDN und DGN sieht zunächst eine systematische Literaturrecherche vor, um einen Überblick über bereits existierende Verfahren zu erhalten und deren Qualität bewerten zu können. Dann sollen der

Status Quo der Neuroedukation bei den wesentlichen chronischen ZNS-Erkrankungen erfasst und Defizite (wo besteht der größte Bedarf?) systematisch aufgedeckt werden, um neue Möglichkeiten der Edukation zu erkennen und weiter entwickeln zu können.

Wir würden uns freuen, wenn wir mit den Kolleginnen und Kollegen, die sich in diesem Bereich bereits engagiert haben, einen engen Austausch pflegen und wir bestehende und bereits in der Praxis erprobte Konzepte mit aufnehmen könnten. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Prof. Dr. Iris Katharina Penner, Düsseldorf

Ansprechpartnerin für das Neuroedukationsprojekt von BDN und DGN:

Prof. Dr. Iris Katharina Penner,
Cogito Zentrum und
Neurologische Klinik Düsseldorf
Merowingerplatz 1, 40225 Düsseldorf
E-Mail: ik.penner@cogito-center.com

E-Health und Telemedizin

Machen Sie mit beim telemedizinischen ZNS-Konsil!

E-Health und Telemedizin sind derzeit sicherlich die Themen, die die Versorgung in der Zukunft am nachhaltigsten prägen werden. Was tut sich zwischen atemberaubenden Visionen, ungelöster technischer und Datenschutzproblemen? Die Berufsverbände der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (BVDN, BDN und BVDP) starten zum Beispiel im Herbst als Pilotprojekt gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein und Thüringen ein Online-Konsiliarsystem.

Die (etwas) Älteren unter uns werden sich noch gut an die Zeit erinnern, als die Dokumentation in den Krankenhäusern und Praxen noch analog auf Papier erfolgte, Arztbriefe auf analoge Bänder gesprochen und in einem Sekretariat auf Schreibmaschinen getippt und Vorträge mit Dias bebildert wurden. Das ist noch gar nicht so lange her und heute nicht nur überhaupt nicht mehr vorstellbar, sondern auch in der Form nicht mehr möglich und auch nicht erlaubt.

Die Digitalisierung der Dokumentation ist nicht nur effizienter, sondern auch transparenter und gläserner geworden (Qualitäts- und Stilfragen lassen wir hier

mal außen vor). Qualitätskontrollen, Abrechnungen und Controlling wären anders gar nicht mehr machbar.

„Zweite Welle“ der Digitalisierung

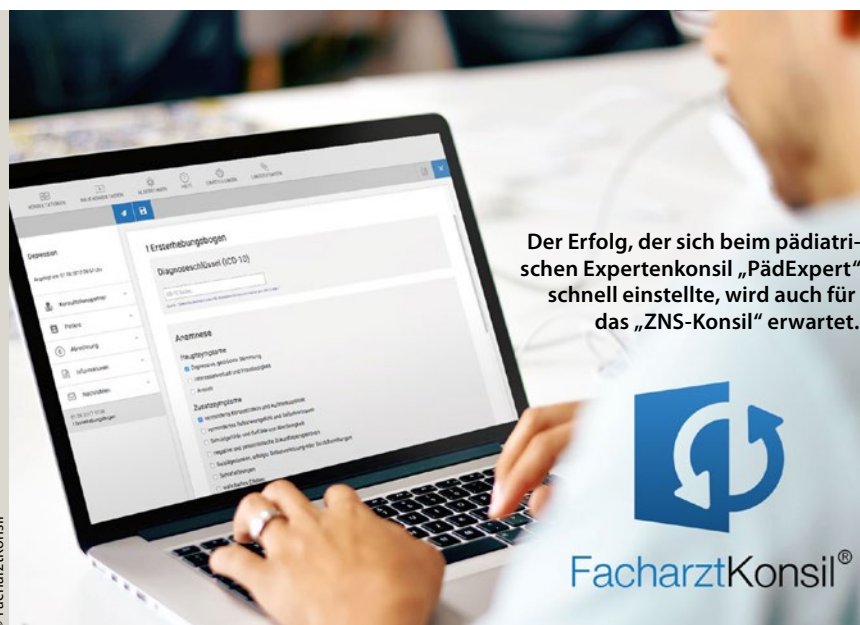
In einer „zweiten Welle“ der Digitalisierung der Medizin werden neue Medien, telemedizinische Techniken und Algorithmen zunehmend auch die Arzt-Patienten-Kontakte und die Behandlungsinhalte verändern. Dabei haben wir es auf der einen Seite mit atemberaubenden Visionen zu tun, die auf der anderen Seite durch die schnöde Realität mit noch zum Teil ungelösten Datenschutzproblemen wieder gebremst werden. Was immer

sich in den nächsten Jahren in der Mitte treffen wird, wird unseren Versorgungsalltag nachhaltig und unumkehrbar erweitern und prägen. An dieser Stelle möchten wir allerdings keinen Blick in die fernere Zukunft wagen, sondern eine Bestandsaufnahme vornehmen und über unsere aktuellen berufspolitischen Aktivitäten berichten.

Das telemedizinische Expertenkonsil der Verbände

Die Berufsverbände der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (BVDN, BDN und BVDP) starten im Herbst gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein und Thüringen das „ZNS-Konsil“. Die KV Bayern hat ebenfalls grünes Licht gegeben, Verhandlungen mit weiteren KVen laufen derzeit.

Mit diesem telemedizinischen Expertenkonsil haben Hausärzte, wie auch Ärzte aus anderen Fachrichtungen, die Patienten mit seelischen oder neurologischen Erkrankungen betreuen, die Möglichkeit, einen Experten aus den oben genannten Verbänden hinzuzuziehen, um zum Beispiel Behandlungsoptionen zu erhalten oder begonnene Therapien zu überprüfen. Diese telemedizinischen Konsultationen werden im Rahmen von Selektivverträgen attraktiv honoriert. Die Verhandlungen dazu laufen bereits mit großen Krankenkassen. Ziel des ZNS-Konsils ist es, neuropsychiatrische Erkrankungen schneller zu erkennen, die Zusammenarbeit mit den hausärztlich tätigen Ärzten zu intensivieren und



Was sagt der Gesetzgeber: Überblick zum E-Health-Gesetz

Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) trat am 29. Dezember 2015 in Kraft und hat das Ziel, Informations- und Kommunikationstechnologien in der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zu etablieren. Künftig sollen Praxen, Kliniken, Apotheken und weitere Akteure des Gesundheitssystems durch eine Telematikinfrastruktur (TI) miteinander vernetzt sein. Anwendungsmöglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telemedizin sollen weiter ausgebaut werden. Konkret beinhaltet das Gesetz folgende Punkte:

- Medikationsplan
- Telemedizinische Anwendungen
- Elektronischer Arztbrief (eArztbrief)
- Digitalisierung vereinbarter Vordrucke
- Notfalldatenmanagement
- Aktualisierung der Versichertendaten
- Praxisverwaltungssystem
- Elektronische Patientenakte

eArztbrief

Seit dem 1. Januar 2017 werden eArztbriefe finanziell gefördert. Der Arztbrief auf Papier ist im Transport langsam und zieht mehrere Medienbrüche nach sich. Fax oder eFax sind haftungs- und datenschutzrechtlich kritisch. Der eArztbrief soll hingegen eine schnelle und sichere Übermittlung medizinischer Informationen unter Klinik-, niedergelassenen Haus- und Fachärzten ermöglichen. Hierbei wird der Arztbrief wie gewohnt verfasst und anschließend direkt aus dem Primärsystem (PVS) über den Kommunikationskanal KV-Connect an den gewünschten Empfänger versendet. Anlagen, wie Befunde oder auch bewegte Bilder können zusammen mit dem eArztbrief versendet werden.

Der eArztbrief wird in einem lesbaren Format geliefert, das revisionssicher archiviert und qualifiziert elektronisch signiert werden kann. Der Empfänger kann den eArztbrief, sofern gewünscht, direkt auf Knopfdruck in seine Patientenakte übernehmen. Erstellung, Versand und Übernahme funktionieren ohne Medienbrüche und ohne Zeitverzögerung. Neu ist dabei, dass erstmals Arztbriefe zwischen Praxisverwaltungssystemen (PVS) unterschiedlicher Hersteller sicher und einfach ausgetauscht werden können.

Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

Mit dem E-Health-Gesetz wurde die verbindliche Umsetzung der eGK für verschiedene Online-Anwendungen eingeführt. Die Ärzte sind nun verpflichtet, die Versichertenstammdaten auf der Karte online zu prüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Für die Umsetzung hat der Gesetzgeber eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2018 vorgehen.

Datenaustausch über Standardschnittstelle

Standardschnittstellen sollen künftig den Datenaustausch zwischen IT-Systemen in Kliniken und Praxen vereinfachen und die Anbindung von Zusatzmodulen erleichtern. Die soll innerhalb einer verbindlichen Frist von zwei Jahren umgesetzt werden.

IT-Systeme, die in der ärztlichen Versorgung und in Kliniken zur Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Patientendaten eingesetzt werden, müssen künftig mit offenen standardisierten Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung und Übertragung dieser Dateien bei einem Systemwechsel ausgestattet sein.

Sichere Telematikinfrastruktur (TI)

Um die Online-Dienste sicher nutzen zu können, brauchen Praxen ein Zugangsgarät zur TI, den Konnektor. Vorab wurden die Technik und auch die Prozesse in einer Erprobungsphase umfassend geprüft. Nach dem erfolgreichen Abschluss der Erprobungsphase sollte der 1. Juni 2017 offiziell der Startzeitpunkt des bundesweiten Rollouts sein. In den kommenden Monaten sollen alle Praxen an die TI angebunden werden. Ärzte können über die TI auch das „Sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen“ (SNK) erreichen.

Medikationsplan in elektronischer Form

Der eMedikationsplan soll ab 2018 verfügbar sein, die Speicherung der Daten erfolgt dann mittels eGK. Ab 1. Januar 2019 müssen Ärzte in der Lage sein, den Medikationsplan auf der eGK zu aktualisieren.

Online-Videosprechstunde

Online-Videosprechstunden werden finanziell gefördert. Hierbei geht es um eine telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten, mit der die wiederholte persönliche Vorstellung in der Arztpraxis ersetzt werden kann. Die technische Umsetzung liegt bei den Anbietern der Industrie. Zur Bild- und Befundübermittlung müssen Kommunikationsdienste genutzt werden, die den Anforderungen der Informationssicherheit genügen. Dies ist mit Nachweisen zu belegen.

Ausblick

Die Fernbehandlungsmöglichkeiten sollen erweitert und Experimentierklauseln eingeführt werden. Kernstück ist hier die ePatientenakte. Auch die Pflege soll digitalisiert werden. Big Data soll für die Gesundheitsversorgung und Forschung effektiv eingesetzt werden.

schließlich auch überflüssige Facharztbesuche zu vermeiden. Insbesondere in ländlichen Gebieten sind die Wartezeiten für betroffene Patienten bei niedergelassenen Psychiatern und Neurologen sehr lang – auf der anderen Seite sind Ärzte anderer Fachgruppen häufig unsicher im Umgang mit „ZNS-Patienten“ – mit der Folge, dass diese Patienten oft ohne weitere Behandlung überwiesen werden. Gleichzeitig steigt die Zahl der Patienten mit seelischen Erkrankungen – die Zahl der neurologischen und psychiatrischen Praxen hingegen sinkt.

Zum Start des ZNS-Konsils sind folgende Indikationen vorgesehen und auch verfügbar:

Neurologie

- Gesichtsschmerz
- Epilepsie
- Parkinson
- Schlaganfallfolgen
- MS

Psychiatrie

- Depressionen
- Angststörungen
- Psychosen
- Demenz

So können Sie teilnehmen

Die Teilnahme am ZNS-Konsil ist denkbar einfach. Mitglieder von BDN, BVDN und BVDP registrieren sich auf der Seite www.facharzt-konsil.de unter Angabe der Mitgliedsnummer und der lebenslangen Arztnummer (LANR) sowie des Geburtsdatums zum Datenabgleich. Nach der Freigabe durch den Verband werden Sie von unserem Dienstleister, der Firma Monks Vertriebsges. mbH aus München, als Experte für die ZNS-Indikationen im Fachärztkonsil freigeschaltet und können nun Anfragen von Ärz-

**Buchtipp**

Elmar Trutt

Parkinson – Das Übungsbuch

144 S., 110 Abb., broschiert, Trias Verlag,

Stuttgart 2017, ISBN 9783432103396 (Buch), ISBN 9783432103419 (ePub)

Aktiv bleiben mit Parkinson

Morbus Parkinson gehört in Europa zu den häufigsten neurogenen Erkrankungen. Studien zeigen, dass körperliches Training einen positiven Effekt auf die typischen Parkinson-Symptome hat. Betroffene, die sich bewegen, erhalten und verbessern ihre Motorik und können weiteren Einschränkungen entgegenwirken. Elmar Trutt, langjährig erfahrener und leitender Physiotherapeut der Parkinson-Klinik Ortenau stellt in diesem Übungsbuch zielführende Übungen und Sportarten vor.

Egal ob in der Frühphase oder im fortgeschrittenen Stadium – zahlreiche Studien zeigen, dass durch körperliches Training die Durchblutung und die Verschaltungen im Gehirn verbessert werden. Dadurch wird die Motorik erhalten und verbessert und so kann weiteren Einschränkungen sogar entgegengewirkt werden. Patienten können selbst zur Linderung der Beschwerden wie Muskelsteifheit oder Zittern beitragen. „Die alltägliche Erfahrung und auch viele Untersuchungen zeigen, dass körperliches Training und die Schulung der Wahrnehmung beweglicher halten“, erklärt Trutt. Dabei sind körperliches Training und die Einnahme von Medikamenten keine gegensätzlichen Ansätze. Beide ergänzen einander.

„Machen Sie es dem Parkinson etwas schwerer und ärgern Sie ihn mit Bewegung“, fordert Trutt Betroffene auf. Er liefert in seinem Buch zahlreiche Empfehlungen und Übungen, mit denen Patienten und Therapeuten gute Erfahrungen gemacht haben. Betroffene können sowohl im frühen als auch im fortgeschrittenen Krankheitsstadium von Gleichgewichtsübungen, Kraft- oder Ausdauertraining profitieren. Nordic Walking beispielsweise, aber auch Spiele mit der Spielkonsole bieten die Möglichkeit, sich fit zu halten. „Wichtig ist, dass Sie nicht unzählig viele verschiedene Übungen durchführen, sondern sich einige herausuchen, die Sie regelmäßig mit Freude praktizieren“, betont der Physiotherapeut.

ten erhalten, die einen Patienten mit einer entsprechenden Indikation haben. Dabei verwenden die anfragenden Ärzte vorgegebene Eingabealgorithmen, die von Experten der genannten Verbände nach den aktuellen Leitlinien entwickelt wurden. Anhand dieser Informationen kann der konsultierte Facharzt beurteilen, ob eine Dringlichkeit vorliegt oder nicht. Selbstverständlich sind auch Rückfragen möglich. Die Antworten sollten in der Regel innerhalb von 24 Stunden erfolgen. So kann der Facharzt auf Basis der übermittelten Informationen zum Beispiel die Empfehlung geben, ob eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung zeitnah erfolgen sollte, eine stationäre Aufnahme notwendig ist oder eine abwartende Betreuung durch den Hausarzt zunächst ausreichend ist.

Telekonsil in der Pädiatrie erfolgreich gestartet

Die Erfahrungen, die die Pädiater mit dem Online-Konsiliarsystem bereits gemacht haben, sind beeindruckend. Im ihrem Konsil „PädExpert“, das seit knapp einem Jahr verfügbar ist, konnten fast 80 % der vorgestellten Fälle online gelöst werden. Vielen Patienten wurden so lange Wartezeiten und Anfahrtswege erspart. Gleichzeitig konnten komplexe Fälle dem Facharzt zielgerichtet und zeitnah zugeführt werden. Für die einfacheren Fälle, die via Konsil beim Hausarzt weiter betreut werden, erhält der Experte ein Honorar, das in der Größenordnung von etwa 40 € bis 50 € pro Anfrage liegt. Immer mehr Kinder- und Jugendärzte beteiligen sich daher an dem mehrfach preisgekrönten Expertenkonsil, und auch unsere Kollegen des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP) werden in Kürze mit eigenen Indikationen Teil des pädiatrischen Netzwerkes.

Pilotregionen Nordrhein und Thüringen

Das ZNS-Konsil startet unter der Federführung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein und Thüringen voraussichtlich im Oktober. Und auch von anderen KVen gibt es inzwischen Anfragen, das neue Konsil flächendeckend einzusetzen. Anfragende Ärzte können

aus verschiedenen Fachbereichen kommen. Auch eine Patientin mit Verdacht auf eine Depression, die beim Gynäkologen behandelt wird, kann im Konsil einem Psychiater vorgestellt werden. Insofern bietet das neue Expertenkonsil von BDN, BVDN und BVDP große Chancen für eine bessere Vernetzung nicht nur zwischen Haus- und Fachärzten, sondern auch zwischen Ärzten, die bisher vielleicht weniger Kontakte in der ambulanten Versorgung hatten.

Weitere Kooperationspartner denkbar

Diese telemedizinische Zusammenarbeit kann damit ein wichtiger Baustein für eine zukünftige wohnortnahe Versorgung sein. Denn so kommt die Expertise aus den Ballungsräumen, wo viele Fachärzte mit ihren Praxen vertreten sind, auch in die ländlichen Räume, die schon heute häufig unterversorgt sind. Gleichzeitig können die Kapazitäten in den Praxen der Neurologen und Psychiater besser genutzt werden, denn nicht alle Patienten müssen nach einem Online-Konsil zeitnah gesehen werden. Die Beurteilung der Dringlichkeit obliegt dem konsultierten Experten.

Derzeit scheint das Interesse der Krankenkassen sich auf das Hausarzt/Fachartzkonsil zu konzentrieren. Die Berufsverbände haben großes Interesse, die Konzepte auch auf innerfachärztliche Konsile zwischen Praxen, Schwerpunktpraxen, Ambulanzen und Kliniken auszuweiten. Die Vorteile liegen auf der Hand. Wir hoffen, dass wir hier nach erfolgreichem Start des ZNS-Konsil die nötige Überzeugungsarbeit leisten und die Verträge erweitern können. □

AUTOR

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Vormerken!

Das diesjährige **BDN-Forum** auf dem DGN-Kongress beschäftigt sich mit dem Thema **E-Health und Telemedizin in der Neurologie – Zukunft trifft auf Alltag in Klinik und Praxis**.

Näheres zum Programm siehe Seite 14.

Hier steht eine Anzeige.



Autoimmunenzephalitiden

Autoantikörper als Ursache neuropsychiatrischer Störungsbilder

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

HARALD PRÜSS, BERLIN

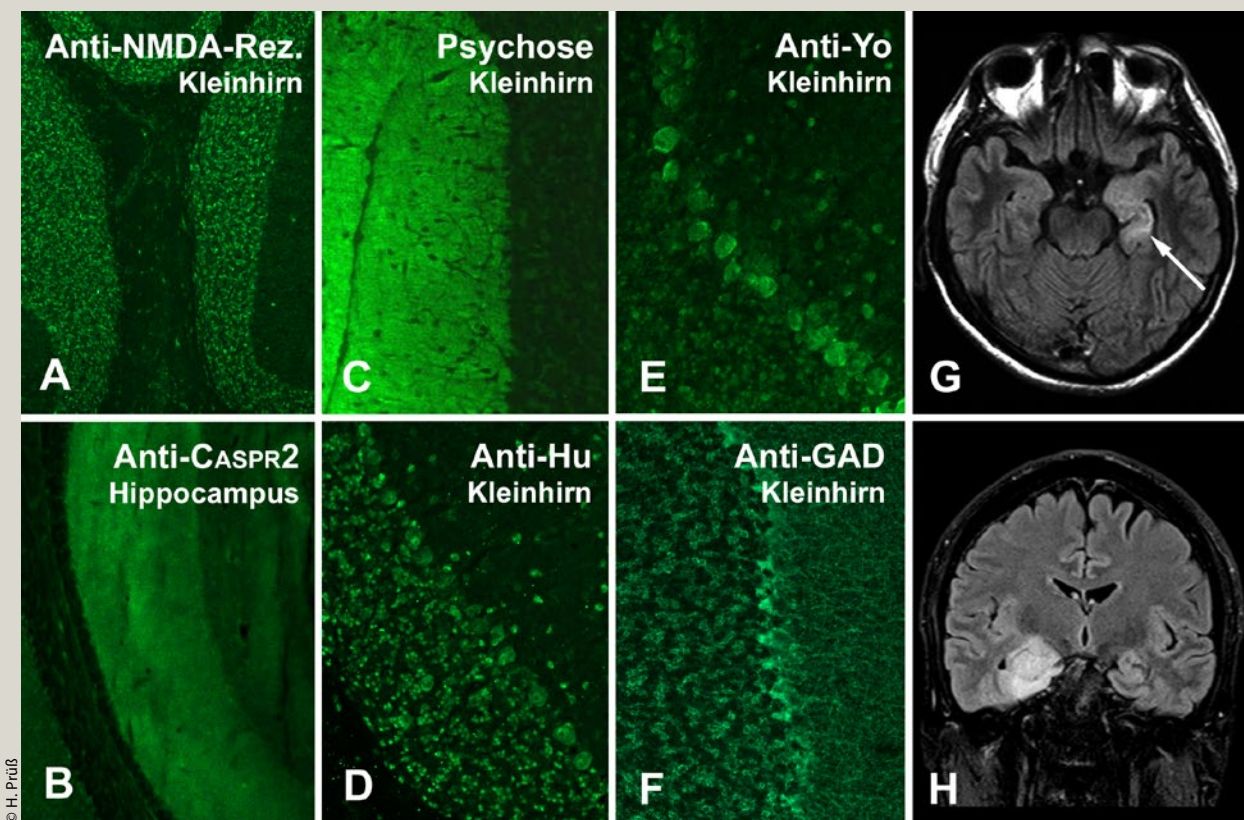


Abb. 1: Anti-neuronale Antikörper (Immunfluoreszenz) und typische MRT-Bildgebung bei limbischer Enzephalitis. Antikörper gegen neuronale Oberflächenstrukturen, z.B. gegen den NMDA-Rezeptor (A) oder Caspr2 (B) sowie gegen intrazelluläre Proteine bei den klassischen paraneoplastischen Erkrankungen wie anti-Hu (D), anti-Yo (E), oder anti-GAD (F) lassen sich auf Hirnschnitten mittels Fluoreszenzfärbungen darstellen. Auch bisher unbekannte Antikörper, z.B. gegen Kleinhirngewebe bei einer Patientin mit einer akut aufgetretenen Psychose, lassen sich so identifizieren (C). Im zerebralen MRT zeigt sich oft eine T2- oder FLAIR-Hyperintensität der mesiotemporalen Strukturen (Enzephalitis mit LGI1-Antikörpern (G)). Eine wichtige Differentialdiagnose sind intrazerebrale Tumore, z.B. niedriggradige Gliome der limbischen Hirnareale (H).

Während einige dieser „neuen“ Krankheiten bereits in die klinische Routine übergegangen sind, bestehen bei anderen noch kontroverse Überlegungen zur Pathogenität und zum potentiellen Nutzen einer zum Teil aggressiven Immuntherapie. Als Prototyp dieser Krankheitsgruppe gilt die autoimmune Enzephalitis mit Antikörpern gegen den Glutamatrezeptor vom Typ NMDA, die „Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalitis“ (NMDAR-Enzephalitis) [1, 2]. Seit der Entdeckung im Jahre 2007 sind in kürzester Zeit fast 1.000 Krankheitsfälle publiziert worden [3], detaillierte experimentelle Untersuchungen belegen den direkten pathogenen Effekt der Antikörper [4, 5, 6], (**Pathogene Antikörper**) und der Erfolg einer frühen Immuntherapie ist angesichts des großen Krankheitskollektivs inzwischen sehr klar geworden [7]. Sogar im Tierreich kommt diese Erkrankung vor, wie das Beispiel des Berliner Eisbären „Knut“ gezeigt hat [8].

Die Entwicklung der klinischen Symptomatik folgt in den meisten Fällen einem relativ stereotypen Bild (**Typische Kasuistik I**). Dabei kommt es nach Prodromalsymptomen wie Kopfschmerzen oder subfebrilen Temperaturen zu einem Syndrom mit Wahn, Halluzinationen, Suizidgedanken und Wesensänderungen, was zunächst meist zu einer Aufnahme in eine psychiatrische Klinik führt. In der weiteren Folge entwickeln sich dann bei der Mehrheit der Patienten Bewegungsstörungen, hier vor allem periorale Dyskinesien, außerdem vegetative Störungen, epileptische Anfälle und eine Hypoventilation, die bei etlichen Patienten eine erweiterte intensivtherapeutische Behandlung verlangt. Eine früh begonnene und ausreichend intensive Immuntherapie führt trotz des oft sehr schweren Krankheitsbildes zu erstaunlichen, bereits kurzfristigen Besserungen, sodass die Mehrheit der Patienten mit nur geringen neuropsychiatrischen Defiziten in Schule und Beruf zurückkehren kann [9, 10].

Diagnostik

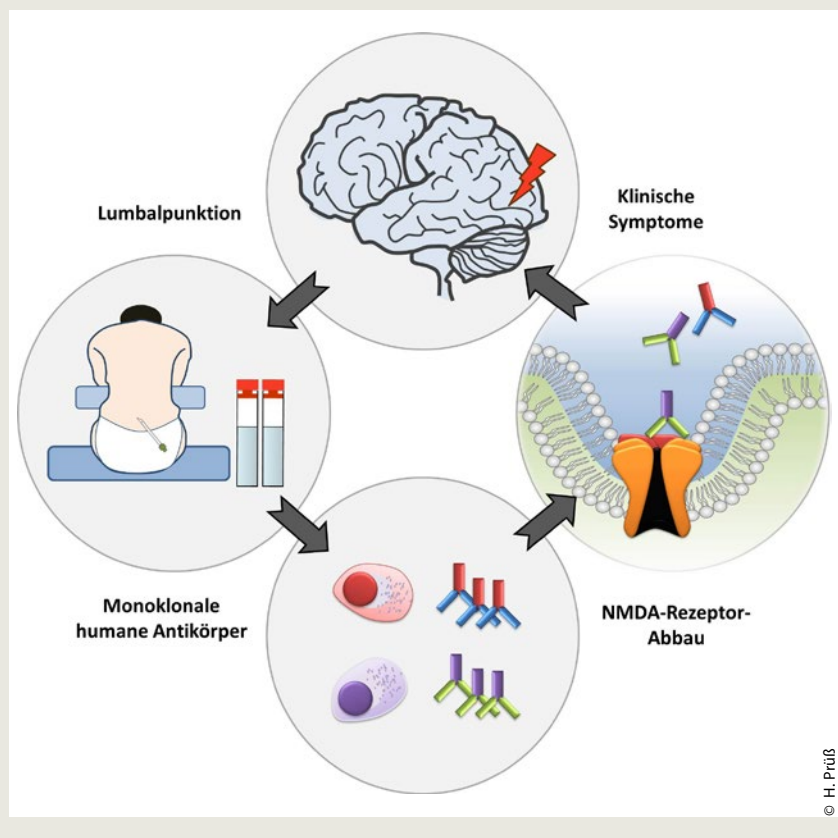
Mittlerweile kann die Diagnose relativ einfach gestellt werden [11]. Die typische Entwicklung der klinischen Symptomatik kann durch bildgebende Untersu-

chungen (üblicherweise ein MRT mit T2- und FLAIR-Wichtung [Abb. 1]), ein EEG und die Ergebnisse der Lumbalpunktion wahrscheinlich gemacht werden [3, 12]. Die Sicherung der Diagnose erfolgt dann durch den Nachweis hochspezifischer Antikörper gegen NMDA-Rezeptoren (Abb. 1), die sich in 80 bis 85% der Fälle im Blut, aber fast immer im Liquor nachweisen lassen. Dennoch dauert es nach wie vor manchmal etliche Wochen, bis

die Diagnose gestellt wird, was nicht zuletzt mit der in über 50% unauffälligen MRT-Bildgebung zu tun haben dürfte [13]. Gerade im psychiatrischen Fachgebiet kann die Diagnosestellung erschwert sein, da die Symptomatik insbesondere zu Beginn durchaus mit einer primären psychiatrischen Erkrankung oder einer Intoxikation verwechselt werden kann [14, 15, 16, 17, 18] (**Empfehlungen zur Antikörpertestung bei Psychosen**).

Pathogene Antikörper

Erst vor Kurzem ist es gelungen, die Pathogenität der NMDAR-Antikörper direkt zu beweisen [50]. Dazu wurde Liquor von Patientinnen mit einer NMDAR-Enzephalitis entnommen (links), aus diesem wurden einzelne Antikörper-produzierende Zellen isoliert und monoklonale Antikörper durch molekularbiologische Verfahren rekombinant hergestellt, der von der jeweiligen Zelle im Gehirn produziert wird (unten). Mit aufwändigen experimentellen Tests konnte gezeigt werden, dass die Antikörper allein ausreichen, um NMDA-Rezeptoren in die Nervenzelle aufzunehmen und abzubauen (rechts). Damit stehen diese wichtigen Kanalproteine für die synaptische Übertragung nicht mehr zur Verfügung und die Patienten entwickeln schwere Störungen, die von Psychosen über epileptische Anfälle bis hin zu Bewegungsstörungen und vegetativen Entgleisungen reichen (oben). Das bedeutet zum einen, dass Patienten mit dieser Antikörperform das Risiko für die Entwicklung neuropsychiatrischer Störungen tragen, zum anderen ist mit dem Nachweis der Pathogenität nun der wissenschaftliche Beleg erbracht, eine zum Teil aggressive Immuntherapie bei den betroffenen Patienten zu fordern.



„Typische Kasuistik I“: Junge Frau mit neu aufgetretener Psychose

Kurz vor der Meisterprüfung zur Friseurin zieht sich Daniela B. von ihren Freunden zurück, wirkt in sich gekehrt, fühlt sich verfolgt und ruft ihre Mutter nachts an, da sie starke Angst hat. Sind die Prüfungen doch etwas zu viel für sie? Nimmt sie etwa Drogen? Die Eltern können sich das bizarre Verhalten der stets gesunden jungen Frau nicht erklären. Am nächsten Morgen erhalten sie einen Anruf aus der Psychiatrie, Daniela habe auf der Bahnhofstraße Passanten geschlagen und auf die hinzugerufene Polizei verwirrt gewirkt. Unter Neuroleptika-Therapie mit Olanzapin werden die Beschwerden schlechter, sie ist kataton, mutistisch, ihr Puls rast, sie hat Fieber, der Krankenpfleger beobachtet einen kurzen epileptischen Anfall. Der Verdacht auf ein malignes neuroleptisches Syndrom führt zu einer Verlegung auf die Intensivstation. Es wird eine Lumbalpunktion durchgeführt, im Liquor zeigt sich eine leichte Pleozytose. Die Testung auf antineuronale Antikörper erbringt einen positiven Befund für NMDAR-Antikörper. Damit ist die Diagnose der NMDAR-Enzephalitis klar, die rasch eingeleitete Plasmapherese-Behandlung bringt bereits nach wenigen Tagen eine spürbare Besserung.

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

Neue Krankheitsbilder – Überblick

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

Die Entdeckung der Autoantikörper gegen NMDAR wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit in einigen Jahren rückblickend als eine große Innovation für Neurologie und Psychiatrie gelten. Es ist schon erstaunlich, dass mit der Beschreibung dieses Krankheitsbildes offenbar eine sehr häufige Symptomkonstellation existiert, die man zuvor nicht als solche identifizieren konnte [19]. Man darf daher die Frage stellen, ob es nicht auch in den kommenden Jahren weitere diagnostische Entdeckungen geben wird, welche die Gruppe ungeklärter neuropsychiatrischer Erkrankungen weiter reduzieren. Begonnen hatte alles mit der Beobachtung, dass Antikörper aus dem Serum und Liquor mehrerer junger Frauen mit Ovarialalterationen und limbischer Enzephalitis an die Hirnschnitte von Ratten gebunden hatten und dabei ein charakteristisches Neuropil-Färbungsmuster entlang des Hippocampus und im Kleinhirn aufzeigten [1]. Doch die NMDAR-Antikörper sind längst nicht mehr die einzigen – beispielsweise existieren Antikörper gegen spannungsgesteuerte Kaliumkanalkomplexe, gegen Glutamaterezeptoren vom Typ AMPA, GABA_A- und GABA_B-Rezeptoren und viele weitere (Tab. 1). Folgende klinische Charakteristika lassen an das jeweilige Krankheitsbild denken:

NMDAR-Enzephalitis: Neben der oben genannten typischen Evolution klinischer Symptome ist besonders die häufige Assoziation mit einem Ovarialalteration bei etwa 50% der erwachsenen Frauen charakteristisch. Bei Kindern sind Tumore allerdings wesentlich seltener. Da das Routine-MRT in mehr als 50% der Fälle unauffällig ist [13], stützt ein Normalbefund in der Bildgebung bei

Vorliegen eines schweren enzephalitischen Krankheitsbildes die Verdachtsdiagnose einer NMDAR-Enzephalitis. Für diese bisher am besten untersuchte autoimmune Enzephalitis ist mittlerweile eine klare Assoziation einer frühen und aggressiven Immuntherapie mit einem besseren Outcome dokumentiert [3], außerdem korrelieren die Antikörperspiegel im Liquor relativ gut mit dem Grad der klinischen Remission [7]. Dennoch kommen vereinzelt sehr schwere Krankheitsbilder mit monatelangem Intensivtherapieverlauf vor. Hier muss gegebenenfalls eine lange Beatmungszeit einkalkuliert werden, denn selbst nach vielen Monaten sind erstaunliche klinische Besserungen mehrfach nachgewiesen worden [20]. Eine weitere Besonderheit ist das Auftreten mono- oder oligosymptomatischer Krankheitsverläufe, von herausgehobener Relevanz sind dabei reine psychiatrische Episoden, die oft zu einer sehr verzögerten Diagnosestellung führen [14]. Trotz der prinzipiell guten Prognose unter Therapie behält die Mehrzahl der Patienten subtile Störungen von Gedächtnis, Stimmung, Aufmerksamkeit oder Affekt zurück [9, 21]. Es ist wünschenswert und auch plausibel, dass sich mit einer weiteren Beschleunigung von Diagnostik und Therapieeinleitung (im Sinne eines „Neuroimmunologischen Notfalls“) das Ausmaß dieser persistierenden Defizite noch verringern lässt.

VGKC-Komplex-Antikörper-Enzephalitis: Diese Hirnentzündung bildet nach der NMDAR-Enzephalitis die zweithäufigste Form und geht mit Antikörpern einher, die mehrheitlich an die Proteine LGI1 oder Caspr2 binden [22, 23, 24]. Diese Proteine sind mit spannungsgesteuerten Kaliumkanälen assoziiert. Durch die Identifizierung dieser Autoantigene wurde es möglich, verschiedene multisymptomatische neuropsychiatrische Krankheitsbilder nun besser zu klassifizieren. Die LGI1-Antikörper gehen vorrangig mit einer limbischen Enzephalitis mit psychiatrischen Auffälligkeiten, epileptischen Anfällen und mnestisch-kognitiven Störungen einher, hiervon sind vor allem ältere Männer betroffen (**Typische Kasuistik II**). Wenn die Enzephalitis von einer Neuromyotonie

Empfehlungen zur Antikörpertestung bei Psychosen

Die folgenden Symptome bei der Erstmanifestation einer Psychose sollten daran denken lassen, dass auch bei Patienten mit vermutlich primär psychiatrischer Erkrankung autoimmune Mechanismen eine Rolle spielen könnten [14, 16, 17, 18]: autonome Störungen, Bewegungsstörungen, Bewusstseinsstörungen, Hyponatriämie, eine rasche Progression, katatone Symptome, das Vorliegen anderer Autoimmunerkrankungen (z.B. Hashimoto-Schilddrüsenerkrankung) oder fokale neurologische Defizite. Eine Testung auf Antikörper sollte ferner immer erfolgen, wenn bereits Auffälligkeiten in der MRT-Bildgebung (mesiotemporale Hyperintensitäten, Atrophiemuster), im Liquor (Pleozytose, deutliche Eiweißerhöhung) oder im EEG (Allgemeinveränderungen, Herdbefund) vorliegen oder ein hochakutes Krankheitsbild besteht.

Tab. 1: Die wichtigsten Formen autoimmuner Enzephalitiden mit spezifischen Antikörpern gegen neuronale Oberflächenproteine

Antigen	Klinische Zeichen	Besonderheiten	Altersverteilung	Tumor	Therapie	Referenzen
NMDA-Rezeptor	Schizophreniforme Psychose, periorale Dyskinesien, epileptische Anfälle, Koma, Dystonie, Hypoventilation	Zerebrales MRT oft unauffällig, meist Pleozytose im Liquor, Verlangsamung im EEG	Alle Altersgruppen, Gipfel im Kindes- und Jugendalter, 75% Frauen	Bei Frauen oft Ovarialteratome	IVIGs, Plasmapherese, Rituximab, ggf. Cyclophosphamid, schwere Verläufe mit Rückfällen möglich	[1–3, 9, 12]
LGI1	Faziobrachiale dystone Anfälle, Amnesie, Psychose	mesiotemporale Hyperintensität im MRT, Hyponatriämie	Ältere Erwachsene (>40 Jahre)	Selten	Hochdosierte Steroide ggf. ausreichend, manchmal über Monate erforderlich	[22, 23, 24]
Caspr2	Neuromyotonie, Morvan-Syndrom	Ähnlich LGI1, keine Hyponatriämie	Ältere Erwachsene	Thymom möglich	Steroide, Rituximab, Cyclophosphamid, ungünstige Prognose	[22, 23, 25]
AMPA-Rezeptor	Epileptische Anfälle Gedächtnisstörungen, Psychose	Liquor meist auffällig	Erwachsene	Selten (Thymom)	Steroide, Rituximab, Cyclophosphamid, ungünstige Prognose häufig Rückfälle	[51, 52]
DPPX	Limische Enzephalitis, Mutismus, Wahn	Therapierefraktäre Diarrhöen	Ältere Erwachsene	Nicht bekannt	Ansprechen auf Therapie beschrieben	[33, 53]
GABA _B -Rezeptor	Epileptische Anfälle sind führend, Gedächtnisstörungen	Pleozytose, MRT-Veränderungen	Erwachsene	Vor allem kleinzelliges Bronchialkarzinom	Ansprechen auf Therapie beschrieben	[26, 27]
mGluR5	Wesensänderung, emotionale Instabilität	Ophelia-Syndrom	Junge Erwachsene	Hodgkin-Lymphom	Ansprechen auf Therapie beschrieben	[31, 32]
Glyzin-Rezeptor	Kognitive Defizite, Hyperexzitabilität	PERM, Stiff-Person-Syndrom	Ältere Erwachsene	Selten	Ansprechen auf Therapie beschrieben	[29, 30]

begleitet wird, spricht man vom Morvan-Syndrom, häufig liegen dann Caspr2-Antikörper vor [25]. Die Prognose ist mehrheitlich gut, auch hier ist eine Immuntherapie unverzüglich zu beginnen, in vielen Fällen führt eine gewichtsadaptierte Steroidgabe über mehrere Wochen zur schnellen Besserung, allerdings können deutliche Gedächtnisstörungen durch die Hippocampus-Beteiligung zurückbleiben. Der limbischen Enzephalitis mit LGI1-Antikörpern gehen häufig sogenannte faziobrachiale dystone Anfälle (FBDS) voraus, bei denen es zu ipsi- oder bilateralen kurzzeitigen Zuckungen von Gesicht und Arm kommt [22]. In vielen Fällen bestehen zusätzliche (aber auch isolierte) sensible Attacken, die durch apparative Diagnostik nicht gesichert werden können und gehäuft zur Fehldiagnose einer psychosomatischen oder dissoziativen Störung geführt haben. Eine Antikörperdiagnostik ist in diesem Stadium extrem wichtig,

da sich bei einem sonst zu erwartenden Übergang in die limbische Enzephalitis die gesamte Prognose dramatisch verschlechtert, insbesondere hinsichtlich persistierender schwerster Gedächtnisstörungen [24].

GABA-Rezeptor-Antikörper-Enzephalitis: Die zunächst entdeckten Antikörper gegen GABA_B-Rezeptoren lassen insbesondere an ein zugrunde liegendes Bronchialkarzinom denken. Bei den Patienten mit einer assoziierten Enzephalitis stehen epileptische Anfälle oft im Vordergrund [26, 27]. Dies gilt in besonderer Weise auch für die Enzephalitis mit Antikörpern gegen GABA_A-Rezeptoren, bei denen therapierefraktäre Status charakteristisch sind [28].

Glycin-Rezeptor-Antikörper-Enzephalitis: Da es sich bei diesem Zielantigen um einen wesentlichen inhibitorischen Neurotransmitter handelt, führt eine

Immunreaktion gegen diesen Rezeptor zu überschießender neuronaler Aktivität. Das klinische Bild wird entsprechend als Hyperekplexie bezeichnet. Kürzlich wurden auch bei etwa 10% von Patienten mit Stiff-Person-Syndrom diese Antikörper nachgewiesen [29, 30].

Enzephalitis mit Antikörpern gegen den metabotropen Glutamaterezeptor 5 (mGluR5): Das Krankheitsbild dieser limbischen Enzephalitis war zunächst immer in Assoziation mit einem Hodgkin-Lymphom beschrieben worden (Ophelia-Syndrom) [31]. Wie bei den anderen spezifischen Enzephalitis-Formen sind mittlerweile auch nicht paraneoplastische Verläufe dokumentiert worden [32].

Enzephalitis mit Antikörpern gegen DPPX: Die bisher publizierten Patienten hatten häufig zunächst eine internistisch nicht zu klärende therapierefraktäre Di-

„Typische Kasuistik II“:**Wesensänderung und Hyponatriämie**

Der 70-jährige Rentner Horst K. fühlt sich bei der Gartenarbeit benommen und innerlich unruhig. Schon zum vierten Mal heute fällt ihm etwas aus der linken Hand, da der Arm kurz gezuckt hat. Der vermutete hohe Blutdruck lässt sich beim Hausarzt nicht bestätigen, in der Routine-Blutentnahme fällt aber eine Hyponatriämie von 125 mmol/l auf. Salzttabletten helfen nicht. Stattdessen schläft er immer schlechter, läuft nachts ruhelos umher und steht lange am offenen Fenster. Als er seine Frau nicht erkennt, ruft diese den Notarzt. Das CT in der Rettungsstelle ist unauffällig, wegen Desorientierung und Denkstörungen wird er auf die neurologische Station aufgenommen. Das cMRT zeigt bilaterale Hyperintensitäten im Sinne einer limbischen Enzephalitis. Die mehrsekündigen Zuckungen im linken Arm nehmen deutlich zu, auch das linke Gesicht ist betroffen. Die Suche nach Autoantikörpern ergibt Antikörper gegen LGI1, womit sich sowohl die charakteristische Hyponatriämie als auch die Wesensänderungen und meist halbseitigen faziobrachialen dystonen Anfälle (FBDS) erklären lassen. Eine sofortige Hochdosis-Steroidtherapie führt schon nach 24 Stunden zu einem Sistieren der FBDS, die Wesensänderung bessert sich im Laufe der ersten Woche.

arrhö mit erheblichem Gewichtsverlust. Erst später trat dann eine Immuntherapie-responsive Enzephalitis mit Tremor, epileptischen Anfällen und Myoklonien hinzu [33].

Enzephalitis mit Antikörpern gegen intrazelluläre Proteine (Hu, Yo, Ri, Ma2): Angesichts der dramatischen Entwick-

lung mit neuen Antikörpern gegen neuronale Oberflächenproteine sind die klassischen paraneoplastischen Krankheitsbilder etwas in den Hintergrund gerückt [34]. Sollte eine limbische Enzephalitis, also die Kombination aus Wesensänderungen, epileptischen Anfällen, Psychosyndrom und mnестischen Störungen, mit dem Vorhandensein dieser Antikörper (**Abb. 1**) assoziiert sein, dann ist zu nahezu 100% von einer zugrunde liegenden Tumorerkrankung auszugehen [35]. In diesem Fall muss alles unternommen werden, den Tumor zu identifizieren und zu entfernen, häufig liegen kleinzellige Bronchialkarzinome, Mammakarzinome oder Ovarialkarzinome vor. Die Prognose ist hier wesentlich ungünstiger, und selbst trotz einer intensivierten Immuntherapie lassen sich nur partielle oder transiente Besserungen erreichen [36]. Ob eine frühere Diagnostik und deutlich aggressivere Immuntherapie den frühen Schädigungsprozess (der weniger durch Antikörper als mehr durch zytotoxische T-Zellen vermittelt wird) aufhalten kann, werden weitere Studien zeigen müssen.

Wie spezifisch sind die Antikörper?

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

Die Spezifität der Antikörper wird allgemein hinsichtlich zwei verschiedener Kategorien betrachtet. Zum einen ist die Vorhersagekraft für einen assoziierten Tumor relevant. Hier ist bei Antikörpern gegen intrazelluläre Proteine von einer extrem hohen Tumorstärke auszugehen, bei Antikörpern gegen neuronale Oberflächenproteine ist das seltener, insbesondere bei Patienten mit lim-

bischer Enzephalitis und LGI1- oder DPPX-Antikörpern sind Tumore eine Seltenheit [12].

Die zweite Kategorie bezieht sich auf die spezifische Assoziation des Antikörpers mit einem charakteristischen neuropsychiatrischen Syndrom [37]. Die höchste Spezifität haben hier Liquor-Antikörper vom IgG-Isotyp gegen NMDA-Rezeptoren, die immer für eine NMDAR-Enzephalitis stehen. Neueste klinisch-experimentelle Daten konnten nun den Beweis erbringen, dass es die Antikörper selbst sind, die zur Reduktion von synaptischen NMDA-Rezeptoren und zu entsprechenden Funktionsstörungen der Nervenzellen führen (**Pathogene Antikörper**).

Anders sieht es bei den Antikörpern gegen NMDA-Rezeptoren vom IgA- oder IgM-Isotyp aus. Obwohl IgA-Antikörper reproduzierbar mit einer Form von Immuntherapie-responsiven kognitiven Störungen einhergehen [38, 39], finden sie sich auch zu mehreren Prozent bei Blutspendern und bei Patienten mit multiplen neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen [40, 41]. Für die Beurteilung eines potentiellen Therapieeffekts sollten bei diesen Patienten daher immer weitere klinische Faktoren hinzugezogen werden oder sehr hohe IgA-/IgM-Antikörperspiegel vorliegen (zum Beispiel > 1:1000). Analog gibt es kritische Stimmen zur klinischen Relevanz niedrigtitriger Antikörper gegen spannungsgesteuerte Kaliumkanäle als Biomarker einer zugrunde liegenden Erkrankung [42, 43]. Kontroverse Ansichten bestehen ferner zum Stellenwert von VGKC-Komplex-Antikörpern ohne den Nachweis von LGI1 oder Caspr2, auch wenn nach unserer Erfahrung diese Antikörper ebenfalls mit iktalen Phänomenen mnестischer Störungen einhergehen können [44].

Darüber hinaus gibt es Patienten mit noch nicht näher charakterisierten Antikörpern, bei denen sich in der Färbung von Hirnschnitten teilweise spezifische Muster in Hippocampus oder Kleinhirn zeigen (**Abb. 1C**). Sollte der klinische Verlauf in diesen Fällen eine autoimmunologische Erkrankung denkbar erscheinen lassen, ist auch hier eine ausreichend aggressive Immuntherapie zu versuchen.

Antikörperdiagnostik

Antikörper gegen neuronale Oberflächenproteine werden mittlerweile standardmäßig in Zellbasierten Tests bestimmt [12, 48]. Dabei handelt es sich um nicht neuronale Zelllinien (HEK293), die genetisch so verändert wurden, dass sie das jeweils relevante Zielantigen auf ihrer Oberfläche exprimieren. Gibt man Serum oder Liquor betroffener Patienten dazu, dann färben sich genau die Zellen an, gegen deren künstlich eingeschleustes Antigen die Betroffenen Antikörper entwickelt haben. Sensitivität und Spezifität des Verfahrens sind sehr hoch und der Nachweis der Antikörper gilt im Kontext der klinischen Symptomatik als beweisend für eine Enzephalitis. Es sollte idealerweise eine Testung auf mehrere Antikörper erfolgen, zumindest aber auf die beiden häufigsten, NMDAR- und VGKC-Komplex-Antikörper (LGI1, Caspr2).

„Typische Kasuistik III“: Rückfall einer Herpes-Enzephalitis?

Vor etwa 5 Wochen hatte der 34-jährige Norbert P. wegen einer Herpes-Enzephalitis epileptische Anfälle, Orientierungs- und Gedächtnisstörungen entwickelt. Das cMRT zeigte damals bilaterale temporale Hyperintensitäten, die PCR für HSV-1 aus dem Liquor bestätigte die Verdachtsdiagnose, er erhielt Aciclovir für 14 Tage. In der Reha ging es rasch aufwärts, lediglich die Gedächtnisstörungen beeinträchtigten ihn noch. Doch seit 2 bis 3 Tagen kam es zu einer Verschlechterung, die wie ein Rückfall der Herpes-Enzephalitis aussah, wieder war er verwirrt, desorientiert, beging Fehlhandlungen und halluzinierte. Sofort erhielt er wieder Aciclovir, überraschenderweise war aber die Liquor-PCR für HSV-1 dieses Mal negativ. Die Suche nach Autoantikörpern ergab hochtitrige Spiegel für NMDA-R-Antikörper. Die Behandlung mit Kortison und Immunglobulinen führte innerhalb weniger Tage zu einer deutlichen Besserung der Wesensänderung und psychotischen Symptome auf das Niveau vor dem Enzephalitis-„Rückfall“. Postvirale Autoimmunenzephalitiden sind inzwischen nicht nur nach HSV-1-Infektion, sondern auch bei etlichen weiteren Viren beschrieben (VZV, HIV, EBV, HHV-6, Enteroviren). Dabei können unterschiedliche Autoantikörper auftreten (z.B. gegen GABA- und AMPA-Rezeptoren) [46].

Befund unauffällig – trotzdem krank?

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

Ein Dilemma besteht darin, dass die Testung von Liquor oder Serum auf das Vorliegen neuronaler Autoantikörper in der Regel nur dann erfolgt, wenn ein ohnehin suggestives klinisches Bild vorliegt. Damit lässt sich naturgemäß die Wahrscheinlichkeit eines positiven Antikörperbefundes erhöhen, auf der anderen Seite steigt aber die Gefahr, monosymptomatische oder atypische Verläufe zu übersehen und Patienten mit einer potentiell Immuntherapie-responsiven Enzephalitis eine echte Heilungsoption vorzuenthalten. Die Schwierigkeit wird dadurch noch verstärkt, dass unauffällige Laborparameter oder MRT-Bilder als

Ausschlusskriterium einer autoimmunen Hirnentzündung gewertet werden und dann keine Antikörpertestung stattfindet. Dabei ist, wie oben beschrieben, beispielsweise bei der NMDAR-Enzephalitis in mehr als der Hälfte der Fälle die Routine-Bildgebung unauffällig [3, 13].

Ähnlich verhält es sich bei der LGI1-Enzephalitis mit ca. 40% unauffälligen Hirnschnittbildern [22, 45]. Bei dieser Erkrankung kommt noch hinzu, dass der Liquor hinsichtlich der Basisparameter (Zellzahl, Eiweiß, Laktat) oft unauffällig ist, obwohl hier Befunde hochtitriger LGI1-Antikörper gut möglich sind. Mittelfristig ist daher absehbar, dass die Antikörpertestung durch die wachsende Verfügbarkeit häufiger durchgeführt werden wird, insbesondere vor dem Hintergrund ständig neuer definierter Antigene.

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

Klinische Symptomatik nicht eindeutig

Die klinische Symptomatik kann Ausdruck verschiedener neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen sein

Auch wenn das Vollbild bestimmter Enzephalitiden bereits klinisch eine eindeutige Diagnose zulässt (z.B. periorale Dyskinesien bei NMDAR-Enzephalitis-Patienten auf einer Intensivstation oder faziobrachiale dystone Anfällen bei LGI1-Antikörpern), die nur noch durch den Nachweis der Antikörper verifiziert

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

werden muss, haben doch die meisten oligosymptomatischen Verläufe eine breite Überlappung mit anderen etablierten Krankheitsbildern [2, 9, 12].

So sind epileptische Anfälle natürlich auch möglicher Ausdruck einer infektiologischen Hirnerkrankung, einer metabolischen Störung oder einer angeborenen Epilepsie. Dabei sind Halluzinationen, Wahn und Wesensänderun-

gen natürlich viel häufiger Folge einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Störung als einer Enzephalitis. Fokale neurologische Zeichen können Ausdruck einer zerebralen Ischämie, eines Tumors oder multipler Systemerkrankungen mit zerebraler Beteiligung sein. Für ein mildes entzündliches Liquorsyndrom kommen auch eine Vaskulitis, rheumatische Erkrankungen oder

eine Multiple Sklerose infrage. Nicht zuletzt können primär neurodegenerative oder Prionen-Erkrankungen vielgestaltige Auffälligkeiten in EEG, MRT, Liquor und Klinik erzeugen, die prinzipiell auch mit einer autoimmunen Enzephalitis vereinbar sind. Daher ist häufig, zumindest nach dem Ausschluss wahrscheinlicher Ursachen, auch die Möglichkeit einer paraneoplastischen oder anderen autoimmunen Hirnentzündung zu prüfen.

Eine Besonderheit stellt die kürzlich beschriebene Assoziation von IgA-Antikörpern gegen NMDA-Rezeptoren mit einer langsam progredienten kognitiven Störung dar. Patienten mit klinisch nicht eindeutig zugeordneter Demenz hatten gehäuft IgA-Antikörper, die im Kontakt mit hippocampalen Nervenzellen zu einer Herunterregulation von NMDA-Rezeptoren und weiteren synaptischen Proteinen führten [38, 39]. Erste Therapieversuche zeigen, dass bei einem Teil dieser Patienten offensichtlich eine Immuntherapie-responsive Demenz vorliegt. Da aus laufenden Studien hervorgeht, dass der klinische Phänotyp sich oftmals nicht sicher von einer frontotemporalen Demenz oder Alzheimer-Erkrankung unterscheiden lässt, gibt es keine eindeutigen klinischen oder bildgebenden Parameter, die eine autoimmunologische Beteiligung sicher ausschließen.

Aufgrund der Präferenz der Herpes-simplex-Virus-Enzephalitis (HSE) für die Schläfenlappen ist diese Enzephalitis eine sehr wichtige Differentialdiagnose in der Akutphase, und viele Patienten mit einer Autoimmunenzephalitis werden zunächst kalkuliert mit Aciclovir behandelt (**Typische Kasuistik III**). Nach neueren eigenen Beobachtungen können Viruserkrankungen des Gehirns, allen voran die HSE, nach wenigen Wochen zu einer sekundären Autoimmunenzephalitis führen [40, 46]. Da 20% der HSE-Patienten NMDAR-Antikörper entwickeln und je nach Alter choreoathetotische Bewegungsstörungen (bei Kindern) oder psychiatrische und Gedächtnisstörungen (bei Erwachsenen) zeigen, muss aktiv nach diesen post-HSE-Symptomen gefahndet werden, um eine schnelle und wirksame Behandlung zu sichern.

Therapie

Die größte Schwierigkeit bei der Entscheidung für eine Immuntherapie besteht bei mono- oder oligosymptomatischen Krankheitsverläufen, insbesondere bei rein psychiatrischer Manifestation einer Enzephalitis. Bestehen weitergehende Symptome, z.B. epileptische Anfälle, Dyskinesien, vegetative Störungen oder Bewusstseinsstörungen, sollte unmittelbar mit einer Immuntherapie begonnen werden [3, 7, 12, 19]. Üblich ist eine Behandlung mit hochdosierten Steroiden, zum Beispiel 5 Tage à 1000 mg Methylprednisolon i.v., sowie einer begleitenden Behandlung mit Plasmapherese oder Immunglobulinen. Sollte sich hierunter nicht innerhalb von 2 bis 3 Wochen eine erkennbare Besserung zeigen, ist eine Erweiterung der Therapie, vorzugsweise mit Rituximab, zu erwägen. Alternative Therapieversuche, die bei mehreren Patienten mit einer klinischen Besserung assoziiert waren, umfassen die Gabe von Cyclophosphamid oder Methotrexat. Bei therapierefraktären Verläufen scheint der Proteasom-Inhibitor Bortezomib eine wirksame Alternative zu sein [49]. Mittlerweile belegen mehrere klinische Studien einen direkten Zusammenhang zwischen einer frühen und ausreichend aggressiven Immuntherapie und einer guten Langzeitprognose. Zur Therapiekontrolle sind neben der neurologischen und psychiatrischen Untersuchung insbesondere neuropsychologische Testverfahren besonders geeignet, auch neuere diagnostische Möglichkeiten der funktionellen MRT-Bildgebung gewinnen zunehmend an Bedeutung [13, 21].

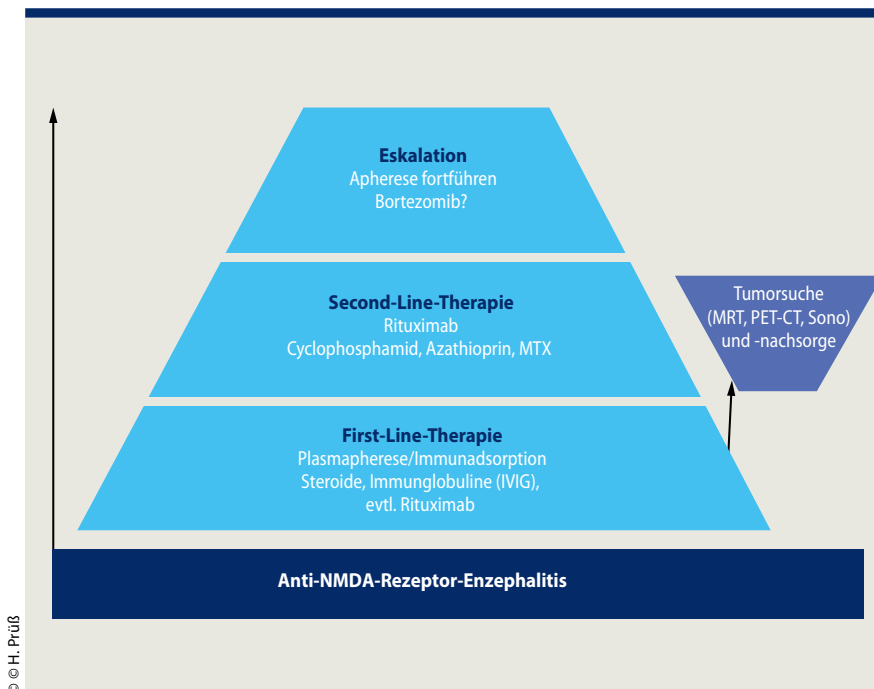


Abb. 2: Immuntherapie am Beispiel der Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalitis.

Keine Besserung nach kurzfristiger Immuntherapie

Eine fehlende Besserung nach einer kurzfristigen Immuntherapie schließt keineswegs eine zu Grunde liegende Antikörpervermittelte neuropsychiatrische Erkrankung aus.

Eine weitere Herausforderung in der Diagnostik und Therapie Antikörpervermittelter Erkrankungen sind die nur partiell etablierten Entscheidungspfade zur First-line- oder Second-line-Immuntherapie (**Therapie**) (**Abb. 2**).

Zusätzlich kommt es vor, dass bei fehlendem Nachweis eines Autoantikörpers oder nur niedrigem Titer zwar eine immunvermittelte Hirnerkrankung aufgrund der Klinik berücksichtigt wird, die ausbleibende Besserung unter einer dreitägigen Steroidpuls-therapie aber als Beleg dient, dass es sich hier folglich nicht um eine Immuntherapie-responsive Erkrankung handeln kann. Demgegenüber sind aber Fälle dokumentiert, bei denen eine Immuntherapie erst nach mehreren Wochen zu einer Besserung führte und bei denen sich die Besserung dann noch über etliche Monate fortsetzte, obwohl zunächst die Diagnose einer primär neurodegenerativen Erkrankungen gestellt wurde [47].

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

Dafür spricht auch, dass die First-line-Therapie (zum Beispiel mit Steroiden, intravenöser Gabe von Immunglobulinen (IVIG), Plasmaaustausch oder Rituximab) in aller Regel gut verträglich ist [3]. Nicht zuletzt belegt die wachsende Zahl gut dokumentierter Fälle, welchen Unterschied die Re-Klassifizierung einer katatonen paranoiden Schizophrenie in eine behandelbare autoimmune Enzephalitis für den Patienten ausmacht [18].

Fazit für die Praxis

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

AUTOR

PD Dr. med. Harald Prüss

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Berlin und Klinik und Poliklinik für Neurologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
E-Mail: harald.pruess@charite.de

Dieser Beitrag ist eine aktualisierte Version des Artikels von H. Prüss erschienen in NeuroTransmitter 2/2015.

Literatur

1. Dalmau J et al. Ann Neurol 2007; 61 (1): 25–36
2. Prüss H et al. Nervenarzt 2010; 81: 396–406
3. Titulaer MJ et al. Lancet Neurol 2013; 12: 157–65
4. Moscato EH et al. Ann Neurol 2014; 76: 108–19
5. Hughes EG et al. J Neurosci 2010; 30 (17): 5866–75
6. Volz MS et al. Ann Clin Transl Neurol 2016; 3 (2): 101–13
7. Gresa-Arribas N et al. Lancet Neurol 2014; 13 (2): 167–77

8. Prüss H et al. Sci Rep 2015; 5: 12805
9. Peery HE et al. Autoimmun Rev 2012; 11 (12): 863–72
10. Prüss H et al. Neurology 2010; 75 (19): 1735–9
11. Graus F et al. Lancet Neurol 2016; 15: 391–404
12. Prüss H. Akt Neurol 2013; 40: 127–36
13. Finke C et al. Biol Psychiatry 2016; 79: 727–34
14. Zandi MS et al. J Neurol 2011; 258 (4): 686–8
15. Tsutsui K et al. BMC Psychiatry 2012; 12: 37
16. Steiner J et al. JAMA Psychiatry 2013; 70 (3): 271–8
17. Kayser MS et al. JAMA Neurol 2013; 70: 1133–9
18. Herken J, Prüss H. Front Psychiatry 2017; 8: 25
19. Dalmau J et al. Lancet Neurol 2011; 10: 63–74
20. Frechette ES et al. Neurology 2011; 76 (7 Suppl 2): S64–66
21. Finke C et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2011; 83 (2): 195–8
22. Irani SR et al. Brain 2010; 133 (9): 2734–48
23. Lai M et al. Lancet Neurol 2010; 9 (8): 776–85
24. Irani SR et al. Brain 2013; 136 (Pt 10): 3151–62
25. Irani SR et al. Ann Neurol 2012; 72 (2): 241–55
26. Boronat A et al. Neurology 2011; 76: 795–800
27. Höftberger R et al. Neurology 2013; 81 (17): 1500–6
28. Petit-Pedrol M et al. Lancet Neurol 2014; 13 (3): 276–86
29. Hutchinson M et al. Neurology 2008; 71 (16): 1291–2
30. McKeon A et al. JAMA Neurol 2013; 70: 44–50
31. Lancaster E et al. Neurology 2011; 77 (18): 1698–1701
32. Prüss H et al. Neurology 2014; 83 (15): 1384–6
33. Boronat A et al. Ann Neurol 2013; 73 (1): 120–8
34. Darnell RB, Posner JB. N Engl J Med 2003; 349 (16): 1543–54
35. Graus F et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004; 75 (8): 1135–40
36. Honnorat J et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009; 80 (4): 412–6
37. Lang K, Prüss H. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm 2017; 4 (5): e386
38. Prüss H et al. Neurology 2012; 78: 1743–53
39. Doss S et al. Ann Clin Transl Neurol 2014; 1 (10): 822–32
40. Prüss H et al. Annals of Neurology 2012; 72 (6): 902–11
41. Hammer C et al. Mol Psychiatry 2013; doi: 10.1038/mp.2013.110
42. Paterson RW et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014; 85: 625–30
43. Meeusen JW et al. Neurology 2012; 79 (17): 1824–5
44. Prüss H, Lennox BR. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2016; 87 (11): 1242–7
45. Heine J et al. Neuroscience 2015; 309: 68–83
46. Prüss H. Curr Opin Neurol 2017; 30 (3): 327–33
47. McKeon A et al. Arch Neurol 2007; 64: 1528–30
48. Stöcker W et al. Nervenarzt 2013; 84: 471–6
49. Scheibe F et al. Neurology 2017; 88: 366–70
50. Kreye J et al. Brain 2016; 139 (Pt 10): 2641–52
51. Lai M et al. Ann Neurol 2009; 65 (4): 424–34
52. Bataller L et al. Neurology 2010; 74 (3): 265–7
53. Balint B et al. Neurology 2014; 82 (17): 1521–8

Chronische psychische Störungen

Schematherapie – ein Verfahren der „3. Welle“ kognitiver Verhaltenstherapie

Die Schematherapie stellt ein Verfahren der „3. Welle“ der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) insbesondere für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und chronifizierten Achse-I-Störungen dar. Sie verbindet KVT mit zentralen psychodynamischen Konzepten sowie gestalttherapeutischen und erlebnisorientierten therapeutischen Techniken. Randomisierte Studien zeigen eine Wirksamkeit bei Persönlichkeitsstörungen, vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im klinischen Alltag wird Schematherapie zudem bei den verschiedensten hartnäckigen Problemen und bei Blockaden in der Behandlung als hilfreich empfunden. Wichtig ist dabei immer ein biografischer Bezug im Erklärungsmodell.

GITTA A. JACOB, ALEXANDRA WIDMER, HAMBURG, KLAUS LIEB, MAINZ

Die Schematherapie wurde von Jeffrey Young ursprünglich für Patienten entwickelt, die auf klassische kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ungenügend ansprachen [1]. Dabei handelte es sich um Patienten, die in

der Behandlung passiv blieben, starke Widerstände entwickelten, interpersonell schwierig waren oder einen Behandlungsfortschritt durch andere problematische Muster erschwerten. Diagnostisch lagen oft Persönlichkeitsstörungen oder

-akzentuierungen vor. Young verwendete das Schemakzept, um diese problematischen Muster abzubilden und zu erklären. Dabei ergänzte er das klassische KVT-Vorgehen um Konzepte der Bindungstheorie [2] und integrierte Kon-



Funktionale Modi beschreiben gesundes und funktionales Erleben und Verhalten. Im Modus des glücklichen Kindes wird zudem Spaß, Freude und Spiel abgebildet.

zepte, die an das tiefenpsychologische Vorgehen und beispielsweise die Transaktionsanalyse [3] erinnern, ohne sich jedoch sehr explizit auf diese zu beziehen. Technisch setzte er vor allem auf humanistische, gestalttherapeutische, erlebnisfokussierte Techniken. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass der Kern des problematischen Erlebens negative Gefühle sind, die am besten durch diese Techniken gebessert werden können. Auf das Schemakonzept aufbauend entwickelte er den Schemamodusansatz für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen [1]. Dieser Ansatz wurde durch die Arbeitsgruppe um Arntz beforscht und weiterentwickelt [4, 5, 6, 7]. Da alle größeren Wirksamkeitsstudien mit diesem Ansatz durchgeführt wurden, beziehen wir uns in erster Linie darauf.

Zentrale Konzepte

Eine wichtige Grundlage der Schematherapie bildet das Konzept menschlicher/kindlicher Kernbedürfnisse sensu Young [1]. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder bestimmte Bedürfnisse haben, die für eine gesunde Entwicklung einigermaßen erfüllt sein müssen. Bei Frustration dieser Bedürfnisse – sei es durch ihre Nichterfüllung, durch Traumatisierung oder auch durch Überprotektion und maßloses Verwöhnen – können maladaptive Schemata entstehen. Ein Schema wird definiert als „umfassendes Thema oder Muster, das aus Erinnerungen, Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht, welches in der Kindheit oder Adoleszenz entstanden ist und im Laufe des Lebens stärker ausgeprägt wurde“ [1]. Young beschreibt 18 Schemata [8], die er entsprechend den Kernbedürfnissen fünf sogenannten Schemadomänen zuordnet. **Tab. 1** gibt einen Überblick über die Kernbedürfnisse, den dazugehörigen Domänen und Schemata. Sowohl Kernbedürfnisse als auch Schemata und die Zuordnung von Schemata zu frustrierten Bedürfnissen sind das Ergebnis klinischer Überlegungen. Sie sind – abgesehen von der bindungstheoretischen Basis – weder empirisch entwickelt noch aus vorbestehenden Theorien abgeleitet.

Menschen erleben und sehen sich und die Umwelt gewissermaßen durch die

Brille ihrer Schemata. Wird ein dysfunktionales Schema aktiviert, so sind damit in der Regel starke negative Gefühle wie Einsamkeit, Trauer, Hilflosigkeit oder Wut verbunden. Diese Gefühle werden häufig dysfunktional bewältigt. Dabei unterscheidet Young zwischen den Bewältigungsstrategien der Erduldung (ein Schema aushalten; sich verhalten, als sei das Schema wahr), der Vermeidung (z.B. Rückzug oder Betäubung) und der Überkompensation („kontraphobisches“ Verhalten oder Dominanz). Dysfunktionale Bewältigungsstrategien wirken schemahaltend, da auch durch sie die hinter dem Schema stehenden frustrierten Bedürfnisse nicht erfüllt werden und der Betroffene damit keine gesunden und hilfreichen Erfahrungen machen kann.

Der Schemamodusansatz

Die meisten schweren und chronischen Störungsbilder gehen mit einer großen Anzahl von Schemata und Bewältigungsmustern einher, was bei der Fallkonzeptualisierung und Behandlungsplanung schnell zu Unübersichtlichkeit und einer gewissen Beliebigkeit führen kann [6]. Einige Persönlichkeitsstörun-

gen sind zudem bereits durch Muster definiert, die sich gut im Schemaansatz abbilden lassen (z. B. eine selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung ist verbunden mit starken Vermeidungstendenzen; eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit narzisstischer Überkompensation). Der Modusansatz reduziert Komplexität, indem Schemata und Schemaoperationen anhand ihrer zentralen affektiven Qualität in Modi zusammengefasst werden. Er ist für Patienten gut zugänglich und ermöglicht die Ableitung klarer Strategien, was gerade beim Einsatz von erlebnisorientierten Techniken sehr hilfreich ist. Daher ist er in der aktuellen Praxis der Schematherapie der zentrale Behandlungsansatz bei schweren Störungsbildern. Ein Schemamodus ist definiert als der in der jeweiligen Situation in einer Person aktuell vorherrschende Gesamtzustand und erfasst alle in diesem Moment erlebten Emotionen, Schemata und Schemaoperationen. Im Gegensatz zu dem eher starren Schema, das sich am „trait“-Konzept anlehnt, ist ein Schemamodus eher als „state“ [1] zu begreifen. Es werden vier Moduskategorien unterschieden:

Tab. 1: Schemata und ihre Zuordnung zu Schemadomänen und Kernbedürfnissen (nach [1]).

Bedürfnisse	Schemadomänen	Schemata
Sichere Bindung, Akzeptanz, Versorgung	Abgrenztheit und Ablehnung	— Verlassenheit/Instabilität — Misstrauen/Missbrauch — emotionale Entbehrung — Unzulänglichkeit/Scham — soziale Isolierung/Entfremdung
Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl	Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung	— Abhängigkeit/Inkompetenz — Anfälligkeit für Schädigung und Krankheiten — Verstrickung/unentwickeltes Selbst — Versagen
Realistische Grenzen und Selbstkontrolle	Beeinträchtigung im Umgang mit Begrenzungen	— Anspruchshaltung/Grandiosität — unzureichende Selbstkontrolle/Selbstdisziplin
Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen	Fremdbezogenheit	— Unterwerfung — Selbstaufopferung — Streben nach Zustimmung und Anerkennung
Spontaneität und Spiel	übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit	— Negativität/Pessimismus — emotionale Gehemmtheit — überhöhte Standards/übertriebene kritische Haltung — Strafneigung

1. Funktionale Modi beschreiben gesundes und funktionales Erleben und Verhalten. Im Modus des gesunden Erwachsenen kann eine Person ihre Bedürfnisse angemessen erfüllen und gleichzeitig die Bedürfnisse anderer beachten. Eine gute Balance aus Pflichten und Ausgleich ist möglich. Im Modus des glücklichen Kindes wird zudem Spaß, Freude und Spiel abgebildet.
2. Maladaptive Kindmodi sind verbunden mit intensiven (und für die jeweilige Situation übertriebenen) negativen Emotionen wie Trauer, Angst oder Hilflosigkeit (verletzbare und abhängige Kindmodi) oder Wut und Ärger (ärgerliche Kindmodi). Bei näherer Auseinandersetzung damit können diese Gefühle mit Erfahrungen aus Kindheit oder Jugend in Zusammenhang gebracht werden.
3. Dysfunktionale Elternmodi werden mit Selbstabwertung, Selbsthass, Selbstbestrafung, übermäßigem Perfektionismus und innerem Druck in Verbindung gebracht. Es werden straffende und fordernde Anteile unter-

schieden. Dabei sind nicht immer nur die Eltern, sondern auch andere wichtige Bezugspersonen wie Lehrer oder Peers die Personen, die in der Entwicklung einen negativen Einfluss hatten.

4. Dysfunktionale Bewältigungsmodi beschreiben den übermäßigen, dysfunktionalen Einsatz von Bewältigungsstrategien. Sie dienen dazu, die Patienten vor den Gefühlen zu schützen, die mit Kind- und Elternmodi assoziiert sind.

Tab. 2 gibt einen Überblick über Schemamodi [7, 9].

Fallkonzeptualisierung und Psychoedukation

Zu Beginn der Behandlung wird mit dem Patienten gemeinsam ein Fallkonzept erarbeitet. Die Wirksamkeit von Schematherapie wurde generell bei einer Reihe von Persönlichkeitsstörungen nachgewiesen. Darüber hinaus kann eine Indikation vorliegen, wenn sich für die aktuelle Problematik ein biografischer Hintergrund ausmachen lässt, dessen Behandlung vielversprechend er-

scheint. Kontraindikationen sind insbesondere hochakute Störungsbilder wie akute Suizidalität bei Depression oder massives Untergewicht bei Anorexia Nervosa. Für Patienten mit starkem Substanzmittelmissbrauch, psychotischen Symptomen, hirnnorganischen Veränderungen oder ausgeprägten frühen Entwicklungsstörungen muss das therapeutische Vorgehen zumindest stark angepasst werden.

Im schematherapeutischen Fallkonzept finden sich die Symptome des Patienten und seine Angaben zur Problemschilderung wieder. Zusätzlich werden interpersonelle Auffälligkeiten und biografische Merkmale aufgenommen. Neben dem generell störungsübergreifenden Moduskonzept wurden mittlerweile für viele Persönlichkeitsstörungen verschiedene störungsspezifische Ansätze ausgearbeitet [7, 10] und validiert [9]. Diese bilden häufig die Grundlage für individuelle Moduskonzepte.

► **Fallbeispiel Kathleen S.** Die 27-jährige Kathleen, vorstellig mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), berichtet, sich häufig traurig, ängstlich und alleine zu fühlen. Schon seit der Kindheit fühle sie sich einsam. Der Vater sei ein häufig cholerischer Alkoholiker gewesen, die Mutter stark co-abhängig und häufig schuldzuweisend und abwertend gegenüber ihrer Tochter. Sie habe eine große Sehnsucht nach Nähe, und lasse sich oft rasch und intensiv auf Beziehungen ein. Für den jeweiligen Partner tue sie alles und erfüllt zum Beispiel auch sexuelle Wünsche, die sie nicht teile. Dabei schalte sie innerlich ab, funktioniere nur noch. Danach habe sie oft heftige Ekelgefühle und bestrafe sich selbst, indem sie mit dem Kopf gegen die Wand schlage. Manchmal kommt es auch zu heftigen Wutausbrüchen gegenüber dem Partner, auf die dann sofort wieder Schuldgefühle folgen. Dann schneide sie sich selbst, habe Essanfälle oder trinke Alkohol. Sie hasse sich selbst und wisse eigentlich gar nicht, wer sie wirklich sei und was sie wolle. Kathleens Selbsthass und Selbstbestrafungen werden dem straffenden Elternmodus zugeordnet, der in der Kindheit von beiden Eltern modelliert wurde.

Tab. 2: Modusübersicht nach Lobbstaël (nach [7])

Funktionale Modi	
Gesunder Erwachsener Glückliches Kind	
Maladaptive Kindmodi	
Verletzbarer, einsamer, trauriger, verlassener, missbrauchter, abhängiger Kindmodi Ärgerlicher, wütender, impulsiver, undisziplinierter Kindmodi	
Dysfunktionaler Elternmodi	
Fordernder Elternmodus (leistungsfordernd, emotional fordernd) Strafender Elternmodus	
Dysfunktionale Bewältigungsmodi	
Unterwerfung	— angepasster Unterwerfer
Vermeidung	— distanzierter Beschützer — vermeidender Beschützer — ärgerlicher Beschützer — distanzierter Selbstberuhiger
Überkompensation	— narzisstischer Selbsterhöher — Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung — übermäßig perfektionistischer Kontrolleur — übermäßig misstrauischer Kontrolleur — Einschüchterer — gerissener Tauscher — Raubtier-/Killer-Modus

Ihre Gefühle der Verlassenheit, Einsamkeit, Trauer, Angst, Misstrauen, Schuldgefühle und der Ekel werden als verletzbare Kind konzeptualisiert. Übermäßige Wut und Ärger wird dem ärgerlichen Kindmodus zugeordnet. Sie neigt einerseits dazu, Dinge zu ertragen und sich nicht abzugrenzen (Unterwerfungsmodus). Zum anderen schaltet sie innerlich ab und reduziert Gefühle durch Selbstverletzungen und Alkoholkonsum, was als Vermeidungsmodus konzeptualisiert wird. Die Fähigkeit, über ihre Problematik detailliert zu berichten und die Bereitschaft zur Therapie werden als gesunder Erwachsenenmodus betrachtet. (Abb. 1) ◀

Therapeutisches Vorgehen

Das übergeordnete Ziel der Schematherapie besteht darin, dass die Patientin lernt, ihre zentralen Bedürfnisse auf angemessene Art zu erfüllen. Dazu ist es wichtig zu verstehen, welche Bedürfnisse in der Kindheit nicht erfüllt wurden und welche Bewältigungsmuster sich aus den entsprechenden Gefühlen ergeben haben. In der Behandlung sollen dann verletzliche, traurige Kindmodi validiert, unterstützt und geheilt werden. Ärgerliche Kindmodi dürfen sich zunächst Ausdruck verschaffen und die damit verbundenen Bedürfnisse werden validiert; in der Folge wird aber auch ein angemessener Ausdruck von eigenen Bedürfnissen und eigenem Ärger geübt. Dysfunktionale Elternmodi werden hinterfragt, reduziert und bekämpft. Gesunde Modi aufgebaut und in jeder Hinsicht gefördert. Dazu dienen kognitive, erlebnisorientierte und verhaltenstherapeutische Interventionen sowie die systematische Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Kognitive Strategien

Auf der kognitiven Ebene werden die Modi, ihr lebensgeschichtlicher Hintergrund und ihre aktuelle Funktionalität exploriert. Alle Techniken der KVT können hier zum Einsatz kommen [11]. Zentral ist die Erörterung von Vor- und Nachteilen insbesondere von Bewältigungsmodi. Ein wesentliches Instrument ist zudem Psychoedukation zu berechtigten Bedürfnissen und Rechten

von Kindern sowie zu Pflichten und angemessenen Verhaltensweisen von Eltern und Peers.

► **Kognitive Überprüfung des Vermeidungsmodus.** Kathleen S. wirkt in einer Sitzung teilnahmslos und einsilbig. Auf Fragen nach ihrem Befinden gibt sie an, dass sie sich „normal“ fühle. Dieses Verhalten kann anhand des Modusmodells als Ausprägung eines vermeidenden Bewältigungsmodus identifiziert werden. Es wird erarbeitet, welche Vorteile dieses Verhalten für Kathleen hat – so muss sie sich nicht mit schwierigen Gefühlen auseinandersetzen, erlebt sich in der Sitzung nicht als verletzlich und kann nicht „verraten“ werden. Andererseits hat es auch einige eklatante Nachteile: So kann sie sich damit der Therapeutin nicht nah fühlen, an ihren Problemen kann nicht gearbeitet werden und sie erhält ihr maladaptives System damit letztlich aufrecht. Nach dieser Diskussion kann Kathleen berichten, dass sie aktuell durch einen Konflikt mit ihrem Partner stark belastet ist und in den letzten Tagen wieder vermehrt Essanfälle hatte, weil sie sich so verzweifelt fühlt. ◀

Emotionale Strategien

Die emotionalen Strategien stellen ein zentrales Element der Schematherapie dar. Insbesondere in der ersten Phase der Therapie soll der Patient lernen, seine Emotionen und seine Bedürfnisse zu spüren und diesen einen angemessenen Ausdruck zu verleihen. Es werden gezielt mentale Bilder und Erlebnisse kreiert, in denen gesunde Gefühle von Bindung, Zugehörigkeit und Sicherheit entwickelt und vertieft werden. Zu den wichtigsten Techniken gehören die Stuhlarbeit oder Imaginationsarbeit wie das imaginative Überschreiben [12]. Bei diesen Techniken werden einerseits problematische Emotionen aktiviert; andererseits werden heilsame, gesunde Gefühle verstärkt und verankert. Damit sollen letztlich ungünstige emotionale Konditionierungen verändert werden.

► **Imaginatives Überschreiben.** Kathleen S. berichtet von einem Konflikt in ihrer Beziehung. Sie sei ihn wütend gegangen und habe danach furchtbare Angst gehabt, von ihrem Partner verlassen zu werden. Deshalb habe sie sich zur Strafe geschnitten und danach mit Alkohol betäubt. Die Therapeutin schlägt eine Imaginationsübung vor. Kathleen versetzt sich imaginativ noch einmal in

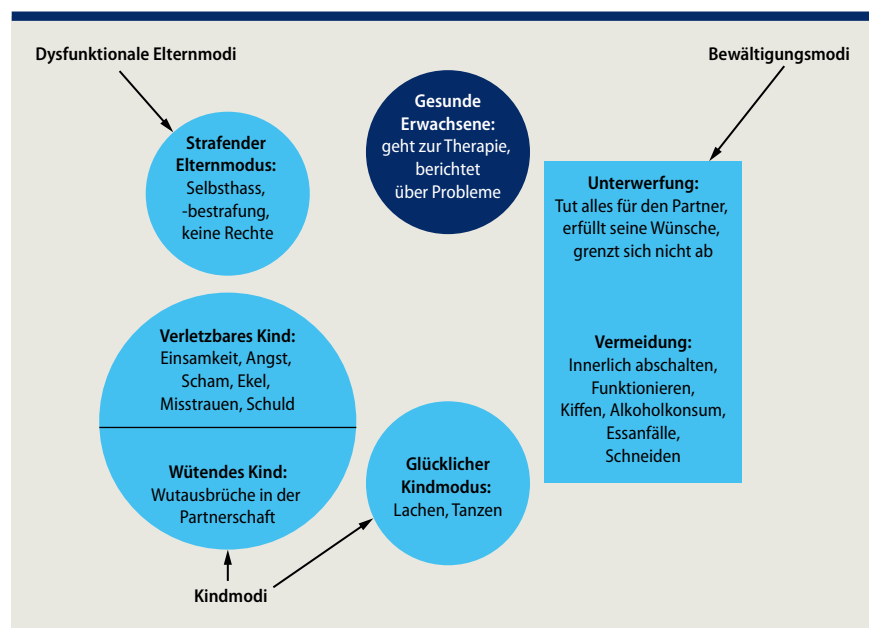


Abb. 1: Das individuelle Modusmodell von Kathleen S.

Fallbeispiel: Volker M., 54 Jahre, ...

... hatte einen rechthirnigen ischämischen Schlaganfall mit rückläufiger Hemiparese erlitten. In der stationären Rehabilitation erfolgt bei gestörter Verarbeitung der Krankheit die psychologische Intervention zur Entwicklung einer positiven Krankheitsbewältigungsstrategie. Hier arbeitet der Patient hervorragend mit, fast erscheint sein Engagement übertrieben und dadurch nicht mehr hilfreich. Parallel soll an der Krankheitsakzeptanz gearbeitet werden. Hier macht Herr M. kaum Fortschritte, sondern ruminert fortgesetzt und kaum unterbrechbar über sein „Versagen“ und die dadurch vergebenen Chancen. Die Therapeutin macht deshalb dieses Ruminieren in einem Stuhldialog zum Thema. Es stellt sich heraus, dass Herr M. einen sehr leistungsorientierten Vater hatte, dem Performance und Erfolg über alles ging. Wenn im sozialen Umfeld jemand aufgrund von Krankheiten Leistungseinbußen zeigte, urteilte der Vater gnadenlos über „den Versager“. Die damit verbundenen Emotionen erlebt Herr M. gerade wieder. In zwei Stuhldialogen übt er, sich von diesen Gedanken zu distanzieren, die Erkrankung als ungewünscht, aber gegeben anzunehmen und mit sich selbst barmherziger zu sein. Dadurch gelingt es ihm in der Folge besser, sein Funktionstraining in einem angemessenen Ausmaß zu betreiben und sich antidepressiv positiv zu aktivieren.

Fallbeispiel: Nina L., 32 Jahre, ...

... mit einer sekundär progredienten Multiplen Sklerose leidet zunehmend unter Isolierung sowie Ängsten und infolge unter depressiver Stimmung. Neuropsychologisch leidet sie bei einem guten Arbeitsgedächtnis unter Merkproblemen und einer reduzierten Aufmerksamkeit. Es kommt zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und Erschöpfung nach ein bis zwei Stunden geistiger Tätigkeit. Sie berichtet wie sie sich häufig unter Druck setze, da sie nicht mehr dazu gehöre. Sie fühle sich verlassen und äußert den Wunsch so zu sein wie früher, obwohl sie merke, dass das aussichtslos sei. In den Gesprächen beschuldigt sich die Patientin, indem sie die Erkrankung als Strafe für ihre eigene Unfähigkeit deklariert. Mithilfe des Stuhldialoges stellt sich heraus, dass die Patientin mit einem dominanten, religiösen Vater und einer passiven Mutter gelernt hatte, sich unterzuordnen, nicht aufzufallen und zu funktionieren. Aufgrund ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit zeigten sich ihre Selbstabwertungen im Elternmodus stabil und eine Distanzierung war kaum möglich. Lob durch den Therapeuten und die Familie wurde von Frau L. wiederholt abgewertet. Sie bestand darauf, nicht wichtig zu sein und die Krankheit verdient zu haben. Erst als der Therapeut die Perspektive wechselte und eine fiktive Geschichte von einem Jungen mit amputierten Beinen berichtet und diesen mit dem strafenden Elternmodus konfrontiert, kann die Patientin etwas Mitgefühl empfinden. Durch wiederholtes Erzeugen einer kognitiven Dissonanz konnte der vernachlässigende und strafende Elternmodus begrenzt werden. Mithilfe des Verfahrens des imaginativen Überschreibens spürte Frau L. erstmals anstelle der Ohnmacht und Hilflosigkeit ein Gefühl von Akzeptanz und Wohlwollen.

die Situation und die damit verbundenen Gefühle von Angst und Wut. Danach assoziiert sie sich in eine kindliche Situation – sie „landet“ in einer Erinnerung, in der der betrunkene Vater verbal aggressiv ist und die Mutter der kleinen Kathleen dafür die Schuld gibt. In dem Erinnerungsbild fühlt sich die kleine Kathleen hilflos wütend und völlig verängstigt. Sie verändert das Bild, indem sie die Therapeutin als Helferin für die kleine Kathleen auftreten lässt, die die Eltern zurechtweist und mit der kleinen Kathleen die Wohnung verlässt, um spielen zu gehen. Danach fühlt sich die

Patientin entlastet, entspannt und hat das Gefühl, ihrem Partner wieder gegenüber treten zu können. ◀

Verhaltenstherapeutische Strategien

Anschließend an und kombiniert mit emotionsorientierten Techniken werden Techniken der Verhaltenstherapie eingesetzt, um gesundes Verhalten einzuüben und zu konsolidieren. Dazu gehört insbesondere der Aufbau gesunder Beziehungsmuster und gesunder erwachsener Aktivitäten.

Beziehungsgestaltung mit „limited Reparenting“

Die Beziehungsgestaltung stellt eine Besonderheit und einen Schwerpunkt der schematherapeutischen Arbeit dar. Der Therapeut tritt als spürbare, authentische Person auf, die sich für das Wohlergehen der Patientin interessiert, gesunde Standpunkte modelliert und einen liebevollen Umgang mit der Patientin (beispielsweise in Stuhldialogen oder imaginativen Übungen) vorlebt, den die Patientin internalisieren soll. Damit sollen die frustrierten kindlichen Bedürfnisse in einem begrenzten Maß nach erfüllt werden als Basis für Heilung und Veränderung. Das bedeutet nicht, dass der Therapeut immer „lieb und nett“ sein muss – auch das Setzen von Grenzen und empathische Konfrontation gehören zu den Beziehungsaufgaben und -angeboten gesunder Eltern!

Wirksamkeitsuntersuchungen

Giesen-Bloo et al. [4] belegten die Wirksamkeit und Effizienz der Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) in einer randomisiert-kontrollierten (RCT) Studie. In einem Zweigruppensdesign war die Schematherapie der übertragungsfokussierten Therapie (TFP) hinsichtlich ihrer Effektivität, Therapieabbruchrate und Kosteneffektivität überlegen [13]. In unkontrollierten Studien ergaben sich auch Hinweise für eine Wirksamkeit im stationären Setting [14] sowie eine hohe Patientenzufriedenheit [15].

Mittlerweile wurde die Schematherapie bei BPS auch im Gruppensetting überprüft. Erste kleine Studien zeigen gute Ergebnisse [16, 17]. Aktuell wird eine internationale Multicenterstudie über den Einsatz der Gruppenschematherapie bei BPS im ambulanten Bereich durchgeführt. Auch bei anderen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Cluster-C-PS, hat sich Schematherapie als wirksam erwiesen im Vergleich zur Standardbehandlung und zur klärungsorientierten Therapie nach Sachsse [18]. Zur Wirksamkeit bei anderen chronischen Störungen liegen positive Pilotstudien vor, zum Beispiel zu Essstörungen [19], Zwängen [20] oder chronischer Depression [21]. Diese müssen jedoch noch in größeren RCT validiert werden.

Anwendung bei neuropsychiatrischen Störungen

Der schematherapeutische Ansatz ist bei neuropsychiatrischen Störungen eher nicht der Ansatz der ersten Wahl. Allerdings kann er dann vielversprechend sein, wenn „klassische“ Ansätze an ihre Grenzen stoßen, weil Blockaden in der Behandlung auftreten, die sich biografisch (mit) erklären lassen. Das heißt, eine Verbesserung im psychologischen Bereich wird nicht erzielt, weil beim Patienten Bewältigungsmuster wirksam sind, die vermutlich schon prämorbid vorlagen (möglicherweise aufgrund hoher Funktionsfähigkeit nicht im störungsrelevanten Ausmaß). In solchen Situationen kann ein verkürztes Vorgehen sehr hilfreich sein. Der Patient bekommt dann keine „komplette“ Schematherapie angeboten, sondern die aktuell auftretende Blockade wird biografisch konzipiert und mit erlebnisorientierten Techniken behandelt.

Zu diesem Vorgehen existieren keine Wirksamkeitsbelege, es handelt sich hier um ein experimentelles klinisches Vorgehen. In jedem Fall sollte immer das Gebot der Sparsamkeit beachtet werden – wenn der Patient von basalen Interventionen wie Akzeptanz und Aufbau von aktivem Coping profitiert, wäre ein Rückbezug zur und eine Aufarbeitung der Biografie möglicherweise unnötig belastend und zeitaufwändig. Wenn der Fortschritt der Behandlung jedoch gefährdet erscheint, kann sich die Prüfung dieses Vorgehens sicher lohnen. □

Literatur

1. Young JE, Klosko JS, Weishaar M. Schematherapie. 2005 Paderborn: Junfermann
2. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. I. Attachment. 1969 New York: Basic Books
3. Berne E. Spiele der Erwachsenen. 1967 Reinbek: Rowohlt
4. Giesen-Bloo et al. Archives of General Psychiatry 2006; 63: 649–58
5. Arntz A, van Genderen H. Schematherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung. 2010 Weinheim: Beltz
6. Jacob GA, Arntz A. Schematherapie in der Praxis. 2011 Weinheim: Beltz
7. Lobbestael J, van Vreeswijk M, Arntz A. Netherlands Journal of Psychology 2007; 63:76–85
8. Rafaeli E, Bernstein, D, Young JE. Schema Therapy 2011, New York: Routledge
9. Bamelis LL et al. J Pers Disord 2011; 25: 41–58
10. Lobbestael J, van Vreeswijk M, Arntz A. Behaviour Research and Therapy 2008; 46: 854–60
11. Faßbinder E, Schweiger U, Jacob G. Therapietools Schematherapie. 2011 Weinheim: Beltz
12. Arntz A, Wertmann A. Behaviour Research and Therapy 1999; 37: 715–40
13. Van Asselt AD et al. Br J Psychiatry 2008; 192: 450–7
14. Reiss N et al. Behav Cogn Psychother 2014; 42: 355–67
15. Reiss N et al. Psychother Psychosom Med Psychol 2013; 63, 93–100
16. Farrell JM et al. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009; 40: 317–28
17. Dickhaut V, Arntz A. J Behav Ther Exp Psychiatry 2014; 45: 242–51
18. Bamelis LL et al. Am J Psychiatry 2014; 171: 305–22
19. Simpson SG et al. Front Psychol 2010; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
20. Gross EN et al. In: Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M. (Eds.). Handbook of schema therapy: Theory, Research and Practice 2012, p. 173–84 Sussex: Wiley
21. Renner F et al. J Behav Ther Exp Psychiatry 2016; 51: 66–73

AUTOREN

PD Dr. Gitta Jacob

Therapeutische Leitung GAIA AG,
Hamburg
E-Mail: gitta.jacob@gaia-group.com

Dr. med. Alexandra Widmer

Ärztliche Leitung Veovita, Hamburg
E-Mail: a.widmer@veovita.de

Prof. Dr. med. Klaus Lieb

Direktor Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsmedizin Mainz
E-Mail: Klaus.Lieb@unimedizin-mainz.de



Buchtipp

Sabine Trautmann-Voigt
Bernd Voigt (Hrsg.)

Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie

Ein integratives Praxishandbuch.
384 S., 33 Abb., 19 Tab., kart., 39,99 €
Schattauer Verlag, Stuttgart
ISBN 978-3-7945-3137-0 (Print)
ISBN 978-3-7945-6963-2 (eBook PDF)

Lassen sich Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie vereinen?

Dieses Buch stellt die immer noch vorherrschende Polarisierung zwischen Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie infrage. Denn neue wissenschaftliche Erkenntnisse deuten zunehmend darauf hin, dass weniger die Wahl einer bestimmten Behandlungsart ausschlaggebend für den Therapieerfolg ist als vielmehr andere, verfahrensunspezifische Wirkfaktoren, wie etwa die Passung zwischen Patient und Therapeut. Anstatt messianisch für eine bestimmte Position zu plädieren, arbeitet dieses Werk das Potenzial beider Therapieformen heraus: Welche Möglichkeiten bieten Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie? Welche Bereiche der allgemeinen Wirksamkeit decken die Verfahren ab? Dabei kommen Vertreter beider Richtungen zu Wort, die relevante Therapieaspekte aus jeweils unterschiedlicher Perspektive beleuchten. Fallbeispiele aus der Erwachsenentherapie als auch aus der Arbeit mit Kindern im Kontext ihrer Familie aus verschiedenen Bereichen zeigen, wie Brückenschläge zwischen den Therapieformen erfolgreich in der Praxis umgesetzt werden können.

Dieses Buch ist weder „Lehrbuch“ noch ein „Kochbuch“, in dem der Leser nachschlagen kann, was er aus den ihm weniger vertrauten Verfahren in der nächsten Therapie-stunde ausprobieren könnte. Das Buch will Psychotherapeuten Mut machen, sich mit den Themen der Integration von psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Verfahrensweisen auf verschiedenen Reflexionsniveaus zu beschäftigen. Ein aufschlussreiches Werk für praktizierende und angehende Therapeuten und klinische Praktiker aller Verfahren sowie für jeden, der offen ist für die Kombinationsmöglichkeiten schulübergreifender Ansätze in der Psychotherapie.

Aus LVPE RLP e.V. wird NetzG-RLP e.V.

„Alter Wein in neuen Schläuchen“

Die erfolgreiche Arbeit des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. wird auch in der „neuen Verpackung“ fortgesetzt werden. Wir beschreiben, wie es zur Umbenennung kam und stellen Beispiele aus der Arbeit des alten und neuen Landesnetzwerks Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG-RLP) e.V. vor.

Aufgrund juristischer und kommunikativer Auseinandersetzungen nach der Satzungsänderung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. im Jahr 2013 hat sich der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (LVPE RLP e.V.) vom BPE gelöst. Vielleicht war das zum Vorteil beider Verbände, denn seit dieser Zeit engagierte sich der LVPE RLP e.V. auch bundesweit.

Er bemüht sich zum Beispiel um die Versachlichung der emotionalen Diskussion zu Zwang und Gewalt (www.lvpe-rlp.de/sites/default/files/pdf/Sonderheft%20Gesamtausgabe.pdf). Der LVPE RLP e.V. qualifizierte sich auch durch sein Teilnahme an dem bundesweiten Projekt der Aktion Psychisch Kranke

(APK) „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ sowie an dem vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschriebenem „Zwangvermeidungs-Projekt (ZVP)“.

Gründung des Bundesnetzwerks

Am 9. November 2016 gründeten 30 Personen mit und ohne große Krisenerfahrung das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) e.V. (s. rechte Seite). Das Netz verfolgt das Ziel, die Selbsthilfegruppierungen für seelische Gesundheit in Deutschland zusammenzuführen. Der Schwerpunkt liegt auf der Gründung von themenspezifischen Arbeitsgruppen. Aber auch Kunst, Kultur und Rekreation sowie Genesung

durch ganzheitliche Medizin sollen in das Thema einbezogen werden. Das NetzG e.V. (www.NetzG.org) hat sich bereits in politische Prozesse eingebracht. Dazu gehören: „Stationsäquivalente Akutbehandlung“, die in das PsychVVG einfließt, „Qualität von Krisendiensten“ und Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen sowie in die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten“ (14. Dezember 2016). Vor diesem Hintergrund hat sich der LVPE RLP e.V. am 2. Juni 2017 umbenannt in „Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG-RLP) e.V.“; Viele unserer Akteure sind nun in beiden Verbänden vertreten.



Der Vorstand Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) e.V. am Gründungstag in Kassel (v.l.n.r.: Cordula Hatzig (Beisitzerin), Dr. Martina Mangasser (Beisitzerin), Carsten Hoffmann (Schriftführer), Herrmann Stemmler (Schatzmeister), Franz-Josef Wagner (1. Vorsitzender), Rainer Schaff (Beisitzer), Gernot Reppmann (stellv. Schatzmeister), Daniela Schmid (Beisitzerin), Rainer Höflacher (2. Vorsitzender); es fehlt Beisitzer Hans-Jürgen Wittek.

© NetzG

Beispiele aus unserer Arbeit

Aufklärungsbögen „Antipsychotika“: In 18 Monaten guter, kooperativer Zusammenarbeit mit den ärztlichen Direktoren/Chefärzten der drei ehemaligen Landeskrankenhäuser Klingenmünster, Alzey und Andernach, der Pflege und den Aktivisten Dr. h.c. Peter Lehmann und Dr. med. Volkmar Aderhold wurden die von uns bereits in normaler und leichter Sprache erstellten Aufklärungsbögen „Antipsychotika“ (www.lvpe-rlp.de/inhalt/aufklaerungsboegen) erarbeitet. Treffpunkt war die Akademie der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, wo wir Konzept, Inhalt, Formulierungen und optische Gestaltung diskutierten. Erste Entwürfe wurden ausprobiert, verändert und die Ergebnisse im April 2017 präsentiert. Zwei Monate später waren die Aufklärungsbögen „Antipsychotika“ bereits vergriffen und wir gaben eine zweite Auflage in Auftrag.

Fachtagungen: Für die Fachtagungen des LVPE RLP e.V. sind wir immer wieder auf die Akteure der Leistungsträger und -erbringer angewiesen. So konnten die letzten Veranstaltungen mit Fortbildungspunkten der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer

und Pflegekammer ausgezeichnet werden. Damit gehen wir auch von der Nachhaltigkeit der Veranstaltungen aus. Die Tagungen werden durch Referate von Professionellen und Selbsthilferepresentanten gestaltet, die im Internet dokumentiert kostenlos abrufbar sind. Seit 2016 sammeln nicht nur das Landeshauptarchiv Koblenz, die Stadtbibliothek und das Priesterseminar Trier, sondern auch das Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie für alle zugängliche die Fachtagungsdokumentationen (unter ISSN 2510-0262 im VLB gelistet).

Seit der Tagung 2007 kooperierten wir je nach Schnittmenge und Thema mit SGB V- und/oder SGB IX-Leistungserbringern, den Krankenkassen und dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Dadurch erreichten wir ein anderes Publikum mit anderer Nachhaltigkeit bei den Leistungsträgern und -erbringern.

Eine vielbeachtete Tagung im letzten Jahr war „Patientenrechte in der Psychiatrie – Theorie und Wirklichkeit“ am 7. September 2016. Hier kooperierten wir mit Leistungsträgern aus dem SGB V und führten unsere Ideen und Ressourcen zu einer Schnittmenge zusammen. Wir arbeiten auf Augenhöhe ohne Hierarchie der akademischen Ausbildung

und der finanziellen Möglichkeiten zusammen.

Netzwerke: Wie in anderen Gesellschaftskreisen suchen auch wir nach zeitlich befristeten Netzwerken mit dem Ziel, Interaktions- und Kooperationscluster aufzubrechen. Beispiele für unsere Netzwerkarbeit sind die beim diesjährigen DGPPN/17. WPA-Weltkongress stattfindenden Symposien „Resilienz – eine neue Chance für Prävention und Intervention“ [Dienstag, 10.10.2017, 17:00–18:30 Uhr, Saal A2] und „Normalität, Augenhöhe, Flexibilität und Partnerschaftlichkeit – Die zentralen Elemente der wirksamen Psychiatrie“ [Mittwoch, 11.10.2017, 13:30–15:00 Uhr, Saal London]. In Zusammenarbeit mit den Professoren Jürgen Gallinat und Klaus Lieb konnten wir hier Konzepte, Inhalt und die Referenten maßgeblich mitbestimmen. □

AUTOR

Franz-Josef Wagner,
Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG-RLP) e.V. und
Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) e.V.

Bundesnetzwerk Selbsthilfe Seelische Gesundheit Visionär und bodenständig

Das Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. wurde am 9. November 2016 in Kassel gegründet. Die 30 Gründungsmitglieder kamen aus der Selbsthilfe der „Psychiatrie Erfahrenen“, unter anderem aus dem Landesverband Rheinland-Pfalz e.V., dem Landesverband Baden-Württemberg e.V. und anderen Verbänden/Vereinen der Selbsthilfe von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen. Bereits seit einiger Zeit hatten wir die Vision einen neuen Bundesverband der Selbsthilfe von und für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu gründen. Wir alle wollten und folgten einem neuen und innovativen Ansatz: Wir möchten alle Kräfte, die

sich mit der seelischen Gesundheit der Menschen in Deutschland beschäftigen, in einem Netzwerk bündeln, um soweit wie möglich gemeinsam psychiatrische Zukunft (mit-) zu gestalten.

„Wir möchten die Umsetzung der in der UN-BRK verankerten Rechte und die sich daraus ergebenden Handlungsfelder für Menschen mit einer seelischen Beeinträchtigung fachlich fundiert, gleichberechtigt und praxisnah mitgestaltend begleiten, kommentieren und reflektieren und so einen wichtigen Beitrag zur Inklusion leisten“ (aus NetzG: Satzung Grundsatzerklärung, Absatz 3).

Wir setzen uns mit Leidenschaft für Partizipation, Selbstbestimmung und in-

klusive Gesellschaft und gegen Stigmatisierung ein, aber tun dies mit Respekt für unser Gegenüber, andere Meinungen und Positionen. Wir hoffen auf die Überzeugungskraft besserer Argumente, auf der Basis erfahrener und gelebter Realität, mit der Absicht Gesellschaft und Politik positiv zu beeinflussen. □



www.netzg.org

NetzG - Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit gemeinnütziger e.V. i.G.

Geschäftsführung durch:

Aktion psychisch Kranke (APK) e.V.

Oppelner Strasse 130, 53119 Bonn

Tel.: 0228 - 67 67 40/41; Fax: 0228 - 67 67 42

E-Mail: franz-josefwagner@gmx.de

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz Mehr Verständnis für Demenzerkrankte

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALzG) und ihre Mitgliedsorganisationen sind Selbsthilfeorganisationen und gemeinnützige Vereine. Sie setzen sich bundesweit für die Verbesserung der Situation der Demenzerkrankten und ihrer Familien ein.

Die ersten Alzheimer-Gesellschaften entstanden in den 1980er-Jahren, als die Begriffe Alzheimer-Krankheit und Demenz selbst unter Allgemeinmedizinern wenig bekannt und Unterstützungsangebote für die betroffenen Familien kaum zu finden waren. Am 2. Dezember 1989 wurde die DALzG als Dachverband von engagierten Vertreterinnen und Vertretern der ersten Angehörigengrup-

pen in Bad Boll gegründet. Heute gehören zur DALzG 134 auf Landes- und regionaler Ebene organisierte Alzheimer-Gesellschaften. Ziel der Arbeit ist die Förderung von Verständnis für die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzerkrankungen und der Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung durch Öffentlichkeitsarbeit, die Interessensvertretung auf politischer Ebene und durch Gremienarbeit, die Unterstützung der Versorgungsforschung und die Förderung der Entwicklung neuer Unterstützungsangebote. Seit 2002 berät das Alzheimer-Telefon der DALzG mit Förderung durch das Bundesfamilienministerium unter der Nummer: 030 – 259 37 95 14 kosten-

los und auf Wunsch anonym Betroffene, Angehörige und Interessierte zu allen Fragen rund um die diversen Demenzerkrankungen. Darüber hinaus organisiert die DALzG Tagungen und alle zwei Jahre bundesweite Kongresse, gibt Broschüren und andere Infomaterialien heraus und informiert umfassend auf ihrer Homepage. □



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Selbsthilfe Demenz

Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

Tel.: 030 2593795-0, Fax: 030 2593795-29

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

MigräneLiga e.V. Deutschland

Wo Migräne erst genommen wird

Migräne – eine Krankheit, die heute als Schwerbehinderung anerkannt ist und dennoch oft unterschätzt wird. Rat und Hilfe findet man seit nunmehr fast 25 Jahren bei der MigräneLiga e.V. Deutschland. Die MigräneLiga informiert über aktuelle Therapien und Experten, bietet aber auch Austausch mit Gleichgesinnten. Der gemeinnützige Verein arbeitet mit Medizinern, Kliniken und Heilpraktikern sowie Krankenkassen zusammen. Zu seinen Erfolgen zählt die Anerkennung der Migräne als neurologische Erkrankung.

Die MigräneLiga hat über 100 Selbsthilfegruppen ins Leben gerufen, die Betroffene vor Ort beraten und einen Er-

fahrungsaustausch ermöglichen. Die Leiter werden einmal pro Jahr zu einer Weiterbildung eingeladen, um fachlich immer auf dem neuesten Stand zu sein.

Auf seiner Internetseite stellt der Verein zahlreiche Informationen kostenlos zur Verfügung, etwa Adressen von Selbsthilfegruppen oder von auf Migräne spezialisierten Kliniken. Mitglieder erhalten viermal jährlich das „migräne magazin“. Darin werden aktuelle Erkenntnisse bei Therapie und Diagnostik vorgestellt, aber auch Hilfen aus der Naturheilkunde sowie Entwicklungen in der Gesundheitspolitik, die Migränepatienten betreffen. Dazu bietet die MigräneLiga ihren Mitgliedern Flyer und Bro-

schüren an sowie eine kostenfreie Beratung bei persönlichen Fragen. Zweimal im Jahr lädt die Liga zu einem Symposium mit namhaften Referenten ein, die über aktuelle Entwicklungen zur Behandlung von Migräne informieren. Das nächste Symposium findet am 29. September 2017 in Hamburg statt. □



www.migraeneliga.de

MigräneLiga e.V. Deutschland,

Lucia Gnant (Präsidentin)

Pfälzer Str. 16, 69123 Heidelberg

Tel.: 06221 759400-2, Fax: 06221 759400-1

E-Mail: geschaeftsstelle@migraeneliga.de

Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V.

Mit Narkolepsie aufgeweckt durchs Leben

Die Deutsche Narkolepsie-Gesellschaft e.V. (DNG) ist der älteste Selbsthilfeverband in der Schlafmedizin in Deutschland und wird im ganzen Bundesgebiet durch Selbsthilfegruppen

vertreten. Von drei Betroffenen 1980 gegründet, hat der Verein heute mehr als 1.000 Mitglieder bundesweit. Ziel der DNG ist es Betroffene zu beraten und zu unterstützen. Zudem ist die Aufklärung

über die Erkrankung in der Öffentlichkeit und auch bei Ärzten und Politikern sehr wichtig.

In der DNG haben sich Patienten, die an Narkolepsie leiden, und Ärzte, die in diesem Fachgebiet forschen und tätig sind, zusammengeschlossen. Der Verein steht auch Angehörigen betroffener Personen sowie Menschen offen, die die Zie-

le der DNG unterstützen wollen. Die DNG-Selbsthilfegruppen können sich im Rahmen von regelmäßig stattfindenden Selbsthilfetreffen austauschen und weiterbilden. Die DNG berät und informiert Betroffene und stellt entsprechendes Informationsmaterial bereit.

Narkolepsie ist eine seltene neurologische Erkrankung, die ein Leben lang besteht, jedoch nicht lebensbedrohlich ist. Bei der Krankheit handelt es sich um eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus,

charakterisiert durch übermäßige Tages-schläfrigkeit und imperativen Schlafdrang. Bei einigen Betroffenen kommt ein durch Emotionen ausgelöster, plötzlicher, vorübergehender Verlust der Muskelspannung hinzu – die sogenannten Kataplexien. Darüber hinaus klagen die meisten über einen gestörten Nachtschlaf. Die Zahl der Betroffenen in Deutschland wird auf 40.000 geschätzt, wobei die Dunkelziffer recht hoch ist. Das liegt unter anderem daran, dass es auch

heute noch mehrere Jahre dauert, bis die richtige Diagnose gestellt wird. ☐

Deutsche Parkinson Vereinigung – Bundesverband – e.V.

Lebensumstände verbessern

Die Deutsche Parkinson Vereinigung – Bundesverband – e.V. (dPV) ist eine Selbsthilfevereinigung, die 1981 gegründet wurde und heute zu den größten Patientenorganisationen Deutschlands zählt. Insgesamt zwei Landesverbände, elf Landesorganisationen und 450 Regional- und Kontaktgruppen setzen sich für die Belange von Parkinson-Erkrankten und deren Angehörige ein.

Vorrangiges Ziel der dPV ist es, die Lebensumstände von Parkinson-Patienten und deren Familien zu verbessern. Als wesentliches Anliegen betrachtet es die dPV, Patienten mit Informationen zu versorgen, um damit das Selbstbewusstsein der Betroffenen nachhaltig zu stärken.

Gleichzeitig ist es Ziel des Verbandes, durch juristische Beratung den Patienten zu helfen, ihre Anliegen auch im Kontext mit anderen Partnern im Gesundheitswesen durchzusetzen. Gleichzeitig sollen die Betroffenen nachhaltig gestärkt werden, dass sie die therapeutischen Bemühungen von Ärzten und medizinischem Personal in kritischer Partnerschaft anerkennen und befolgen.

Ein wichtiger weiterer Teilbereich der Arbeit der dPV ist die Förderung der Forschung. Dabei werden insbesondere solche Projekte finanziell gefördert, die zeitnah den Parkinson-Patienten bei der Bewältigung ihrer krankheitsbedingten Symptomatik helfen sollen.

Eine Übersicht der Forschungsprojekte, die derzeit von der dPV finanziell unterstützt werden, kann man auf unserer Homepage finden. Ferner fördert die dPV mit Nachdruck alle Aktivitäten bei denen die kreativen Potenziale der Patienten angesprochen und unterstützt werden. ☐

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e.V.

MS bekämpfen – MS-Erkrankte begleiten

Multiple Sklerose (MS) verändert das Leben von einem Tag auf den anderen – nicht nur für die bundesweit mehr als 200.000 Menschen mit dieser chronischen Erkrankung, sondern auch für deren familiäres Umfeld. Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) trägt dazu bei, daran nicht zu verzweifeln, neuen Mut zu fassen und angesichts vieler auch widersprüchlicher Informationen den Überblick zu behalten. Die Website bietet umfangreiche Nachrichten zu Therapie und aktueller Forschung, ein Expertenforum,

Informationen zu Kliniken und Pflegediensten und vieles mehr. Viermal im Jahr erscheint die Zeitschrift „aktiv“

Der DMSG-Bundesverband setzt sich bei politischen Entscheidungsträgern und dem Gesetzgeber für eine optimale Versorgung ein und unterstützt MS-Forschungsprojekte zur Grundlagenforschung und Therapieoptimierung.

Die DMSG fasst ihre Aufgaben wie folgt zusammen:

- Wir informieren,
- wir helfen,
- wir fördern die Forschung,

- wir vertreten die Interessen von MS-Erkrankten,
- wir qualifizieren Fachkräfte,
- wir sichern Qualität in der Versorgung. ☐

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. Gleichberechtigte Akteure

Sie verstehen sich als gleichberechtigte Akteure im psychiatrischen Versorgungssystem – die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Auf Augenhöhe wollen sie einbezogen werden in die Begleitung nahestehender Menschen, deren seelisches Gleichgewicht verloren gegangen ist. Dies gilt vor allem, wenn über die Möglichkeiten ambulanter Versorgung und stationärer Aufenthalte nachgedacht wird. Denn als diejenigen, die den Alltag mit und ohne Erkrankung kennen, wollen die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen an Entscheidungen partizipieren. Gerade mit dem Blick auf aufsuchende Hilfen im Zusammenhang mit stationsäquivalenten Leistungen wollen die Angehörigen gehört werden.

Im Austausch mit vielen Verbänden in den psychiatrischen Strukturen wird der

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BAPK) e.V. mit seinen mehr als 8.500 Mitgliedern in 15 Landesverbänden in die Entwicklung von Leitlinien und die Formulierung von Stellungnahmen einbezogen. Für politisch Verantwortliche ist der BAPK mit seinen Gliederungen unverzichtbarer Gesprächspartner, wenn es um die Gestaltung von Gesetzen geht.

Die Sicht der Angehörigen wird vor allem an Stellen bemerkbar, wenn staatlich oder Krankenkassen-finanzierte Projekte durchgeführt werden. Studien zur Aggression von psychisch erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld haben zu Deeskalationstrainings für Angehörige und einer praxisorientierten Handreichung geführt. Mehr als 2.500 Anfragen jährlich beantworten Beraterinnen und Berater am „SeeleFon“, einem nieder-

schwelliges Hilfeangebot. Derzeit thematisiert der BAPK in einem vom Bundesministerium für Gesundheit getragenen Projekt die verbindlich vereinbarte Einbeziehung von Angehörigen in die Kliniken. Gemeinsam mit dem BKK-Bundesverband und dem BKK-Landesverband Nordwest setzt der BAPK mit einem „SeeleFon für Flüchtlinge“ in arabischer, französischer und englischer Sprache Akzente. □

www.bapk.de
Bundesverband
der Angehörigen
psychisch erkrankter
Menschen e.V.
Oppelner Str. 130, 53119 Bonn
Tel.: 0228 71002400, Fax: 0228 71002429
E-Mail: bapk@psychiatrie.de


**familien selbsthilfe
psychiatrie**
Bundesverband der
Angehörigen psychisch
erkrankter Menschen e.V.

Deutsche DepressionsLiga e.V. (DDL) Verstecken? Geheim halten? Nicht mit uns!

Die Deutsche DepressionsLiga e.V. (DDL) hat es sich zur Aufgabe gemacht, Betroffenen und deren Angehörigen zu helfen. Und Mut zu machen, die Depression als solches anzuerkennen und zu behandeln, was sie ist: eine Erkrankung. Nicht mehr und nicht weniger.

Die DDL ist eine bundesweite unabhängige Patientenvertretung, die sich um Belange von Depressiven und deren Angehörigen kümmert. Sie ist eine reine Betroffenen-Organisation; alle aktiven Mitglieder haben selbst oder als Angehörige ihre Erfahrungen mit der Erkrankung gemacht beziehungsweise tun dies bis heute. Die DDL ist Sprachrohr für Betroffene, beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die DDL bietet Hilfe an, unterstützt Projekte und tritt selbst öffentlich auf – bei Informationsveranstaltungen und Fachforen, wie jüngst bei der zentralen Auftaktveranstaltung des Bundesgesundheitsministeriums zum Weltge-

sundheitstag. Motto: „Depression, let's talk.“

Drei auf Dauer angelegte Projekte werden von der DDL in besonderem Maße unterstützt:

1. Die „MUT TOUR“ ist Deutschlands erstes Aktionsprogramm auf Rädern, das 2017 bereits zum vierten Mal durch Deutschland rollt und einen Beitrag zur Entstigmatisierung der Depression als Erkrankung leistet: In zwölf Etappen radeln 50 depressionserfahrene und -unerfahrene Menschen gemeinsam 7.300 Kilometer durch die ganze Republik.
2. „Radio sonnengrau“ ist eine Radiosendung, die sich mit den Themen Depression und anderen psychischen Erkrankungen beschäftigt, gepaart mit Musik, Informationen und Serviceangeboten. Auf unterhaltsame Art und Weise sprechen unsere Projektpartnerin, die Journalistin und Moderatorin Tanja Salkowski und ihr Team, Tabuthemen offen an und verleihen ihnen

dadurch die dringend erforderliche Normalität.

3. Das Kinderbuch „Papas Seele hat Schnupfen“ des Monterosa-Verlages von Claudia Gliemann. Mittels eines Schulprojektes für Grundschulkinder sowie einer Lesereise vermittelt die Geschichte des Zirkuskindes Nele, dessen bewunderter Papa an Depression erkrankt, betroffenen Kindern das erleichternde Gefühl, dass sie nicht alleine sind in ihrer Situation und zeigt den Freunden dieser Kinder auf, wie sich diese Situation für die betroffenen Kinder und deren Familien anfühlt. □

www.depressionsliga.de
Deutsche DepressionsLiga e.V.
Postfach 1151, 71405 Schwaikheim
Tel. 07144 704 89-50, Fax: 07144 704 89-79
E-Mail: kontakt@depressionsliga.de


Zurück ins Leben!
www.depressionsliga.de

bipolar-forum

Einstieg in die Hilfe zur Selbsthilfe

Das bipolar-forum.de, eine Dienstleistung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS), ist ein erfolgreiches und gut frequentiertes Selbsthilfeforum und lädt zum Gedankenaustausch und zur Diskussion rund um die Bipolare Störung ein.

Das Forum möchte dazu beitragen, aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse

zu vermitteln und den persönlichen Erfahrungsaustausch zu fördern. Lernen von den Erfahrungen anderer kann dazu beitragen, den eigenen Standort zu bestimmen und den persönlichen Umgang mit der bipolaren Erkrankung fördern. Für viele Teilnehmer war und ist das Forum ein Einstieg in die Hilfe zur Selbsthilfe und zur Information. □

www.bipolar-forum.de

bipolar-Forum, Verein für bipolar Erfahrene, Angehörige, Fachleute eine Dienstleistung der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
Postanschrift Geschäftsstelle:
DGBS, Klinik für Psychiatrie,
Heinrich-Hoffmann-Straße 10, 60528
Frankfurt a.M. Tel. 0700 333 444 54
E-Mail: admin@bipolar-forum.de



Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Deutlich mehr als nur Selbsthilfegruppe

Seit ihrer Gründung durch Liz Mohn 1993 verfolgt die Stiftung das Ziel, Schlaganfälle zu verhindern und den Folgen dieser Erkrankung entgegenzutreten. Von Prävention und Gesundheitsförderung über Notfallmanagement und Akutversorgung bis hin zu Rehabilitation und Nachsorge engagiert sich die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe in allen Bereichen.

Die Stiftung versteht sich als treibende Kraft in der Aufklärungs- und Präventionsarbeit und als Ansprechpartner Nr. 1 für Betroffene und Angehörige. Unterstützt wird die Schlaganfall-Hilfe in ihrer Arbeit von 200 Regionalbeauftragten, meist Neurologen aus Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen, die ehren-

amtlich für die Stiftung tätig sind. In Kooperation mit der Schlaganfall-Hilfe bieten 30 Regionalbüros bundesweit eine Anlaufstelle für Betroffene. Unter dem Dach der Stiftung sind bisher 450 Schlaganfall-Selbsthilfegruppen entstanden.

In der Akuttherapie hat die Stiftung gemeinsam mit der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft Zeichen gesetzt: Heute gibt es in Deutschland über 300 Stroke Units, die durch die Fachgesellschaft und die Stiftung zertifiziert wurden. Ein wichtiges Ziel der kommenden Jahre ist die Verbesserung der Nachsorge. Dazu hat die Stiftung innovative Modellprojekte wie den Schlaganfall-Lotsen und die ehrenamtlichen Schlaganfall-Helfer ins Leben gerufen. □

Der Schlaganfall kann jeden treffen, sogar ungeborene Kinder im Mutterleib. Seit mehr als 15 Jahren engagiert sich deshalb die Aktion Kinder Schlaganfall-Hilfe für ein besseres Versorgungsnetzwerk und eine intensive Betreuung der betroffenen Familien. □

www.schlaganfall-hilfe.de

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe,
Schulstr. 22, 33111 Gütersloh
Tel.: 05241 9770-0, Fax: 05241 9770-777
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
Twitter: twitter.com/Schlaganfall_Dt
Facebook: facebook.com/SchlaganfallHilfe



Patientenorganisation: Deutsche Hirntumorhilfe

Wissen schafft Zukunft

Die Deutsche Hirntumorhilfe ist ein gemeinnütziger Verein, der sich seit 1998 für die Interessen von Hirntumorpatienten einsetzt. Er ist unabhängig, bundesweit tätig und hat seinen Sitz in Leipzig. Der Patient steht im Mittelpunkt der Arbeit, die allein aus Spenden finanziert wird. Über 991 Mitglieder (2016) engagieren sich in Kooperation mit Fachgesellschaften und Fachärzten für ein Ziel: Die Krankheit Hirntumor muss heilbar werden – so schnell wie möglich.

Eine Vielzahl von Projekten zur Verbesserung der Versorgung von Hirntumorpatienten werden seit 1998 verwirklicht. Entsprechend dem Motto „Wissen schafft Zukunft“ informieren wir über aktuelle Standards sowie Fortschritte in der Therapie. Unsere Informations- und Kontaktstelle versteht sich als zentrale Anlaufstelle für Menschen, die mit der Diagnose Hirntumor konfrontiert sind. Unsere Organisation ist die Einzige im deutschsprachigen Raum, die sich spezi-

ell für die Belange von Hirntumor- und Hirnmetastasenpatienten einsetzt. □

www.hirntumorhilfe.de

Deutsche Hirntumorhilfe e.V.
Karl-Heine-Str. 27, 04229 Leipzig
Tel. 0341 5909396
E-Mail: info@hirntumorhilfe.de
Informationsdienst: Tel. 03437 702 702
(wochentags von 10 bis 16 Uhr)
Sorgentelefon: Tel. 03437 999 68 67
(dienstags von 10 bis 15 Uhr)



DGN-Nachwuchsinitiative

10 Jahre Junge Neurologen – Wir feiern!



© DGN / Rosenthal

Die Jungen Neurologen – die Nachwuchsorganisation der DGN und der Berufsverbände BDN und BVDN – feiern ihren 10. Geburtstag!

Und sie haben allen Grund dazu: Seit der Gründung hat sich einiges getan.

Natürlich feiern wir“, kündigt Anne Sophie Biesalski an, Sprecherin der Jungen Neurologen. „Wir freuen uns auf ein Fest mit allen ehemaligen Mitgliedern der Kerngruppe und werden gemeinsam auf die vergangenen und die kommenden zehn Jahre anstoßen, und natürlich Pläne für die Zukunft schmieden.“

Die jährlichen Summer Schools in allen vier Himmelsrichtungen sind fester Bestandteil des Programms und erfreuen sich großer Beliebtheit. Auch Angebote wie das Mentorenprogramm, „Dein

Tag in der Neurologie“ oder das abwechslungsreiche Nachwuchsprogramm der Jungen Neurologen während des DGN-Kongresses (siehe S. 56) haben sich in den vergangenen Jahren etabliert und gehören fest zum Portfolio der „JuNos“.

Der DGN-Kongress ist auch für den Nachwuchs eine wichtige Plattform für den Start in die Neurologie. Jährlich vergibt die DGN 150 Stipendien für Studierende, bevorzugt im PJ. Die Jungen Neurologen organisieren mit Unterstützung der DGN ein umfangreiches eigenes

Programm für Medizinstudierende, PJler und Assistenzärzte – mit Tipps für Kongressneulinge, praktischen Anleitungen für Berufsanfänger, spannenden Vorträgen, Meet-the-Expert sowie Workshops rund um Beruf und Karriere in Klinik und Forschung. Am JuNo-Infostand und im „Social Club“ können Kontakte geknüpft und ausgebaut werden. Auf einige Programmpunkte sei besonders hingewiesen:

- In **State-of-the-Art**-Veranstaltungen fassen erfahrene Neurologen das Wichtigste zu verschiedenen neurologischen Erkrankungen und Themen zusammen. Hier geht es nicht um die Wiederholung des Lehrbuchwissens, sondern um praktische Anleitungen und Tipps, wie junge Neurologen (und solche, die es werden wollen) zum Beispiel in der Notfallambulanz vorgehen sollten.
- Im klinisch-wissenschaftlichen Intensivseminar „**Meet the expert**“ diskutieren junge Neurologen und Medizinstudierende aktuelle Paper zum Thema „Gut-Brain-Axis – die Verbindung zwischen Darm und Nervensystem“ mit Koryphäen des Fachs.
- Die Jungen Neurologen sind die größte Nachwuchsorganisation der Neurologie in Europa. Daher ist es ihnen ein

Forschung für Alle in der Junge-Neurologen-Postersession

Während einer üblichen Postersitzung stellen häufig Experten Fragen an die Posterautoren, was bei Kollegen zu Beginn der Forscherkarriere oft zu einer gewissen Einschüchterung führen kann. Dem entgegengesetzt ist das Konzept der Postersession der Jungen Neurologen, wo die Fragerunde von peer-to-peer, also in einer Runde von jungen Ärzten, Studierenden und Naturwissenschaftlern stattfindet. Geführt wird die Sitzung von drei Posterpreisträgern des Vorjahres. Dabei werden etwa zehn Poster präsentiert, die ein möglichst breites Spektrum aus der neurowissenschaftlichen Forschung abdecken. Falsche oder dumme Fragen aus der Zuschauerrunde gibt es dabei nicht. Ziel ist es, in neue Themengebiete und Methoden einzutauchen und dabei auch etwas über den Entstehungsprozess einer wissenschaftlichen Arbeit sowie die dabei aufgetretenen Hürden und Hindernisse zu erfahren. Somit entsteht – inzwischen bereits zum vierten Mal – eine interaktive Diskussion, die zeigt, dass Wissenschaft zwar selten einfach ist, aber oft sehr belohnend sein kann, und es immer eine passende Nische für klinische Forscher, Grundlagenforscher oder einfach nur neugierige Ärzte gibt.

Dr. Xenia Kobeleva

Junge Neurologen Postersession:

Donnerstag, 21. September 2017, 9:30 bis 10:30 Uhr, Treffpunkt am Junge-Neurologen-Stand

besonderes Anliegen, Verbindungen auch über die deutschen Landesgrenzen hinweg zu pflegen und weiterzuentwickeln – zum Austausch in Wissenschaft und Forschung, aber auch der klinischen Expertise. Das Seminar „**Neurologie International**“ will die internationalen Aktivitäten der Jungen Neurologen darstellen und über Möglichkeiten für junge Neurologen außerhalb Deutschlands informieren.

— Im diesjährigen Halbtageskurs der **Fortbildungsakademie** mit dem Titel „Fit für die Epileptologie“ werden anhand von fünf prägnanten Vorträgen und Videopräsentationen wesentliche Aspekte aus dem Bereich der Epilep-

tologie mit Schwerpunkt auf den fokalen Epilepsien dargestellt. Es sollen sowohl Grundlagen zu Diagnostik und Therapie als auch die sozialmedizinischen Konsequenzen der Erkrankung vermittelt werden. Neben praktischem klinischem Wissen werden auch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse vermittelt.

— 2017 haben die Jungen Neurologen einen Blick in die Kliniken geworfen und in einer großangelegten Evaluation die Kolleginnen und Kollegen nach der Weiterbildungssituation in der Neurologie befragt. Wie läuft es in der neurologischen Weiterbildung? Welche Probleme bringen die zunehmen-

de Arbeitsverdichtung und die zum Teil knappe Personalsituation mit sich? Welche Chancen bieten aber auch spezifische Weiterbildungsmodelle oder die klinikinterne Organisation? Im Symposium sollen die Ergebnisse der **Umfrage** vorgestellt und diskutiert werden. Zugleich bietet die Veranstaltung die Möglichkeit, von Kolleginnen und Kollegen – auch anderer Fachbereiche – zu lernen. □

AUTOREN

Dr. med. Arne Hillienhof, Köln

Dr. med. Anne Sophie Biesalski, Witten

Interview mit der künftigen Sprecherin der Jungen Neurologen

„Die Neurologie begeistert mich durch ihre Vielseitigkeit“

Ab September 2017 ist Dr. Sophie Aschenberg aus Köln für zwei Jahre Sprecherin der Jungen Neurologen. Wir haben sie nach ihren Erfahrungen mit dem Fach und den Jungen Neurologen befragt und besonders zu ihren Plänen für die kommenden zwei Jahre.



Dr. Sophie Aschenberg

? Frau Dr. Aschenberg, warum haben Sie sich für das Fach Neurologie entschieden?

Aschenberg: Die Neurologie begeistert mich durch ihre Vielseitigkeit. Neben akuten Notfällen, bei denen jede Minute zählt, ist bei anderen Erkrankungen geduldige Detektivarbeit gefragt – erst ein lange gesuchtes Puzzleteil führt zur Diagnose. Jede Altersklasse kann betroffen sein und die Erkrankungen beruhen auf verschiedensten Pathomechanismen.

? Wie haben Sie die Jungen Neurologen kennengelernt und was gefällt Ihnen an den Jungen Neurologen?

Aschenberg: Das erste Mal hatte ich mit den Jungen Neurologen in meinem Studium als Teilnehmerin der Summer School in Tübingen Kontakt. Schon damals sprach mich deren Konzept sehr an: Fachliche Themen werden in lockerer Atmosphäre vermittelt. Dabei lernt man viele motivierte und interessierte Gleichgesinnte ken-

nen, tauscht Erfahrungen aus und hat nebenbei viel Spaß.

? Welche Projekte haben Sie bisher bei den Jungen Neurologen betreut?

Aschenberg: Zum einen betreue ich die Summer School in Köln. Da ich dort an der Uniklinik arbeite und meine Wahlheimat Köln zu schätzen gelernt habe, bereitet es mir große Freude, den Teilnehmern neben der Neurologie auch die Metropole am Rhein näherzubringen. Außerdem organisiere ich Veranstaltungen beim DGN-Kongressprogramm der JuNos, die letzten Jahre eine Podiumsdiskussion zur Vereinbarkeit von Karriere, Klinik und Familie – ein hochaktuelles Thema, bei dem sich in den Kliniken und politisch viel tut.

? Welchen Themen werden sich die Jungen Neurologen künftig widmen? Haben Sie besondere Pläne für die Sprecherzeit?

Aschenberg: Ein wichtiges Projekt ist unsere Weiterbildungsumfrage unter allen

deutschen Weiterbildungsassistenten, dessen Ergebnisse beim diesjährigen DGN-Kongress präsentiert werden. Die Daten zur Evaluation der neurologischen Weiterbildung werden wir nun intensiv aufarbeiten, um Optimierungsvorschläge zu liefern. Des Weiteren möchte ich die wissenschaftliche Arbeit in der Neurologie in unserem Kongressprogramm stärker hervorheben, um mehr Studierende mit dem Thema Forschung in Berührung zu bringen.

? Die Jungen Neurologen werden in diesem Jahr zehn Jahre alt – wird das gefeiert?

Aschenberg: Selbstverständlich! Beim diesjährigen DGN-Kongress in Leipzig sind verschiedene Aktionen geplant, wo wir an die rasante Entwicklung und die erfolgreichen Projekte seit der Gründung erinnern möchten. Zur kulinarischen Krönung wird es eine große Torte im „JuNo-Design“ mit 150 Stücken geben!

Veranstaltungen der Jungen Neurologen (JuNo) auf dem DGN-Kongress 2017 in Leipzig	
Mittwoch, 20. September 2017	
13:30 – 14:00 Uhr JuNo-Stand	Begrüßung der Stipendiaten. Hier gibt es die ersten Infos für Stipendiaten zur Orientierung. <i>A.-S. Biesalski, Witten</i>
13:30 – 15:00 Uhr DGN(forum)	Mein Job – Mein Leben: Karrierewege in der Neurologie Erfahrene Neurologen beschreiben ihren Lebensweg und berichten von ihren Erfahrungen im Verlauf ihrer Karriere <i>L. Meyer, Köln, N. Kleineberg, Köln</i> 13:30 Uhr Vom Assistenzarzt bis zur Niederlassung <i>F. Pawlas, Hamburg</i> 14.15 Uhr Karriere und Familie – ein Beispiel für die Vereinbarkeit <i>U. Meyding-Lamadé, Frankfurt/Main</i>
15:30 – 17:30 Uhr DGN(forum)	Die Weiterbildungsumfragen der Jungen Neurologen und der DGN: Weiterbildung in der Neurologie – Hemmnisse und Chancen <i>J. Behncke, Hamburg, A.-S. Biesalski, Witten, C. Franke, Berlin, G. Fink, Köln/Jülich, P. Schmölzer, Karlsruhe, A. Bingel, Berlin</i>
19:00 – 23:00 Uhr Moritzbastei, Unterkeller	JuNo Social Club Zum Auftakt und Kennenlernen: die JuNo-Partynacht. Wir ziehen direkt vom Kongress in die Location. Treffen am Stand der Jungen Neurologen um 18:30 Uhr.
Donnerstag, 21. September 2017	
9:00 – 9:20 Uhr JuNo-Stand	Kongress-Guide Die Jungen Neurologen geben Kongressneulingen Tipps und machen Vorschläge, wo es sich lohnt hinzugehen und wie man seine Kongresszeit optimal ausnutzt, Insidertipps inklusive. <i>J. Behncke, Hamburg, T. Schreckenbach, Würselen</i>
9:30 – 10:30 Uhr JuNo-Stand	Poster Session Zehn aktuelle Poster des DGN-Kongresses. Wir besprechen die Poster mit Preisträgern des vergangenen DGN-Kongresses. <i>F. Hopfner, Kiel, X. Kobeleva, Bonn</i>
17:30 – 19:00 Uhr Saal B	State of the Art – Teil 1 Von Koryphäen lernen: Erfahrene Neurologen fassen den State of the Art bei wichtigen neurologischen Erkrankungen zusammen. 17.30 Uhr Kopfschmerz <i>H.-C. Diener, Essen</i> 18.15 Uhr Intensivneurologie <i>J. Bösel, Heidelberg</i>
Freitag, 22. September 2017	
9:00 – 9:20 Uhr JuNo-Stand	Kongress-Guide (wie Donnerstag) <i>E. Gülke, Hildesheim, L. Müller, Würzburg</i>
8:30 – 9:30 Uhr Saal 3	Neurologie International Dieses Seminar soll die internationalen Aktivitäten der Jungen Neurologen darstellen und über Möglichkeiten für junge Neurologen außerhalb Deutschlands informieren. <i>C. Franke, Berlin, L. Grindegaard, Lund, Schweden</i> 8.30 Uhr RRFS – die Nachwuchsorganisation der EAN <i>A. Sauerbier, London, UK</i> 9.00 Uhr Das European Board Exam der EAN – die europäische Facharztprüfung
8:30 – 11:30 Uhr M1 + M2	HTK 16 – Fit für die Epileptologie: Fokale Epilepsien – Kurs der Fortbildungsakademie und der Jungen Neurologen Anhand von fünf prägnanten Vorträgen und Videopräsentationen werden wesentliche Aspekte aus dem Bereich der Epileptologie mit Hauptaugenmerk auf den fokalen Epilepsien dargestellt. <i>J. Geithner, Berlin, A. Strzelczyk, Frankfurt/Main, S. Knake, Marburg, M. Holtkamp, Berlin, F. von Podewils, Greifswald</i>
12:30 – 14:00 Uhr DGN(forum)	Meet the expert – klinisch-wissenschaftliches Intensivseminar: die Verbindung zwischen Darm und Nervensystem Junge Neurologen und Medizinstudierende diskutieren aktuelle Paper mit Koryphäen des Fachs 12.30 Uhr Neurodegeneration (1) <i>W. H. Oertel, Marburg</i> 12.45 Uhr Neurodegeneration (2) N.N. 13.00 Uhr Stroke/Neurovascular (1) <i>A. Meisel, Berlin</i> 13.15 Uhr Stroke/Neurovascular (2) <i>K. Winek, Berlin</i> 13.30 Uhr Multiple Sklerose/Neuroimmunologie (1) <i>H. Wekerle, Planegg-Martinsried</i> 13.45 Uhr Multiple Sklerose/Neuroimmunologie (2) N.N.
16:30 – 18:00 Uhr	State of the Art – Teil 2 16.30 Uhr Wie überlebe ich meinen ersten Nachtdienst? – RedFlags der Triagierung und der Neurologie in der Rettungsstelle <i>H. Topka, München</i> 17.15 Uhr Therapie der MS <i>M. Weber, Göttingen</i>
18:30 – 20:00 Uhr	Forschung in der Neurologie: Drittmittel, Anträge, welche Stipendien gibt es? In welche Richtung geht die Forschung in Zukunft? Open Science, die neue Kommunikationsplattform? <i>A. Villringer, Leipzig, H. Prüb, Berlin, L. Liebenau, Berlin</i>
Samstag, 23. September 2017	
8:30 – 11:30 Uhr Seminarraum 14/15	Workshop: Aus Fehlern lernen <i>P. Gaidzik, Witten, B. Cevik, Bochum</i>
12:00 – 13:30 Uhr Saal B	Update Okulomotorikstörungen und Nystagmus Wichtiges und Neues zur Diagnostik und Therapie <i>K. Rauen, Zürich, CH, M. Strupp, München</i>

Hier steht eine Anzeige.



DGPPN-Nachwuchsinitiative

„Generation PSY“ auf Erfolgskurs

„Generation PSY“ heißt die neue Nachwuchsinitiative der DGPPN, mit der sie mehr junge Menschen für das Fachgebiet begeistern will. Denn um den Beruf des Psychiaters ranken sich noch viele Vorurteile und Klischees. Generation PSY räumt damit auf und zeigt, dass es sich um eine der spannendsten Disziplinen der Medizin handelt.

Zu den Angeboten der „Generation PSY“ gehört neben fundierten und leicht verständlichen Informationen zum Beruf ein besonderes Servicepaket, das auf die unterschiedlichen Abschnitte der Ausbildung zum Facharzt für

Psychiatrie und Psychotherapie abgestimmt ist. Es umfasst beispielsweise Summer Schools, ein Mentoring-Programm oder Intensivkurse zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung.

Auftritt mit Beachtung

Mit Generation PSY wurde eine komplett neue Marke geschaffen. Dreh- und Angelpunkt ist das Webportal www.generation-psy.de. Von dort aus werden zweimal jährlich neue Kampagnenthemen lanciert und über verschiedene Online-Kanäle gespielt. Jede Woche wird neuer Content eingestellt, der auf den ersten Blick oftmals nichts mit Psychiatrie zu tun hat. Dabei schlägt die Nachwuchsinitiative die Brücke zwischen einem frischen, jugendlichen Auftritt und fundierten Informationen zum Beruf. Ein Jahr nach dem Start steht Generation PSY sogar auf der Shortlist eines großen Branchenpreises: Das Portal ist für den German Design Award 2018 nominiert.

Spannende Vorträge, konkrete Fälle, Wege in die Wissenschaft, netzwerken mit den Top-Experten und alle Infos aus erster Hand – der Weltkongress 2017 in Berlin ist das größte Nachwuchsforum auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Erfahrene Experten greifen in Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures und Diskussionsforen spannende Schwerpunktthemen auf, stellen Fälle vor und zeigen mögliche Wege in die Wissenschaft. In praxisorientierten Courses erfahren die jungen Kongressteilnehmer, wie sie ihren ersten Dienst am besten managen oder wie sie sich auf das Austauschjahr in der Neurologie vorbereiten können. Die meisten Formate sind interaktiv gestaltet, sodass sich die Kongressteilnehmer direkt mit den Experten austauschen können. Für Kongressneulinge gibt es am ersten Tag eine Einführung in das Programm. Auch hinter diesen Angeboten steht die Generation PSY. □

Jetzt Mentee werden und von den Besten lernen

Jede Behandlung ist anders, denn jeder Patient und jede Störung sind anders. Diese Vielfalt des Faches können Bücher und Vorträge niemals abbilden, weshalb nur eines hilft: Ein Vor-Ort-Besuch in der Wirklichkeit. Wie? Durch Mentoring. Wir haben das perfekte Programm dafür. Hier lernst Du, wie Ärzte jeden Tag arbeiten, wie sie Patienten untersuchen, wie sie Störungen erkennen und sie individualisiert behandeln.

Was bringt mir das noch? Mentees bekommen Praxis und Kontakte. Bei den hautnahen Einblicken profitierst Du einerseits von der Erfahrung Deines Mentors, der dich bei Deinen ersten psychiatrischen Gehversuchen unterstützt. Andererseits hast Du dann zum Berufseinstieg auch schon erste Kontakte.

Wichtigste Frage: Was müssen Mentees bezahlen? Wichtigste Antwort: Nichts. Auch dank des ehrenamtlichen Engagements unserer Mentoren.

Wie lange dauert das Mentoringprogramm? Kommt ganz drauf an. Auf Dich. Auf Deinen Mentor. Und auf die Schwerpunkte, die ihr setzen möchtet. Das alles klärt ihr vorher in einem Gespräch. Danach richtet sich auch die Dauer des Programms.

Wie melde ich mich an?

Auf www.generation-psy.de haben wir unter den Angeboten alle Infos zusammengestellt.

Die Nachwuchsinitiative der DGPPN

Unsere Gesellschaft braucht junge Psychiater. Wir brauchen dich: generation-psy.de

Die Initiative für Durchstarter.

- Alles rund um den Beruf
- Tolle Angebote, die dich weiterbringen
- Netzwerk mit erfahrenen Mentoren

Generation PSY

LOS

WPA – Weltkongress der Psychiatrie 2017: Early Career Psychiatrists Programme*			
Sonntag, 8. Oktober 2017			
19:00 Uhr	Foyer	Get-together bei der Networking Reception	
Montag, 9. Oktober 2017			
08:45 – 09:45 Uhr	Raum M2/M3	Special Session	Opening of the Early Career Psychiatrists Programme (ECP-P)
10:00 – 11:30 Uhr	Raum Dessau 6	Workshop	Workshop on academic publishing
10:00 – 11:00 Uhr	Saal A2	Meet-the-Expert	Global mental health: the fundamental questions <i>Graham Thornicroft, London/UK</i>
11:45 – 13:15 Uhr	Raum M8	Symposium	Topics of interest in the training of psychiatrists: international perspectives
13:30 – 15:00 Uhr	Raum M1	Symposium	Psychiatry across borders: international collaboration between early career and trainee psychiatrists
13:30 – 14:30 Uhr	Saal A2	Meet-the-Expert	Mental health care for millions – a challenge for young psychiatrists <i>Thara Rangaswamy, Chennai, India</i>
15:15 – 16:45 Uhr	Raum M1	Symposium	Involuntary hospitalization and coercion in psychiatry: new legal and clinical developments and current ethical challenges
15:30 – 19:30 Uhr	Raum R6	Course	Psychiatric genetics: An educational workshop
17:00 – 18:30 Uhr	Raum M1	Symposium	Neurobiological causes of psychosis and ADHD: novel insight from genetic, neuroimaging, behavioral and computational approaches
17:00 – 18:30 Uhr	Raum Weimar 5	Symposium	Migration of patients and doctors – effect on mental health systems
Dienstag, 10. Oktober 2017			
10:00 – 11:00 Uhr	Raum M2/M3	Meet-the-Expert	Cultured minds, brains and bodies: lessons from diversity for psychiatric theory, research and practice <i>Laurence J. Kirmayer, Montreal/Kanada</i>
13:30 – 15:00 Uhr	Saal A3	Pro-Con-Debate	Suicide can be prevented by psychiatrists <i>Pro-Statement: Maria A. Oquendo, New York/USA; Con-Statement: Michael Davidson, Tel Aviv/ Israel</i>
13:30 – 14:30 Uhr	Raum M2/M3	Meet-the-Expert	Pathomechanisms, prediction and prevention of anxiety – a personalized story <i>Katharina Domschke, Freiburg i. Br.</i>
15:15 – 16:15 Uhr	Raum M2/M3	Special Session	Future perspectives of psychotherapy
17:00 – 18:30 Uhr	Raum M2/M3	Symposium	Treating mental disorders over the internet: evidence and caveats from a global perspective
18:45 – 20:15 Uhr	Raum M2/M3	Special Session	Speed dating – discuss your own project and get useful tips for your career
Mittwoch, 11. Oktober 2017			
08:15 – 09:45 Uhr	Raum M1	Symposium	How psychoanalysis can contribute to psychiatric education
08:15 – 09:45 Uhr	Raum M8	Workshop	Basic concepts of rTMs, gauging effectiveness of rTMS effects plus possible neuroanatomical correlates and hands-on training
08:30 – 12:30 Uhr	Raum R11	Course	How to get published
10:00 – 11:00 Uhr	Raum M2/M3	Meet-the-Expert	Personal and not so personal anniversaries <i>Norman Sartorius, Geneva, Switzerland</i>
13:30 – 15:00 Uhr	Raum M2/M3	Symposium	A beginner's guide to a successful career in psychiatry
13:30 – 15:00 Uhr	Raum Weimar 1	Symposium	Innovation in undergraduate medical education in psychiatry – review from educational initiatives to interest students, interprofessional training, simulated patients to evidence-based practice in the Oxford medical student curriculum
15:15 – 16:15 Uhr	Raum M2/M3	Special Session	Future perspectives of pharmacotherapy
15:15 – 16:45 Uhr	Raum M1	Symposium	Forensic psychiatry: hot topics for early career psychiatrists (ECPs)
17:00 – 18:30 Uhr	Raum M1	Symposium	Refugees and mental health: a cultural and medical dilemma
Donnerstag, 12. Oktober 2017			
08:15 – 09:45 Uhr	Raum M1	Symposium	Which is the current status of education and training on academic psychiatry? A world perspective
08:15 – 09:45 Uhr	Raum M8	Workshop	Enhancing creativity and innovation of young psychiatrists
10:00 – 11:30 Uhr	Raum M1	Symposium	How much of somatic medicine do we need in psychiatry
10:00 – 11:00 Uhr	Raum M2/M3	Meet-the-Expert	Psychotherapy – an integral part of psychiatry <i>Fritz Hohagen, Lübeck</i>
11:45 – 13:15 Uhr	Raum M1	Symposium	Psychiatric education of medical students: perspectives from the WPA education section
*Das Nachwuchsprogramm findet in diesem Jahr auf Englisch statt Info und Anmeldung auf www.wpaberlin2017.com			

Neurologen und Psychiater im Netz

Besucherzahlen klettern steil nach oben

„Neurologen und Psychiater im Netz“ (NPiN), das Patienteninformationsportal von BVDN, BDN und BVDP, hat im vergangenen Jahr einen neuen Rekord bei den Besucherzahlen erzielt.

Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum sprang die Zahl der Besucher in den letzten zwölf Monaten um 80 % auf rund 5,8 Millionen. Schon jetzt lässt sich absehen, dass im Gesamtjahr 2017 deutlich mehr als 7 Millionen Patienten und Interessierte die Internetseite nutzen werden. Damit konnte das dynamische Wachstum der letzten Jahre fortgesetzt und die Position des Internetnetzwerkes als meistbesuchte Internetseite zu neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen weiter ausgebaut werden.

Suchmaschinenoptimierung und Pressearbeit zeigen Wirkung

Ein Grund dafür ist die Suchmaschinenoptimierung, die permanent an die aktuellen Erfordernisse angepasst wird. Durch sie wird das Ranking der Internetseite insbesondere bei der Eingabe von Krankheiten als Suchbegriffe deutlich verbessert. Zudem kommen das modern gestaltete Design der Seite, ihre klare und übersichtliche Struktur sowie die umfangreichen und leicht verständlichen Informationen zu neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen mit

zahlreichen Serviceangeboten bei den Nutzern besonders gut an.

Einen wesentlichen Anteil an den weiter zunehmenden Besucherzahlen hat die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Seit dem Start der „Neurologen und Psychiater im Netz“ im Herbst 2004 besteht eine enge Kooperation mit der Deutschen Presse-Agentur (dpa). Die von der NPiN-Redaktion erstellten und von Experten der Berufsverbände freigegebenen Ratgeberartikel zu neurologischen und psychischen Erkrankungen führten im Jahr 2016 zu 40 Agenturmeldungen, die an Presse, Rundfunk- und Fernsehredaktionen verteilt wurden. Mit mehr als 220 Artikeln in Zeitungen und Zeitschriften wurden rund 44 Millionen Leser erreicht. Diese Daten beruhen auf Erhebungen unseres Clipping-Dienstes. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass hier nur Artikel erfasst sind, die als Quelle die „Neurologen und Psychiater im Netz“ angeben. Viele Zeitungen und Zeitschriften sind in den vergangenen Jahren aber dazu übergegangen, in ihren Artikeln die Quelle nicht mehr zu nennen, sodass diese Artikel in den Daten

des Clipping-Dienstes nicht berücksichtigt werden. In regelmäßigen Abständen vorgenommene Stichproben der NPiN-Redaktion zeigen, dass die tatsächliche Zahl der veröffentlichten Artikel und damit auch der erreichten Leser etwa um das Dreifache höher liegt, als die erfassten Daten.

So findet man Ihre Praxis

Das größte neurologische und psychiatrische Informationsportal im deutschsprachigen Raum ist auch die ideale Plattform für niedergelassene Neurologen, Psychiater und Nervenärzte, um sich mit einer Praxis-Homepage zu präsentieren und Patienten zu informieren. Sie enthält Angaben über Leistungsspektrum, Behandlungsschwerpunkte, Praxiszeiten und vieles mehr. Einen visuellen Eindruck von der Praxis vermitteln Bilder des Praxisteams und der Behandlungsräume. Wer bereits über eine Praxis-Homepage im Internet verfügt, kann sich eine Startseite in der Ärzteliste der Patientenplattform einrichten lassen und diese mit seiner bereits bestehenden Homepage verlinken. Damit wird auch die Auffindbarkeit der bereits bestehenden Homepage über Suchmaschinen erheblich verbessert. Die monatlichen Abonnementkosten für eine Praxis-Homepage bei den „Neurologen und Psychiater im Netz“ liegen zwischen 8 und 12 € zuzüglich Mehrwertsteuer. Bei einer Anmeldung bis zum 30. November 2017 ist die Homepage-Erstellung im Rahmen der diesjährigen Herbstaktion kostenfrei. Das Anmeldeformular auf der nächsten Seite enthält alle wesentlichen Informationen.

AUTOR

Jochen Lamp, Frankfurt

Neurologen und Psychiater im Netz
Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenkrankheiten

Herausgeber: von Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Nervenheilkunde und Neurologie aus Deutschland und der Schweiz.

Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie | Kinder- & Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | Neurologie

Startseite | ArztKlinikuche | Krankheiten | Krise/Notfall | Selbsthilfe & Angehörige | Recht | Gehirn & Nervensystem | Suchbegriff

News | News Archiv

21.07.2017: Gebrochenes Herz beeinflusst auch körperliche Stress- und Risikofaktoren
Ein „gebrochenes Herz“ kann ähnlich Symptome hervorrufen, wie ein Herzinfarkt. Auslöser für das...

27.07.2017: Vorfälle im Alter: Psychosoziale Gesundheit besonders wichtig
Körperliche Beeinträchtigungen spielen gegenüber psychosozialen Einflüssen eine geringere Rolle...

24.07.2017: Schlaganfall und Sprachzentrum: Manche Schäden lassen sich besser kompensieren
Miteinander zu sprechen ist eine komplexe Angelegenheit. Nach einem Schlaganfall treten bei den...

Arzt & Klinikuche
Suchbegriff
■ ARZTEUCHE ■ KLINIKUCHE
Finden Sie hier einen Facharzt oder eine Klinik in Ihrer Nähe

Hilfsangebote bei psychischen Notfällen
z.B. Krisen, Suizidgefährdung, Kummer
Frühwarnungs- und Therapiezentren von Psychosen

Nutzer schätzen das moderne Design der Seite, die klare und übersichtliche Struktur sowie die leicht verständlichen Informationen zu Erkrankungen mit zahlreichen Serviceangeboten.

Anmeldung für eine Praxis-Homepage bei www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:

- ☐ Einzelpraxis
8,- € monatlich zzgl. MwSt.
- ☐ Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft*
12,- € monatlich zzgl. MwSt.

* Preis für MVZs mit mehreren Standorten auf Anfrage

Sonderaktion bis
30.11.2017

Kostenfreie Erstellung
Ihrer Praxis-Homepage!

Titel, Name, Vorname

weitere Ärzte

Gesetzliche Berufsbezeichnung, Zusatzbezeichnung, Staat

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, Stadtteil

Telefon

Fax

E-Mail für Korrespondenz

E-Mail für Ihre Praxis-Homepage

Internetadresse (falls vorhanden)

Ärztammer, Kassenärztliche Vereinigung

Ggf. Umsatzsteuer-Identifikationsnummer; Handelsregister, Vereinsregister, Partnerschaftsregister oder Genossenschaftsregister, in das Sie eingetragen sind

- ☐ Ich/Wir bestätige/n, Mitglied in einer der oben genannten Fachorganisationen zu sein.
- ☐ Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unserer bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Sprechstunden

Besonderheiten/Schwerpunkte/ Fremdsprachen

Ich zahle per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791
Ihre Mandatsreferenznummer finden Sie im Buchungstext der halbjährlichen Abbuchung Ihres Kontoauszuges.

Ich ermächtige die Monks-Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Monks-Ärzte im Netz GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Geldinstitut (Name und BIC)

DE

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agb). Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks-Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

Schicken Sie uns Ihre Anmeldung per Fax oder Post:

 per Fax an:
089 / 64 20 95 29

 **Monks - Ärzte im Netz GmbH**
"Neurologen und Psychiater im Netz"
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München

 **Sie haben Fragen?**
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 - 12
E-Mail: support@neurologen-und-psychiater-im-netz.org



Mehr Infos zur Praxis-Homepage finden
Sie unter: www.monks-aerzte-im-netz.de

Wir erstellen mit den von Ihnen angegebenen Daten die Homepage. Weitere Informationen erhalten Sie per Post oder Mail von uns. Sie können uns jederzeit weitere Texte und Bilder (z. B. Fotos, Praxis-Logo) per E-Mail zuschicken. Bis zu 10 Bilder und 5 Unterseiten erstellen wir kostenlos für Sie. Selbstverständlich können Sie Ihre Homepage mit den erhaltenen Zugangsdaten selbst um beliebig viele Bilder und Unterseiten erweitern.

Schlaganfallprophylaxe bei multimorbiden Patienten

Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern (nvVHF) haben ein erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall, das durch fortgeschrittenes Alter und Komorbiditäten wie Hypertonie, Diabetes, Nieren- und Herzinsuffizienz weiter steigt. Eine besondere Herausforderung für die Entscheidung zur Antikoagulation ist die Tatsache, dass höheres Alter und Komorbiditäten gleichzeitig auch das Blutungsrisiko erhöhen. „Umso wichtiger ist es, das Nutzen-Risiko-Potenzial der Antikoagulation bei multimorbiden Patienten sorgfältig gegeneinander abzuwägen“, betonte Professor Hendrik Bonnemeier, Kiel. Für Rivaroxaban (Xarelto®), das ebenso wirksam wie Warfarin ist aber signifikant seltener mit intrakraniellen und tödlichen Blutungen einhergeht, liegt umfangreiche Evidenz aus klinischen Studien wie den ROCKET AF Subgruppen-Analysen vor, die das positive Nutzen-Risiko-Profil auch in Hochrisikokollektiven (eingeschränkte Nierenfunktion, Diabetes, Herzinsuffizienz) detailliert untermauern. „Bei der Dosierung ist nur im Hinblick auf die Kreatinin-Clearance eine Anpassung notwendig“, so Bonnemeier.

Nach Information von Bayer

MS und Kinderwunsch: Das geht!

Etwa 70 % aller MS-Erkrankten in Deutschland sind Frauen und die Mehrheit ist im gebärfähigen Alter. Über 40 % aller Frauen mit MS bekommen erst nach der MS-Diagnose ihr erstes Kind. „Viele MS-Patientinnen beschäftigt die Frage, ob ihr Kinderwunsch mit ihrer MS-Erkrankung vereinbar ist. Dies lässt sich eindeutig bejahen: MS ist kein Hindernis, ein Kind zu bekommen. Es ist jedoch entscheidend, die Patientinnen intensiv und interdisziplinär neurologisch und gynäkologisch zu beraten“, betonte Professor Dr. Judith Haas, Jüdisches Krankenhaus Berlin. Nun steht durch den Wegfall der Gegenanzeige „Schwangerschaft“ auch dem Kinderwunsch während einer Therapie mit Glatirameracetat (Copaxone®) nichts mehr im Weg. Aufgrund der positiven Datenlage wurde die Kontraindikation Schwangerschaft durch eine Nutzen-Risiko-Abwägung ersetzt und im Zuge dieser Änderung sind auch kontrazeptive Maßnahmen nicht mehr erforderlich.

Nach Information von Teva

M. Parkinson: Nicht orale Folgetherapie rechtzeitig einsetzen

➔ Unter der oralen Therapie mit L-Dopa erleben Patienten mit Parkinson einen „Honeymoon“ – für einen begrenzten Zeitraum. Treten schwere motorische Komplikationen auf, sollte mit der Umstellung auf eine nicht orale Folgetherapie wie dem intrajunalen Levodopa-Carbidopa-Intestinal-Gel (LCIG; Duodopa®) nicht zu lange gewartet werden. LCIG ist zugelassen zur Behandlung der fortgeschrittenen, Levodopa-reaktiven Parkinson-Krankheit mit schweren motorischen Fluktuationen und Hyper-/Dyskinesie, wenn verfügbare Kombinationen von Parkinson-Mitteln nicht zu zufriedenstellenden Ergebnissen geführt haben.

Bislang gab es keine klare Definition des fortgeschrittenen Morbus Parkinson, eine dem Schweregrad angepasste Therapie wird häufig zu spät eingesetzt. Unter der Leitung von Professor Angelo Antonini, Parkinson-Abteilung am IRCCS Krankenhaus San Camillo in Venedig/Italien, haben 17 europäische Experten nun einen Konsensus und damit Kriterien entwickelt, anhand derer sich ein fortgeschrittener M. Parkinson erkennen lässt. Für die tägliche Praxis lautet seine Empfehlung einfach: 5 – 2 – 1, oder: „Bei Patienten, die 5 x täglich orales L-Dopa benötigen, täglich mehr als 2 Stun-

den im OFF mit Freezing und posturaler Instabilität verbringen und/oder mindestens 1 Stunde unter einschränkenden Dyskinesien leiden, besteht der Verdacht auf eine fortgeschrittene Erkrankung.“

Eine Reihe kontrollierter klinischer Studien zeigt, dass die Patienten von einer rechtzeitigen Umstellung auf LCIG-Therapie profitieren, auch hinsichtlich der Lebensqualität. Die weltweit größte Untersuchung zur LCIG-Therapie, eine prospektive, offene, internationale 54-wöchige Phase-III-Studie, belegte, dass sich die Zeiten im ON und OFF gegenüber der Ausgangssituation signifikant verbessern und die Lebensqualität nach vier und 54 Wochen signifikant zunimmt, gemessen mittels PDQ-39, European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) und European Quality of Life Visual Analog Scale (EQ-VAS). Die nicht interventionelle Beobachtungsstudie GLORIA bei Patienten mit einem Durchschnittsalter von 67 Jahren weist auf eine gute Wirksamkeit der LCIG-Therapie auch in jüngerem Alter hin.

Dr. Beate Fessler

Symposium „Fortgeschrittener Morbus Parkinson – neue Möglichkeiten zur Einschätzung des Krankheitsstadiums“, 10. Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen, Baden-Baden, 5. Mai 2017; Veranstalter: Abbvie

Vitamin-B12-Mangel frühzeitig erkennen und behandeln

➔ Ein Vitamin-B12-Mangel führt unbehandelt nicht nur zur Anämie, sondern langfristig auch zu neurologischen Symptomen. Die Diagnose sollte frühzeitig erfolgen, um das Potenzial einer parenteralen oder hochdosierten oralen Substitution nutzen zu können.

Vitamin-B12-Mangelsymptome sind nach Aussage von Professor Karlheinz Reiners, Oberarzt und Leiter der Neuromuskulären Spezialambulanz an der Neurologischen Klinik des Hermann-Josef-Krankenhauses Erkelenz, häufig heterogen und unspezifisch. Umso wichtiger sei es deshalb, bestimmte Krankheitsmuster zu erkennen. Hellhörig werden sollte der Arzt bei einer

Kombination aus internistischen, neurologischen und psychiatrischen Symptomen, die sich innerhalb von Wochen bis Monaten entwickelt haben und für die es keine andere sinnvolle Erklärung gibt.

Eine Besonderheit sei das gleichzeitige Auftreten peripherer und zentraler Sensibilitätsstörungen. Während periphere neurologische Defizite von den Patienten oft als socken- und handschuhförmige Gefühlsstörung mit den Qualitäten „taub“, „eingeschlafen“ oder „kribbelnd“ beschrieben werden, wird eine Schädigung der Hinterstränge im Rückenmark oft als Einengungsgefühl („Manschette“) in den oberen oder unteren Extremitäten wahrgenommen.

Besonders gefährdet für einen Vitamin-B12-Mangel sind laut Reiners Menschen mit speziellen Diäten (Vegetarier, Veganer, forcierte Kalorienreduktion), Raucher, Schwangere, Senioren, Diabetiker sowie Patienten mit längerer Säureblockermedikation.

Bei rechtzeitigem Erkennen und Behandeln der Vitamin-B12-Unterversorgung sind nicht nur die Symptome rückläufig, sondern auch der Befund im MRT. „Das macht wirklich Mut, eine solche Mangelsituation zu entdecken und zu therapieren“, so der Neurologe. Entgegen früherer Annahme ist eine effektive Substitutionstherapie selbst bei Malabsorption auch auf oralem Wege

möglich, sofern das Vitamin ausreichend hoch dosiert wird (ein- bis zweimal 1.000 µg/Tag, etwa B12 Ankermann®). Auf diese Weise können auch Problempatienten (Spritzenphobie, wenig Arztkontakte) wirksam behandelt werden. In Studien erwiesen sich beide Applikationsformen als ebenbürtig. Die gute Verträglichkeit des Präparates rechtfertigt im Zweifelsfall auch eine probatorische Therapie.

Dr. Martina-Jasmin Utzt

6. Vitamin-B12-Symposium „Wissen, was Nerven bewahrt“, 6. Mai 2017, München; Veranstalter: Wörwag Pharma

Was gab es Neues zur MS beim AAN-Kongress?

➔ Zwei Wochen nach dem diesjährigen Kongress der American Academy of Neurology (AAN) trafen sich Neurologen in Berlin, um die neu gewonnenen Einblicke zu diskutieren. Zum Thema Multiple Sklerose (MS) fasste Professor Friedemann Paul, Leiter der AG Klinische Neuroimmunologie an der Klinik für Neurologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, die Highlights des Kongresses zusammen.

Diagnostisch erwähnenswert erschien Paul an erster Stelle die Bestimmung der Retinadicke mittels optischer Kohärenztomografie (OCT). Ergebnisse einer Kohortenstudie auf Grundlage der IMSVISUAL-Datenbank deuteten darauf hin, dass sich das Ausmaß der retinalen Atrophie als klinisch nutzbarer Marker der Krankheitsprogression bei MS erweisen könnte. Inzwischen läge ein Follow-up von bis zu 5 Jahren (Durchschnitt: 2,33 Jahre) vor. So bestehe für Patienten mit einer pRNFL-Dicke im unteren Drittel ein vierfach erhöhtes Risiko für die Konversion in eine SPMS vorgelegen. Wie Paul ausführte, deckten sich diese Ergebnisse mit Befunden in der Berliner CIS-Kohorte.

Im Vergleich von Dimethylfumarat (DMF) und Fingolimod (FTY) über 24 Monate, so Paul, hätte sich eine vergleichbare Schubrate bei häufigeren Abbrüchen wegen Nebenwirkungen, schlechterem MRT-Ergebnis und häufigerer Progression für DMF ergeben. Zur Therapie während MS-Schüben hätten sich orales Methylprednisolon in niedriger (625 mg) und hoher (1.250 mg) Dosierung als gleich wirksam erwiesen.

Hinsichtlich Vitamin D seien Ergebnisse der durch Endpunkt-Wechsel beeinträchtigten SOLAR-Studie vorgestellt worden. Demnach verbesserten hohe Vitamin D-Dosen im Vergleich zu Placebo die MRT-Befunde, hätten aber keinen Einfluss auf das NEDA-Ergebnis gezeigt.

Paul ging auch auf neue Studien zu dem Desoxyadenosin-Analogon Cladribin ein. Ein Zulassungsantrag für Cladribin in der EU war 2009 unter anderem an Sicherheitsbedenken gescheitert. Cladribin passiere die Blut-Hirn-Schranke (25 % des Plasmaspiegels), reduziere gezielt T- und B-Lymphozyten und modulierte das Zytokinprofil, ohne die Zahl der Neutrophilen oder natürlichen Killerzellen zu beeinflussen. Den Studien zufolge reduziere Cladribin über vier Jahre die klinische und MRT-bezogene Krankheitsaktivität von RRMS-Patienten sowie – im Vergleich zu Placebo – die Konversionsrate von CIS zur MS. Die Wirksamkeit bestehe insbesondere bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität und sei auch bei zusätzlicher Gabe zu Interferon-beta in der Behandlung von RMS nachgewiesen worden. Die Inzidenz von Malignomen habe sich inzwischen als mit anderen DMD vergleichbar erwiesen. Frühere Hinweise seien in einer ungewöhnlich niedrigen Malignomrate in der Kontrollpopulation erklärt.

Jan Groh

Merck Post-AAN Kongress Spezial Fokus: Was gibt es Neues zur MS?, Berlin, 10. Mai 2017. Veranstalter: Merck Serono

Neue Option für MS-Patienten

Die Europäische Kommission hat die Marktzulassung für Mavenclad® 10 mg (Cladribin-Tabletten) für die Behandlung der schubförmigen Multiplen Sklerose bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität in den 28 EU-Ländern, Island, Liechtenstein und Norwegen erteilt. Mavenclad® ist die erste orale Kurzzeittherapie, die bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität bezüglich der Kriterien Behinderungsprogression, jährliche Schubrate und Krankheitsaktivität gemäß MRT-Befund wirkt. Cladribin erzielt bei oraler Verabreichung an maximal 20 Tagen innerhalb eines Behandlungszeitraums von zwei Jahren nachweislich eine bis zu vier Jahre anhaltende klinische Wirkung.

Nach Informationen von Merck

Epilepsie bei Kindern

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat eine positive Stellungnahme bezüglich der Erweiterung der Zulassung für das Antiepileptikum Lacosamid als Monotherapie und Zusatztherapie zur Behandlung fokaler Anfälle bei Kindern im Alter von 4 bis 16 Jahren abgegeben. Die positive Stellungnahme basiert auf dem Prinzip der Extrapolation der Wirksamkeitsdaten für Lacosamid von Erwachsenen auf Kinder und wird durch die bei Kindern erfassten Daten bezüglich Sicherheit und Pharmakokinetik unterstützt. Die Genehmigungsentscheidung wird im dritten Quartal 2017 erwartet und würde den klinischen Anwendungsbereich des Wirkstoffs erweitern sowie eine neue Behandlungsoption zur Unterstützung der Behandlung von Epilepsie im Kindesalter verfügbar machen.

Nach Informationen von UCB

Hoffnung für SMA-Patienten

Die Europäische Kommission hat die Marktzulassung für Spinraza® (Nusinersen) zur Behandlung der häufigsten Form der spinalen Muskelatrophie (5q-SMA) für ein breites Spektrum an SMA-Patienten erteilt. Die Prüfung durch die EMA erfolgte im Rahmen eines beschleunigten Beurteilungsverfahrens, das den Zweck hat, Patienten mit ungedecktem Behandlungsbedarf einen schnelleren Therapiezugang zu ermöglichen.

Nach Information von Biogen

Bilanzierte Diät unterstützt Regeneration peripherer Nerven

➔ Zu den häufigen Ursachen von „Wirbelsäulensyndromen“ zählen unter anderem Lumbago, Ischialgie, degenerative Verschleißerscheinungen, Bandscheibenprotrusion oder -prolaps, erläuterte Dr. Joachim Merk, Diplom-Sportpädagoge/Physiotherapeut an der BG Unfallklinik Tübingen bei einer Podiumsdiskussion in Bad Wiessee. Ein wesentliches Element der Diagnostik ist die möglichst exakte Anamnese – ganz besonders im Hinblick auf die Schmerzen, wie Dr. Ariane Burtscher, Chefärztin Zentrum für Schmerztherapie – Schön Klinik Harthausen, Bad Aibling, betonte. Bei der Abklärung komme es darauf an, „nichts Schlimmes zu übersehen“, ergänzte Professor Thomas Horstmann, Chefarzt Orthopädie der Medical Park Klinik in Bad Wiessee. Unter anderem seien Metastasen maligner Tumoren oder osteoporosebedingte Wirbelfrakturen Erkrankungen mit umgehendem Handlungsbedarf. Die symptomatische Therapie von Wirbelsäulensyndromen sollte multimodal aufgebaut sein. Neben der Linderung der akuten Beschwerden komme es darauf an, die

Chronifizierung der Beschwerden zu verhindern, so Burtscher. Einige waren sich alle Experten, dass bei Patienten mit Wirbelsäulensyndromen zur nutritiven Unterstützung der körpereigenen nervalen Reparaturmechanismen geschädigter peripherer Nerven auch eine bilanzierte Diät, zum Beispiel mit Keltican® forte, eingesetzt werden kann. Die Kapseln enthalten die für den Nervenstoffwechsel wichtige Nährstoffkombination aus Uridinmonophosphat (UMP), Vitamin B12 und Folsäure.

Als Baustein der RNA unterstützt UMP die Proteinbiosynthese und stellt somit auch eine ausreichende Enzymausstattung für die Reparatur und Remyelinisierung geschädigter Nervenfasern zur Verfügung. Außerdem unterstützt UMP als Bestandteil gruppenübertragender Coenzyme die Synthese von Phospho-, Glykolipiden und Glykoproteinen und somit den Wiederaufbau neuronaler Membranen.

Auch die B-Vitamine B12 (Cobalamin) und Folsäure sind für den nervalen Stoffwechsel essenziell. Als Coenzym ist Vitamin B12 an zahlreichen Stoffwechselprozessen betei-

ligt und spielt eine wesentliche Rolle bei der DNA-Synthese, der Bildung und Erhaltung der Myelinscheiden, der Synthese von Neurotransmittern und bei der Erythropoese.

Einige seiner Funktionen kann Vitamin B12 nur in Kombination mit Folsäure erfüllen. Gemeinsam sichern die beiden B-Vitamine die Unversehrtheit von Zellmembranen und sind an der Ausbildung der Myelinscheiden beteiligt. Folsäure ist als Coenzym an zahlreichen physiologischen Prozessen einschließlich der Biosynthese von Neurotransmittern, Phospholipiden und Hämoglobin beteiligt.

Die Kombination der drei neurotrophen Nährstoffe ist demzufolge eine einfache, gut verträgliche und kausale Möglichkeit zur unterstützenden Behandlung peripherer Nervenschäden.

Dr. Brigitta Schneider

Podiumsdiskussion „Wirbelsäulen-Syndrome – Ein Thema mit vielen offenen Fragen“, 18. Mai 2017, Bad Wiessee; Veranstalter: Trommsdorff

MS: Schon leichte kognitive Einbußen haben Konsequenzen

➔ Rund die Hälfte der Patienten mit MS leidet auch an kognitiven Defiziten. Bei der sekundär progredienten Form ist der Anteil sogar noch größer. Einschränkungen der kognitiven Leistung beeinflussen das All-

tagsleben der Patienten stark. Sie spielen aber vor allem im Berufsleben eine große Rolle und sind häufig auch ausschlaggebend, ob ein Patient noch arbeiten kann oder nicht. Professor Gavin Giovannoni von

der Queen Mary University of London stellte auf der AAN-Jahrestagung eine aktuelle Studie von Campbell et al. vor [Postgrad Med J 2017;93:143–7], die belegt, dass selbst Patienten, die auch nur eine leichte Verschlechterung der Kognition aufwiesen, viel häufiger arbeitslos waren als MS-Patienten ohne Defizite.

In einer aktuellen europäischen Studie von Kobelt et al. [Mult Scler 2017 Feb 1:1352458517694432] wurde erforscht, welche Symptome am häufigsten zu Einschränkungen am Arbeitsplatz führen. An erster Stelle wurde „Fatigue“ mit rund 70% genannt, auf Rang zwei folgte „Schwierigkeiten beim Denken“ (34%). Erst dann kamen eingeschränkte Mobilität (28%), Schmerzen (21%) und Depression (18%) (Abb. 1).

Aber auch bei sozialen Kontakten, bei alltäglichen Verrichtungen und in der Freizeit hat eine verschlechterte Kognition negative Folgen. Zusätzlich trägt sie auch zur Stim-

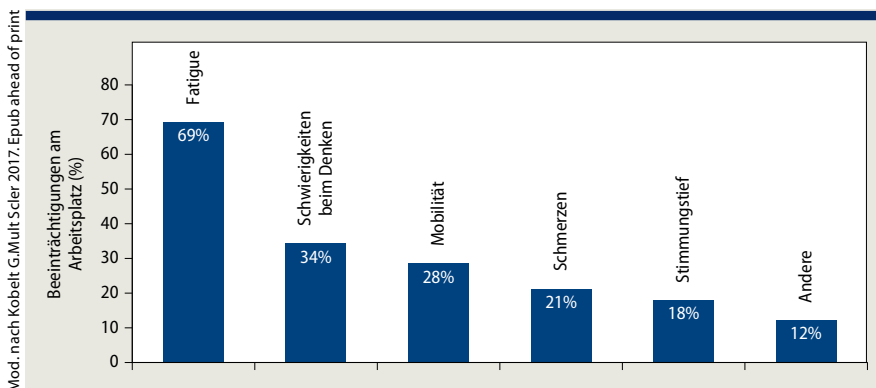


Abb 1: Symptome, die bei MS-Patienten am häufigsten zu Einschränkungen am Arbeitsplatz führen.

mung des Patienten bei. Giovannoni wies darauf hin, dass die Kognition auch auf die Sicherheit der Patienten Einfluss habe, wie beispielsweise beim Autofahren.

Bei Einbußen der Denkleistung kommt es außerdem auch zu negativen Einflüssen auf die MS-Erkrankung selbst: Die Adhärenz sinkt und die Patienten haben mehr Schwierigkeiten mit den unterschiedlichen Symptomen der Erkrankung, mit medizinischen Belangen und mit der Erkrankung allgemein umzugehen.

Eine gute Möglichkeit, um eine kognitive Verschlechterungen zu bestimmen, stellte Professor Ralph Benedict von der State University of New York vor: den Symbol Digit Modalities Test (SDMT). Mit diesem Test sei eine verlässliche Bestimmung des

neuropsychologischen Status möglich. „Er ist sehr einfach durchzuführen und sehr handlich. Er dauert nur 90 Sekunden“, erklärte Benedict. Beim SDMT werden die Zahlen 1 bis 9 verschiedenen Symbolen zugeordnet. Diese Zuordnung soll sich die Testperson kurz einprägen. In einer Reihe mit wahllos aufeinander folgenden Symbolen soll der Patient nun möglichst viele Zahlen den entsprechenden Symbolen zuordnen und die Lösung jeweils benennen.

Um kognitiven Einbußen vorzubeugen, ist eine möglichst frühzeitige Therapie vonnöten. Neue Daten aus der klinischen Routine zeigen, dass eine frühzeitige Therapie bei schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit Dimethylfumarat (Tecfidera®) oder

Natalizumab (Tysabri®) den Verlauf der Erkrankung signifikant verbessern kann. Aktuelle Wirksamkeitsdaten, die auf dem AAN vorgestellt wurden, bestätigen erneut eine Reduktion des Schubrisikos durch Dimethylfumarat [Nicholas J et al. AAN 2017; P6.375]. Daten aus dem Beobachtungsprogramm zu Natalizumab (Tysabri Observational Program, TOP) untermauern seine Wirksamkeit und zeigen, dass eine frühzeitige und kontinuierliche Behandlung zu besseren klinischen Resultaten führt [Spelman T et al. AAN 2017; P6.350].

Dr. Nicola Zink

Industry Therapeutic Update „Improving patient outcomes in MS: stepping together into the future“; AAN-Jahrestagung; Boston/USA, 22. April 2017; Veranstalter: Biogen

CGRP-Hemmer beugt erfolgreich Migräne vor

Bei Migräne wird den Patienten zwar eine medikamentöse Prophylaxe empfohlen, wenn sie mehr als drei Attacken im Monat ausgesetzt sind, einzelne Attacken über 72 Stunden dauern und die Lebensqualität deutlich eingeschränkt ist, allerdings steht bislang kein spezifisches Prophylaktikum zur Verfügung: Die Betroffenen müssen auf Betablocker, Antidepressiva oder Antikonvulsiva ausweichen. Diese seien aber nicht nur wenig wirksam, sondern hätten zum Teil erhebliche unerwünschte Wirkungen, erläuterte Professor Uwe Reuter von der Charité Berlin auf dem EAN-Kongress in Amsterdam. Bei Befragungen von Therapieabbrechern gab jeweils etwa die Hälfte der Betroffenen diese beiden Gründe für den Verzicht auf die Prophylaxe an.

Bald könnte Migränepatienten jedoch eine recht wirksame und nebenwirkungsarme spezifische Prophylaxe zur Verfügung stehen. Reuter verwies auf Phase-III-Ergebnisse mit dem monoklonalen Antikörper Erenumab. Dieser blockiert den Rezeptor für Calcitonin gene-related peptide (CGRP) und verhindert damit die Vasodilatation zerebraler Gefäße.

In der Phase-III-Studie STRIVE hatten knapp 660 Patienten mit episodischer Migräne den Antikörper ein halbes Jahr lang alle vier Wochen subkutan in einer Dosis von 70 mg oder 140 mg erhalten, 319 bekamen Place-

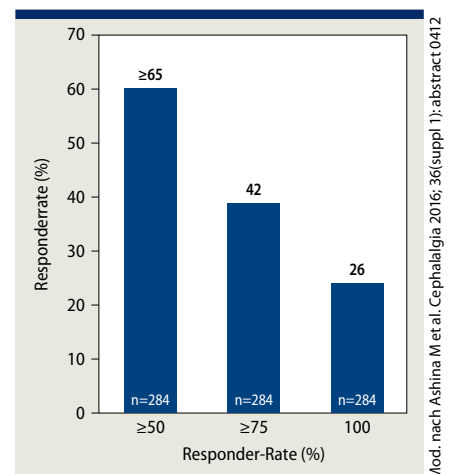
bo. Die Betroffenen waren im Schnitt 41 Jahre alt und hatten 8,3 Migränetage im Monat. Nach 24 Wochen war die Zahl der monatlichen Migränetage unter Placebo um 1,8 Tage, mit der 70-mg-Dosis um 3,2 und mit der 140-mg-Dosis um 3,7 Tage zurückgegangen. Etwa die Hälfte der Patienten unter Erenumab konnte die Zahl der Migränetage um 50 % reduzieren, knapp 30 % waren es unter Placebo. Mit der höheren Erenumabdosierung sank die Zahl der monatlichen Tage, an denen Triptane benötigt wurden, um 1,6; unter Placebo waren es nur 0,2 Tage weniger. Unerwünschte Wirkungen wurden unter Erenumab nicht häufiger beobachtet als mit Placebo, sagte Reuter.

Der Neurologe präsentierte auch Resultate einer Phase-II-Verlängerungsstudie mit 383 Migränepatienten. Die Betroffenen hatten ebenfalls eine episodische Migräne und waren zwölf Wochen lang doppelt blind mit Erenumab 7 mg, 21 mg oder 70 mg oder Placebo behandelt worden. Anschließend erhielten alle Patienten für ein weiteres Jahr die 70-mg-Dosis. Wie sich zeigte, ging die Zahl der Migränetage auch noch nach mehreren Wochen Therapie leicht zurück. Nach insgesamt 64 Wochen hatten die Patienten etwa fünf Migränetage im Monat weniger als zum Studienbeginn. Bei 65 % war die Zahl der Migränetage unter Erenumab um mindestens die Hälfte gesunken, bei 42 %

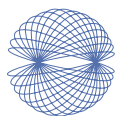
sogar um mindestens 75 %, und etwa ein Viertel war frei von Migräneattacken. Reuter verwies zudem auf Phase-II-Ergebnisse bei chronischer Migräne. Danach hatten Betroffene nach zwölf Wochen Therapie mit dem Antikörper 6,6 Migränetage weniger als zuvor, unter Placebo waren es 4,2 Tage weniger.

Thomas Müller

Oral Session „Headache and Pain 2“ und Satellitensymposium „Critical advances in migraine – emerging science, emerging opportunities.“ 3. EAN-Kongress, Amsterdam, 24.–27. Juni 2017; Veranstalter: Novartis



Responderraten (Migränetage pro Monat) nach Woche 64



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de**Vorstand/Beirat****Vorsitzende:** Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe**Stellv. Vorsitzender:** Gunther Carl, Kitzingen**Schriftführer:** Roland Urban, Berlin**Schatzmeister:** Gereon Nelles, Köln**Beisitzer:** Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; 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:** Egbert Wienforth, Gereon Nelles**Rheinland-Pfalz:** Günther Endrass**Saarland:** Nikolaus Rauber, Richard Rohrer**Sachsen:** Ulrike Bennemann**Sachsen-Anhalt:** Michael Schwalbe**Schleswig-Holstein:** Klaus Gehring**Thüringen:** Volker Schmiedel**Westfalen:** Rüdiger Saßmannshausen**Ansprechpartner für Themenfelder****EBM/GÖÄ:** Sabine Köhler, Klaus Gehring**Neue Medien:** Bernhard Michatz**EDV, Wirtschaftliche Praxisführung:**

Gunther Carl

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:** Gereon Nelles**Ausschüsse****Akademie für Psychiatrische und****Neurologische Fortbildung:**

P. Christian Vogel, Gunther Carl

Ambulante Neurologische Rehabilitation:

Paul Reuther

Ambulante Psychiatrische Reha/**Sozialpsychiatrie:** Norbert Mönter**Weiterbildungsordnung:**

Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim,

P. Christian Vogel

Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Kooperation mit Selbsthilfe- und**Angehörigengruppen:** Vorstand**Referate****Demenz:** Jens Bohlken**Epileptologie:** Ralf Berkenfeld**Neuroangiologie, Schlaganfall:** Paul Reuther**Neurootologie, Neuroophthalmologie:**

Klaus Gehring

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: Greif Sander



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:** Elmar Busch, Moers; Peter Berlit, Essen;

Wolfgang Freund, Biberach

Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg;

Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kalten-

kirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst,

Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt,

Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

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

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:** Norbert Mayer-Amberg, Hannover**Referate****ADHS bei Erwachsenen:** Bernhard Otto**Autismusspektrumstörungen:**

Christa Roth-Sackenheim

Forensik: P. Christian Vogel**Gutachterwesen:** P. Christian Vogel**Geschäftsstelle des BVDN**

Dagmar 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**Politische Geschäftsstelle Berlin:**

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de**Delegierte in Kommissionen der DGN****Leitlinien:** Uwe Meier**Versorgungsforschung:** Uwe Meier**Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:**

Rolf Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

Rehabilitation: Harald Masur**CME:** Friedhelm Jungmann, Paul Reuther**DRG:** Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer**Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden****DGNR:** Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther**BV-ANR:** Paul Reuther; **UEMS:** Gereon Nelles**BDN-Landessprecher****Baden-Württemberg:** Wolfgang Freund**Bayern:** Thomas Gilleßen**Berlin:** Walter Raffauf**Brandenburg:** Martin Delf**Bremen:** Helfried Jacobs**Hamburg:** Heinrich Goossens-Merk**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**Migrationssensible psych. Versorgung:**

Greif Sander

Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim**PTSD:** Christa Roth-Sackenheim**Sucht:** Greif Sander**Transexualität:** P. Christian Vogel**Kontakt BVDN:** Sabine Köhler**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**Hessen:** Martin Finger**Mecklenburg-Vorpommern:** Christine Lehmann**Niedersachsen:** Norbert Mayer-Amberg**Nordrhein:** Egbert Wienforth**Rheinland-Pfalz:** Wolfgang Rossbach**Saarland:** N.N.**Sachsen:** Ulrike Bennemann**Sachsen-Anhalt:** Michael Schwalbe**Schleswig-Holstein:** Uwe Bannert**Thüringen:** Sabine Köhler**Westfalen:** Rüdiger Saßmannshausen



Ich will Mitglied werden!

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

- ☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- ☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, 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 €, angestellter Arzt 300 €, 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/ärztin ☐ Facharzt/in
☐ Weiterbildungsassistent/in ☐ Neurologe/in ☐ Nervenarzt/ärztin ☐ Psychiater/in
☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

- ☐ Gratis NERFAX-Teilnahme erwünscht
- ☐ Gratis Mailservice „Das muss man wissen ...“ erwünscht

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.)

Hier steht eine Anzeige.

