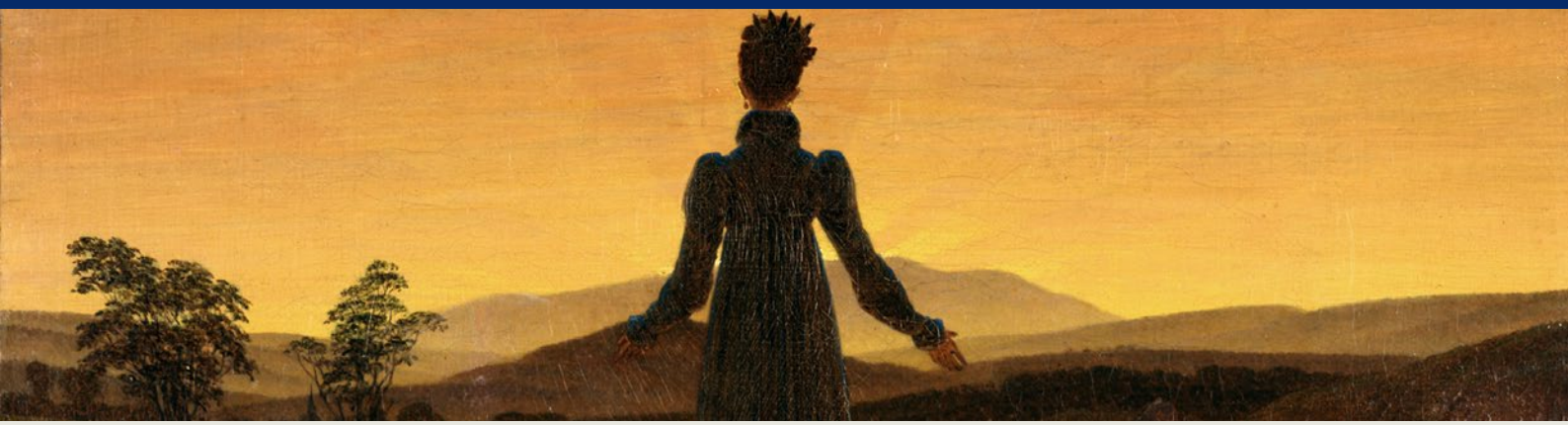
6 Juni 2018 _ 29. Jahrgang_www.BVDN.de

NeuroTransmitter

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



Bericht vom NuP-Tag 2018

Schmerztherapie: Mehr als nur Opioide

Gesundheits-Apps

Patient erleidet Schaden – wer haftet?

Datenschutzgrundverordnung

Hilfe im Bürokratiedschungel

CME: Neurodegenerative Erkrankungen

Die Beteiligung des enterischen Nervensystems bei Morbus Parkinson

NeuroTransmitter-Telegramm 2/2018
Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände

„Telematikinfrastruktur – Aktueller Stand“

Springer Medizin BVDN BDN BVDP

» Vieles spricht dafür, dass das System aufgrund ständig wachsender Inanspruchnahme, rigider Bedarfsplanung und begrenzter ärztlicher Ressourcen sowie der über allem schwebenden demografischen Entwicklung bald an seine Grenzen stößt. «

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Beherzte Gesundheitspolitik, jetzt!

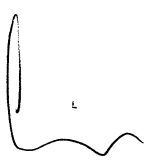
Gesundheitspolitik ist und bleibt ein sonderbares Ressort, das seinen eigenen, anachronistisch anmutenden Gesetzen folgt. Vielleicht ist das in anderen Bereichen auch so und wir bekommen das möglicherweise nur nicht so mit, weil wir an der Gesundheitspolitik eben näher dran sind und die Hintergründe besser verstehen. Das ist zwar weder eine neue noch originelle Erkenntnis, aber die Realität erinnert uns doch immer wieder auf erschreckende Art und Weise daran, aktuell mit einem neuen Gesundheitsminister, neuen Gesetzesinitiativen und auf dem diesjährigen Ärztetag. Was mussten wir da alles hören? So sollen wir laut Vorschlag des – von der CDU gestellten – Bundesministers unsere Praxisöffnungszeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöhen, was bedeuten würde, dass sich unsere durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit – inklusive des zusätzlichen bürokratischen Aufwands – auf etwa 60 Stunden erhöht. Bei den Arbeitsschutzgesetzen scheint offenbar eine Zwei-Klassen-Gesetzgebung zu existieren. Oder ist der Vorschlag dahingehend zu verstehen, dass wir unsere Tätigkeiten verlagern sollen, hin zu mehr offenen Praxiszeiten, dafür weder Haus- und Heimbesuche noch Nacht- und Bereitschaftsdienste? Oder wir ignorieren einfach den bürokratischen Arbeitsanteil. Dann könnten wir auch über mehr als fünf Stunden zusätzlich sprechen!

Nun können wir von keiner Fraktion ärztefreundliche Politik erwarten, zu groß sind Neidfaktor und populistische Versuchungen. Trotzdem würden wir derartige Vorschläge eher von Politikern anderer Couleur erwarten. Und tatsächlich setzt die Opposition noch einen drauf und fordert, so die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, dass man die Ärzte stärker kontrollieren müsse. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hat auf dem Ärztetag hierzu deutliche Worte gefunden und nochmals betont, dass der behördliche Kontrollwahn bereits jetzt 53 Millionen Stunden ärztliche Arbeitszeit pro Jahr durch Bürokratie vernichtet. Und dies bei 24 % unbezahlten Leistungen ...

Es ist eine vielzitierte Binsenweisheit, dass man mit Gesundheitspolitik nur Wahlen verlieren, aber nicht gewinnen kann. Kluge Gesundheitspolitik scheitert stets an zwei Stellschrauben, die kein Gesundheitspolitiker ändern kann oder möchte: Das eine ist das unbegrenzte Leistungsversprechen einer beliebigen Inanspruchnahme bei jedem Arzt der Wahl, so oft wie man will, ohne Wartezeiten bei x-beliebigen, auch noch so banalen Beschwerden. Dies zu ändern würde Wählerstimmen kosten und noch ist die Not anscheinend nicht groß genug. Das andere ist die Budgetierung. Kein Politiker würde eine Schwächung des Standorts Deutschland aufgrund einer Erhöhung der Krankenkassenbeiträge zustimmen. Genau dieses Spannungsfeld verhindert eine aufrichtige, lösungsorientierte, nachhaltige und vor allem patientenorientierte medizinische Versorgung. Die „Antworten" der Politik stammen daher aus den Mottenkisten, die wir aus sozialistischen und planwirtschaftlichen Gesellschaften kennen: Realität wird wahlweise schön geredet oder verbogen und verboten, Schuldige werden gesucht und an den Pranger gestellt, um von eigenen Fehlern abzulenken. Und vor allem: Kontrolle, Kontrolle und nochmals Kontrolle. Liebe Politiker, das ist so was von unkreativ. Es wird uns noch mehr von der Patientenversorgung ablenken und regelt nichts. Es liefert nur populistische Schlagzeilen. Vieles spricht dafür, dass das System aufgrund ständig wachsender Inanspruchnahme, rigider Bedarfsplanung und begrenzter ärztlicher Ressourcen sowie der über allem schwebenden demografischen Entwicklung bald an Grenzen stößt. Bis dahin wird sich der eine oder andere Gesundheitsminister freuen dürfen, wenn er wieder eine Legislatur unbeschadet überstanden hat. Aber die Verantwortung beginnt hier und jetzt, insbesondere auch für unsere Kinder und die kommenden Patientengenerationen, die auch in den Genuss einer guten Gesundheitsversorgung kommen wollen. Realität lässt sich nicht verbiegen und Verantwortlichkeiten können nicht beliebig verschoben werden. Wir brauchen eine beherzte Gesundheitspolitik. Nota bene: Im Vorfeld der Besetzung des Justizministeriums wurde wieder diskutiert, ob ein Justizminister Jura studiert haben müsse. Man hat dies ganz klar bejaht. Kein Kommentar.

Was muss konkret passieren? Politik und Selbstverwaltung müssen sich entschließen, die Eigenverantwortung der Menschen zu fördern, wenn nicht gar einzufordern. Andererseits muss die Versorgung der schwerst und chronisch Kranken, aber auch die Prävention gefördert werden. Hierzu zählt zweifelsohne die Versorgung neurologischer Patienten und der effizienten, zugewandten sprechenden Medizin, wie es die Psychiater und Nervenärzte tagtäglich mit großem Einsatz tun.

Ihr



14 Medizin-Apps: Wer haftet bei Schäden?

Gesundheits-Apps erfreuen sich immer größerer Beliebtheit. Doch was passiert, wenn ein Fehler zu einem Schaden beim Patienten geführt hat? Haftet der Arzt, wenn eine von ihm empfohlene App am Patienten versagt? Lesen Sie, wie genau Sie als Arzt eine App vor dem Einsatz prüfen müssen und wie sich Haftungsrisiken minimieren lassen.

18 Datenschutzgrundverordnung

Die seit dem 25. Mai gültige neue europäische Datenschutzgrundverordnung ist nicht nur ein Wortungetüm, sondern auch eine Art Rundumdünger für den Bürokratiedschungel. Viele Ärzte rätseln, welche Teile der Verordnung sie in der Praxis unbedingt umsetzen müssen. Es kann daher sinnvoll sein, sich für die individuellen Gegebenheiten der eigenen Praxis von professionellen Beratern helfen zu lassen.

56 Pharmawissen aktuell

„Spinale Muskelatrophie: Trockenblut-Gentext ermöglicht frühe Diagnose und Therapie“

Titelbild (Ausschnitt): „Frau vor der untergehenden Sonne, um 1818, 22 × 30 cm, Öl auf Leinwand“, Wikimedia Commons

Inhalt 6

Juni 2018

3 Editorial
Beherzte Gesundheitspolitik, jetzt!
Uwe Meier, Grevenbroich

Die Verbände informieren

6 Schmerztherapie: Mehr als nur Opioide
Bericht vom Neurologen- und Psychiatertag 2018 und der Jahreshauptversammlung des BVDN
Roland Urban und Bernhard Michatz, Berlin

10 BVDN stellt Weichen zur Verjüngung des Verbands
Bericht von der Frühjahrstagung der BVDN-Länderdelegierten
Bernhard Michatz, Berlin

11 Gesundheitspolitische Nachrichten
- Einführung der Telematikinfrastruktur – vorwärts oder rückwärts oder wie oder was?
- Auf TI verzichten und damit 1 % Honorarverlust in Kauf nehmen?
- Off-Label-Regressanträge: Neuroleptikaverordnung im Visier der Krankenkassen

Gunther Carl, Kitzingen

14 Recht
Gesundheits-Apps: Wer haftet, wenn der Patient durch eine App Schaden erleidet?
Bernhard Michatz, Berlin

15 Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im Fokus
Schlaglichter vom Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt
red

16 Die Fachgruppe vor dem Umbruch
Aus dem BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt
Friederike Klein, München

Rund um den Beruf

18 Hilfe im Bürokratiedschungel
Brennpunkt Datenschutzgrundverordnung
Thomas Gilleßen, München

21 Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“
Gemeinsames Konzept von DGNB, DGN, DGNC und DGPPN
Georg Gahn, Karlsruhe, und Frank Bergmann, Aachen, et al.

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

26 **„Freiheit für 1 %“**
Initiative gegen die Telematikinfrastruktur
Andreas Meißner, München

28 **Deutsches Gesundheitssystem schneidet im OECD-Vergleich gut ab**
Markus Weih, Nürnberg

31 **„Schwierige“ Patienten: Wann kann der Arzt eine Behandlung ablehnen?**
Aus der Serie „Sie fragen – wir antworten!“
Gunther Carl, Kitzingen

Fortbildung

32 **Psychische Komorbidität bei Crystalkonsumenten**
Empfehlungen der S3-Leitlinie zu methamphetaminbezogenen Störungen
Wolf-Dietrich Braunwarth et al., Nürnberg

38 **Schizophrenie-Ersttherapie und der Faktor Zeit**
Psychiatrische Kasuistik
Woo Ri Chae und Michael Dettling, Berlin

42 **MS in Deutschland: Symptome und Behandlungsdefizite**
Aktuelle Daten aus dem MS-Register der DMSG für die MS-Forschung
Uwe Zettl et al., Rostock

46 CME **Die Beteiligung des enterischen Nervensystems bei Morbus Parkinson**
Darm und neurodegenerative Erkrankungen
Dirk Woitalla, Essen

51 CME **Fragebogen**

Journal

58 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Von der Strafe Gottes zum künstlerischen Stimulans
Vom literarischen Wandel der Syphilis – Teil 2
Gerhard Köpf, München

62 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Tim Eitel – ein moderner Romantiker
Angelika Otto, München

25 **Kleinanzeigen**
52 **Pharmaforum**
64 **Termine**
66 **Verbandsservice**
71 **Impressum/Vorschau**

46 Verbindung von Darm und Morbus Parkinson

Die funktionellen und pathophysiologischen Zusammenhänge des Darms und der Strukturen des zentralen Nervensytems wurden in den letzten Jahren intensiv erforscht. Dadurch haben die Erkenntnisse über die Beteiligung des enterischen Nervensystems das Verständnis der Pathologie der Parkinson-Erkrankung grundlegend verändert.

Wie Sie uns erreichen

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

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

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

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

BVDN BDN BVDP

© Bernhard Michatz

Von wesentlicher Bedeutung bei der Therapie stressbedingter Schmerzen sei es, bei dem Patienten hinreichende Motivation und Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit zu wecken, betonte Professor Ulrich Egle.

© Bernhard Michatz

Placeboinduzierte Effekte rücken zunehmend in den Fokus der Forschung und könnten neben pharmakologischen Ansätzen in Zukunft gezielt für die Therapie chronischer Schmerzen eingesetzt werden, erklärte Professor Ulrike Bingel.

Neurologen- und Psychiatertag 2018

Schmerztherapie: Mehr als nur Opioide

Übergreifendes Thema des diesjährigen Neurologen- und Psychiatertags war der Schmerz. Geboten wurden viele spannende Vorträge zum gezielten Einsatz von Placebo- und Noceboeffekten in der Schmerztherapie, zur Schmerzwahrnehmung und zum Nutzen von Opioiden.

Am 20. April 2018 fand der diesjährige Neurologen- und Psychiatertag des Berufsverbands der Deutschen Nervenärzte (BVDN) in Köln statt. Inhaltlich stand er diesmal unter dem übergreifenden Thema „Schmerz", wobei es dabei sowohl um das Krankheitsverständnis als auch um die Behandlungsmöglichkeiten ging, die der Neurologie und der Psychiatrie hier zur Verfügung stehen.

Den Beginn machten Vertreter der für unsere Fachgruppen zuständigen Fachgesellschaften: Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) betonte Professor Arno Deister die gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsverbänden und der Fachgesellschaft. Auch Professor Peter Berlit, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), hob die wichtigen und zukunftsträchtigen Themen hervor, die Berufsverbände und Fachgesellschaften gemeinsam erfolgreich entwickeln und nach vorne bringen sollten.

Pharmakologie und Placeboeffekte kombinieren

In einem spannenden und weit gefächerten Vortrag präsentierte Professor Ulrike Bingel vom Universitätsklinikum Essen unter dem Thema „Schmerz und Kognition" neue hochinteressante Forschungsergebnisse. Insbesondere ging es um placeboinduzierte Effekte, die zunehmend in den Fokus der Forschung gerückt sind und gezielt für die Therapie eingesetzt werden können. Vor allem bei der psychiatrisch-medikamentösen Behandlung chronischer Schmerzen und Schmerzzustände wird es in Zukunft verstärkt darum gehen, sowohl pharmakologische Effekte als auch Placeboeffekte in der Behandlung einzubeziehen, um gemeinsam mit dem Patienten das Krankheitsbild zu verbessern. Dabei ist (wie natürlich auch in anderen Bereichen der Medizin) die Qualität des Arzt-Patienten-Verhältnisses von grundlegender Bedeutung – auch im Hinblick auf assoziative Lernprozesse des Patienten während der Behandlung. Darüber hinaus behandelte Bingel spannende Ergebnisse zum Phänomen des Noceboeffekts beziehungsweise zur Vermeidung negativer unerwünschter Effekte, die auch für den Alltag des niedergelassenen Psychiaters und Neurologen von Bedeutung sind.

Professor Karl-Jürgen Bär von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Jena berichtete in seinem Vortrag über Schmerzwahrnehmung und zentrale Verarbeitung von Schmerzen. Chronische Schmerzen werden offenbar in anderen Hirnregionen verarbeitet als akute Schmerzen, die eher in affektiven Hirnregionen prozessiert wer-

© Bernhard Michatz

Professor Arno Deister betonte auf dem diesjährigen Neurologen- und Psychiatertag die gute Zusammenarbeit zwischen Berufsverbänden und der Fachgesellschaft.

© Bernhard Michatz

Isoliert angewandte Therapien funktionieren in der Schmerztherapie weniger gut als interdisziplinäre Ansätze, wie Professor Winfried Meißner präsentierte.

den. Zudem gebe es das Phänomen einer veränderten Schmerzwahrnehmung bei depressiven Patienten, die von außen einwirkende Schmerzen oft weniger stark empfinden als die gefühlten „inneren Schmerzen".

Dieses Wissen habe auch Auswirkungen auf die Behandlungsstrategie bei den unterschiedlichen Schmerzzuständen – gerade auch im Hinblick auf den in letzter Zeit deutlich kritischer gesehenen Einsatz von Opioiden.

Stressbedingte Schmerzen aus Sicht der Psychosomatik

Den speziellen Bereich stressbedingter Schmerzerkrankungen aus Sicht des Psychosomatikers beleuchtete Professor Ulrich Egle vom Sanatorium Kilchberg. Dabei verwies er auch auf ältere Untersuchungen der tierexperimentellen Forschung, die schon damals auf stressinduzierte Hyperalgesie hingewiesen haben. Damit habe sie die Grundlagen für eine differenzierte Therapie dieser Untergruppe chronischer Schmerzen geschaffen.

Von wesentlicher Bedeutung sei dabei, bei dem Patienten hinreichende Motivation und Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit zu wecken. Dazu gehöre auch, über die Zusammenhänge zwischen Stress und Schmerzverarbeitung aufzuklären. Wichtig sei auch, Insomnie mit entsprechenden, nicht medikamentösen Strategien zu behandeln. Als Psychosomatiker ist es ihm dabei besonders wichtig, den Fokus während der Psychotherapie auf affektives Erleben zu legen. Das solle dabei helfen, biografisch geprägte Einschränkungen zu überwinden und die Reflexion von Vermeidungsschemata hinsichtlich psychischer Grundbedürfnisse zu intensivieren. Darüber hinaus seien besonders auch Sport und bewegungstherapeutische Maßnahmen ebenso wichtig wie das Erlernen von Entspannungsverfahren.

Leitlinienorientierte Schmerztherapie im Wandel

Professor Winfried Meißner von der Schmerzklinik der Universität Jena referierte darüber, wie sich die Therapiestrategien zur Behandlung chronischer Schmerzzustände im Laufe der Zeit verändert haben. So werde manches, das noch vor zehn Jahren in den Leitlinien zur Schmerztherapie propagiert wurde, heute sehr viel kritischer gesehen. Dies betreffe vor allem den Einsatz von Opioiden, der in den letzten Jahren in einem nicht immer vertretbaren Ausmaß zugenommen habe. Opioide seien besonders bei Tumorpatienten wirksam. Dennoch werden sie auch häufig bei vielen anderen Schmerzzuständen angewandt, obschon inzwischen belegt sei, dass nur etwa 25 % der Patienten, die Opioide zur Behandlung von nicht tumorbedingten Schmerzen erhielten, auch tatsächlich von diesen profitieren.

Vergleicht man die Therapieerfolge der verschiedenen – häufig unabhängig voneinander – angewandten Therapieansätze, werde deutlich, dass diese isoliert angewandt oft nicht den erwünschten Erfolg zeigen. Erstrebenswert sei daher die Anwendung von interdisziplinären Therapien durch ein entsprechendes multidisziplinäres Team. Wichtig sei auch, dass dieses Team kontinuierlich zusammen arbeite und sich an einem gemeinsamen biologisch-psychosozialen Modell orientiere.

Patienten und Therapeuten sollen dabei nicht gemeinsam auf ein (mitunter gar nicht erreichbares) Ziel wie Schmerzfreiheit oder zumindest ausgeprägte Schmerzlinderung starren, sondern stattdessen lieber gemeinsam Strategien entwickeln, die sich an der Lebenswirklichkeit der Patienten und an ihren individuellen Defiziten und Bedürfnissen orientieren. Selbst wenn keine völlige Schmerzfreiheit zu erreichen ist, gewinnen Patienten dadurch Möglichkeiten zu einer individuellen Lebensführung und Verbesserungen ihrer Lebensqualität zurück. □

AUTOR

Dr. med. Roland Urban, Berlin
Schriftführer des BVDN

Jahreshauptversammlung des BVDN

Bilanz nach einem Jahr Doppelspitze

Die neue Doppelspitze des BVDN besteht nun seit einem Jahr und hat schon viel erreicht – etwa Anliegen der Nervenärzte in den Koalitionsvertrag einzubringen und Bedenken zum Direktstudiengang Psychotherapie zum Ausdruck zu bringen. All das trägt sicherlich dazu bei, dass die Zufriedenheitsstatistik eine gute Stimmung unter Nervenärzten attestiert und stimmt positiv für die Zukunft.

Nach den sehr informativen Vorträgen des Neurologen- und Psychiatertages fand die Jahreshauptversammlung des Berufsverbandes der Deutschen Nervenärzte (BVDN) statt. Der BVDN hat seit nunmehr einem Jahr eine Doppelspitze, bestehend aus Dr. Sabine Köhler für den Bereich Psychiatrie und Dr. Klaus Gehring für den Bereich Neurologie. Dieses Team hat sich im ersten Jahr bereits sehr gut in seine neuen Aufgaben eingefunden. Die Etablierung der Doppelspitze kann bereits jetzt als voller Erfolg bewertet werden, sodass der BVDN weiterhin mit voller Kraft für die Anliegen seiner Mitglieder eintreten kann.

In ihrem Bericht präsentierten die beiden Vorsitzenden ihre Aktivitäten während des letzten Jahres. Ein Schwerpunkt lag zunächst darin, die Doppelspitze bei den verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung und in der Politik bekannt zu machen: Unter anderem bei Terminen im Bundestag, beim Gemeinsamen Bundesausschuss, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesärztekammer und dem GKV-Spitzenverband. Dazu kamen noch die Teilnahme an Abend- oder Fachveranstaltungen der gesundheitspolitischen Szene Berlins.

Interaktion mit der Politik

Gesundheitspolitisch war das letzte Jahr durch die langwierige Regierungsbildung nach der Bundestagswahl im September 2017 geprägt. Mittlerweile haben sich aber alle politischen Gremien konstituiert und die einzelnen Ansprechpartner herauskristallisiert. Einige wichtige Belange unserer Fachgruppen – etwa Verbesserungen für die sprechende Medizin oder die explizite Nennung der Volkskrankheiten „psychische Störung“ und Demenz – haben erfreulicherweise Einzug in den Koalitionsvertrag erhalten. Über diese und weitere Themen wird der Vorstand gemeinsam mit dem Spitzenverband ZNS im kommenden Jahr mit den verschiedenen Ansprechpartnern aus der Politik ins Gespräch kommen und so die Anliegen und Sorgen unserer Fachgruppen in die Diskussion einspeisen.

Bei der Reform der Ausbildung für psychologische Psychotherapeuten hatte sich der Vorstand bereits einbringen können. Die Politik möchte ein Direktstudium zum Psychotherapeuten schaffen. Eine Reform der Ausbildung ist zwar sicher sinnvoll und nötig, aber nicht in Form eines Direktstudiengangs, denn so laufen wir Gefahr einen „Psychiater light“ als neuen Heilberuf einzuführen. Auf Veranstaltungen der Bundespsychotherapeutenkammer, der Ärztekammer und der KBV konnte der Vorstand diese Bedenken äußern. Gerade beim Thema Pharmakotherapie, das Teil dieses Direktstudiengangs sein sollte, konnten wir die Bedenken aus ärztlicher Sicht vortragen und die Bundespsychotherapeutenkammer zum Umdenken bewegen. An diesem Beispiel wird deutlich, dass unsere ärztlichen Fachgruppen gerade gegenüber den psychologischen Psychotherapeuten mehr Gehör finden und auf unsere Bedeutung für die Versorgung hinweisen müssen.

Nachswuchsgewinnung fördern

Im letzten Jahr wurde die Zusammenarbeit mit unseren beiden Fachgesellschaften intensiviert. Bei der DGPPN gab es Anfang des Jahres den „Ambulanzgipfel“. Hier wurde explizit über die Anliegen aus dem niedergelassenen Bereich diskutiert und darüber, wie man diesen besser in die Arbeit der DGPPN einbringen kann. Mit der DGN wurde eine engere Zusammenarbeit mit den „Jungen Neurologen“ vereinbart, was auch hinsichtlich der Nachwuchsgewinnung in unserem Verband von enormer Bedeutung ist. Zudem werden alle Verbände auf den beiden Kongressen der DGPPN und der DGN mit eigenen Veranstaltungen Präsenz zeigen.

Weitere Inhalte waren auch praktische Hilfe und Tipps für den Alltag in Praxis und Beruf. So wurden die Mitglieder über die neuesten Entwicklungen bei der europäischen Datenschutzgrundverordnung und zum Antikorruptionsgesetz informiert. Thema waren auch die Auswirkungen der bevorstehenden Laborreform sowie praktische Hinweise für die Abrechnung von Betreuungsziffern.

Beim Honorar Luft nach oben

Die Honorare für unsere Facharztgruppen sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Im Vergleich zu anderen Facharztgruppen gibt es allerdings noch Luft nach oben. Ein weiteres wichtiges Anliegen lautet daher, für eine bessere Vergütung der Gesprächsleistungen einzutreten.

In der Zufriedenheitsstatistik unserer Arztgruppen belegen wir aber die vorderen Plätze. Ein positives Signal, das Mut für ein weiteres erfolgreiches Jahr Vorstandsarbeit im BVDN macht. □

AUTOR

RA Bernhard Michatz, Berlin
Politische Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Frühjahrstagung der BVDN-Länderdelegierten

BVDN stellt Weichen zur Verjüngung des Verbands

Der BVDN leitet Schritte in die Wege, um für den ärztlichen Nachwuchs attraktiver zu werden. Daneben standen auf der Frühjahrstagung ein Personalwechsel und der Austausch mit den Ländervertretern auf dem Programm.

Im Anschluss an den Neurologen- und Psychiatertag trafen sich die Länderdelegierten des BVDN mit dem Vorstand zur traditionellen Frühjahrstagung. Besprochen wurden zunächst die Finanzen des Verbandes, die erfreulicherweise weiterhin sehr solide sind. Der Schatzmeister des BVDN, Professor Gereon Nelles, wurde entlastet. Leider ist ein kleiner Wermutstropfen zu vermelden: Auch in diesem Jahr ist ein leichter Rückgang der Mitgliederzahlen zu verzeichnen. Die Austritte sind fast ausschließlich altersbedingt. Um den Verband zu verjüngen, hat der BVDN eine wichtige Satzungsänderung beschlossen. Ab dem nächsten Jahr sind Weiterbildungsassistenten im BVDN, BDN und im BVDP beitragsfrei gestellt. Das ermöglicht einerseits den Assistenzärzten, die Arbeit im Berufsverband schon frühzeitig selbst mitzugestalten und andererseits den älteren Kollegen, leichter eine Nachfolge oder einen Teilhaber für ihre Praxis finden.

Aus dem Rechenschaftsbericht der beiden Geschäftsstellen des Verbands ging wieder hervor, dass die zweite Geschäftsstelle in Berlin erfolgreich etabliert wurde. Der stellvertretende Vorsitzende des BVDN, Dr. Gunther Carl, referierte über die aktuellen Entwicklungen der Telematikinfrastruktur. Einen tiefen Einblick in die berufspolitische Arbeit auf Europaebene bot der Schriftführer des BVDN, Dr. Roland Urban, mit seinem Bericht über die Vereinigung Europäischer Fachärzte (UEMS) und die weiteren europapolitischen Aktivitäten des Verbandes.

Wechsel bei der Akademie

Sein Amt als Vorsitzender der Fortbildungsakademie des BVDN gibt Dr. Gunther Carl an Professor Markus Weih ab. Einen herzlichen Dank an dieser Stelle an Dr. Carl für seine geleistete Arbeit. Die Fortbildungsakademie ist eine Erfolgsgeschichte und erfreut sich nach wie vor großer Beliebtheit. Professor Weih wünschen wir für seine neue Aufgabe gutes Gelingen.

Im Anschluss berichteten die Ländervertreter über Projekte, Probleme und Neuigkeiten vor Ort. Da immer mehr Kompetenzen in der Gesundheitspolitik auf die Länderebene verlagert werden, ist dieser Austausch sowohl für den Bundesvorstand als auch die Ländervertreter untereinander besonders wichtig – etwa um zu erfahren, was den Unterschied in der Vergütung ausmacht oder wie einzelne KVen mit Plausibilitätsprüfungen verfahren. Die Länderberichte thematisierten aber auch den Punkt Mitgliedergewinnung – hierzu stellte der Landesverband Berlin eine interessante Studie vor.

Wir freuen uns auf das Wiedersehen im Herbst 2018 in Hamburg. □

AUTOR

RA Bernhard Michatz, Berlin
Politische Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP

VERUNSICHERUNG DURCH ÄUSSERUNGEN SPAHNS

Einführung der Telematikinfrastruktur – vorwärts oder rückwärts oder wie oder was?

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wurde am 7. Mai 2018 in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung" (FAZ) mit der Auffassung zitiert, dass er die elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht mehr für zeitgemäß hält. Ebenso wie die gegenwärtige Technik, eGKs an Kartenterminals einzulesen, die mit Desktop-Computern verbunden sind. Das Gleiche sagte er in einer Fernseh-Talkshow. Die eGK sei nicht die attraktivste Möglichkeit für Patienten als Zugang zu den Gesundheitsdaten. Die Bürger würden sich einen schnellen, einfachen und sicheren Zugriff wünschen, am liebsten per Handy. Dies wolle man ermöglichen. Ziel sei ein digitales „Bürgerportal". Jeder habe nur eine einzige elektronische Identität, mit der er dann Gesundheitsdaten abrufen, die Steuererklärung abliefern oder einen neuen Pass beantragen könne. Von dieser Initiative waren sowohl die politischen Parteien in Berlin als auch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) überrascht. Offensichtlich handelte Spahn mit Unterstützung von Bundeskanzlerin Angela Merkel: Die Karte habe zwar schon über 1 Milliarde € gekostet – „… aber ehe das nie funktioniert ...".

Die SPD-Politikerin Hilde Mattheis sagte dazu, die Karte sei zwar „eine ‚Never Ending Story', aber die damit zu beenden, dass man zurück auf null geht, das ist nicht der richtige Weg."

Karin Maag, die gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion bezeichnet die eGK als veraltetes Medium und will bis zum Ende der Legislaturperiode aus der Karte aussteigen. Eine App auf dem Smartphone sei besser. Dies will anscheinend auch der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-SV). Der Konnektor werde aber auf jeden Fall gebraucht, damit sich die Ärzte in das sichere Telematiksystem einloggen können. Die Karte „jetzt abzuschaffen wäre, wie einen endlich fahrenden Zug aufzuhalten", so die KBV. Es sei „wenig förderlich" die eGK als Schlüssel zu dem nun einführungsbereiten „bombensicheren" System abzuschaffen. Eine Anpassung der Sicherheitsstandards an ein „Bürgerportal" bedeute, den Datenschutz im Gesundheitswesen abzusenken.

Jedenfalls sagte Spahn infolge der durch ihn hervorgerufenen Verwirrung der „FAZ am Sonntag" am 13. Mai 2018: „Für die Infrastruktur müssen die Arztpraxen in jedem Fall mit dem Konnektor ausgestattet werden." Um etwaigen Spekulationen über eine mögliche Abschaffung der Telematikinfrastruktur (TI) entgegenzutreten, veröffentlichte das BMG am 14. Mai 2018 eine Stellungnahme. An der TI werde weiter festgehalten. Alle Praxen und Krankenhäusern müssten sich nach wie vor an den Konnektor anschließen. Im Übrigen sollen auch Pflegeeinrichtungen in die TI einbezogen werden. Zusätzlich wolle man jedoch den Bürgern zeitgemäße Einwahlmöglichkeiten in das Gesundheitsnetz beispielsweise über das Smartphone ermöglichen.

Kommentar: *Ob die Einlassungen Spahns nun bedeuten, dass die TI gestorben ist, oder das Gegenteil, oder irgendetwas dazwischen, und wenn ja, wann, wurde einige Zeit nicht klar. Die gemeinsame Selbstverwaltung aus GKV-SV und KBV fand bisher ebenso wenig zu einer gemeinsamen Sprachregelung wie die an der großen Koalition beteiligten Parteien. Ob die vom BMG geplanten erleichterten „modernen" Zugangswege für Patienten über deren Smartphone zu einem Sicherheitsdefizit in der TI führen, darüber kann zum heutigen Zeitpunkt nur spekuliert werden. Die persönlichen Berichte von etwa zehn Kollegen, die bisher bereits an die TI angeschlossen sind, differieren erheblich. Bei der Hälfte – überwiegend kleinere Einzelpraxen – gab es weder bei der Installation noch im bisherigen Betrieb Probleme. Die andere Hälfte berichtet von sehr langen Installationszeiten, streckenweise Netzausfällen der gesamten Praxis, wiederholten Legitimationsproblemen der SMC-B-Karte und des Konnektors oder langen Lesezeiten beim VSDA. Nicht selten haben Versicherte noch keine eGK der neuesten Version und können deshalb nicht mit der TI identifiziert werden. Gut, wer für diese Patienten noch ein altes stationäres oder mobiles Kartenlesegerät in Funktion hält. Lassen Sie sich vom PVS-Hersteller bei der Installation auch zeigen und schriftlich dokumentieren, wie Sie sich mit Bordmitteln bei Funktionsausfällen selbst von der TI entkoppeln und konventionell mit Ihrem Praxisnetz weiter arbeiten können. Dabei müssen natürlich die bisherigen konventionellen Kartenlesegeräte in Funktion bleiben. Die KBV und viele regionale KVen raten mit Stand Ende Mai 2018 (Redaktionsschluss dieser Ausgabe) dazu, solange mit einem Vertragsabschluss zur Einrichtung der TI zu warten, bis sicher geklärt ist, dass alle entstehenden Kosten von der GKV übernommen werden.* **gc**

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

»Die KBV und viele regionale KVen raten dazu, solange mit einem Vertragsabschluss zur TI zu warten, bis geklärt ist, dass alle Kosten von der GKV übernommen werden.«

Der Bundesgesundheitsminister hat mit seinen öffentlichen Äußerungen zur Zukunft der elektronische Gesundheitskarte zwischenzeitlich für einige Verwirrung gesorgt.

EINFÜHRUNG DER TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Auf TI verzichten und damit 1 % Honorarverlust in Kauf nehmen?

Etliche Kollegen aus verschiedenen Fachgruppen erwägen aus unterschiedlichen oder einer Summe von Gründen, auf den Telematikinfrastruktur (TI)-Anschluss zu verzichten und infolgedessen – wie vom SGB V vorgesehen – auf 1 % des Honorarumsatzes zu verzichten. Die angegebenen Gründe sind beispielsweise Datenschutz für Patienten und Ärzte, Sicherheitsbedrohungen für das eigene Praxisnetz, Vermeidung von Bürokratie, Installations- und TI-Pflegekosten, ungeklärte Rechtslage, wer für die Kosten eines TI-bedingten Systemausfalls aufkommt, fehlender Nutzen für die eigene Praxis, fehlende Zukunftssicherheit der verwendeten Technik, negative Einschätzung des gesamten Projektes, bevorstehender Ruhestand etc. Der Gesetzgeber schrieb – wie bereits seit über zehn Jahren üblich – direkt in das Gesetz SGB V, wie mit unbotmäßigem Verhalten umzugehen ist: § 291, Abs. 2b, Sätze 1 bis 4, 14 und 15 lauten: „1: Die Krankenkassen sind verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten nach Absatz 1 und 2 bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der elektronischen Gesundheitskarte aktualisieren können. 2: Diese Dienste müssen auch ohne Netzanbindung an die Praxisverwaltungssysteme der Leistungserbringer online genutzt werden können. 3: Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und Zahnärzte prüfen bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal die Leistungspflicht der Krankenkasse durch Nutzung der Dienste nach Satz 1. 4: Dazu ermöglichen sie den Online-Abgleich und die Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 1 und 2 mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten. … 14: Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und Zahnärzten, die die Prüfung nach Satz 3 ab dem 1. Juli 2018 nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 % so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung nach Satz 3 durchführen. 15: Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 14 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern." Diese Frist wurde bereits mehrfach verlängert und gilt bekanntermaßen momentan bis zum 31. Dezember 2018.

Kommentar: *Man sieht, der Gesetzgeber meint es ernst. Genaue Überlegungen oder Vorschriften, wie der Honorarabzug von 1 % berechnet und durchgeführt werden soll, gibt es bislang noch nicht. Zur Honorarabzugsregelung insgesamt gibt es verschiedene Meinungen. Ein Teil der Autoren ist der Auffassung, dass diese Vorschrift ein unzulässiger Eingriff in die gemeinsame Selbstverwaltung ist, oder dass sie unzulässig in die freie Berufsausübung eingreift. Andere gehen davon aus, dass sich Kassenärzte, die sich dem TI-Anschluss systematisch und bewusst verweigern, einer direkten vertragsärztlichen Pflichtverletzung schuldig machen. Letztendlich wird man die weitere Entwicklung abwarten müssen. Unserer Meinung nach ist die Gefahr groß, dass ab einem Zeitpunkt, nach dem der größte Teil der Kollegen an die TI angeschlossen ist, konkrete Sanktionen seitens der Selbstverwaltung auf Basis des Gesetzestextes zu erwarten sind. Wie die BMG-Stellungnahme zeigt, ist die TI erklärter politischer Wille und dürfte nach jetzigem Stand auch durchgesetzt werden.* **gc**

OFF-LABEL-REGRESSANTRÄGE

Neuroleptikaverordnung im Visier der Krankenkassen

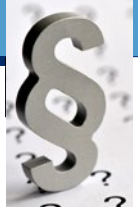
In den letzten Monaten häufen sich in manchen KVen sogenannte Einzelanträge von Krankenkassen. Man hat den Eindruck, dass bei den Krankenkassen personelle Prüfungsressourcen frei wurden, sodass immer elaborierter nach vermeintlich unwirtschaftlich verordneten Arzneimitteln gefahndet wird. Systematisch lässt sich mit ausgefeilter EDV-Technik besonders einfach die fehlende Kompatibilität zwischen ICD-10-Diagnose und dem in der Fachinformation gelisteten, offiziell zugelassenen Anwendungsgebiet der einzelnen Arzneimittel herausfiltern.

Nach unserem Eindruck finden bei Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern in den letzten beiden Jahren besonders häufig Off-Label-Use (OLU)-Prüfungen statt. Betroffen sind überwiegend die Verordnungen von Neuroleptika und hier besonders die Verordnung von Quetiapin in den Indikationen „psychomotorische Unruhe" beziehungsweise „psychotische Symptome bei Demenz oder Parkinson". Die Substanz wird in diesen Indikationen von vielen gerontopsychiatrischen und gerontoneurologischen Spezialisten empfohlen und konkret auch in Krankenhäusern letztendlich als Entlassungsmedikation eingesetzt. Quetiapin ist aber laut Fachinformation nur zugelassen bei Schizophrenie, bipolarer Störung und als Add-on-Medikation bei therapieresistenter Depression. Damit ist Quetiapin in den Indikationen „psychomotorische Unruhezustände" und „psychotische Symptome bei Demenz oder Parkinson" off-label. Krankenkassen, die das monieren, haben also formal recht.

Kommentar: *In den neuesten S3-Leitlinien zur Demenz wird Risperidon zur Behandlung von agitiertem und aggressivem Verhalten empfohlen (Empfehlungsgrad B) und ist zur Behandlung der schweren, chronischen Aggressivität bei Demenz zugelassen. Bei Psychosen im Rahmen eines Morbus Parkinson gibt es laut Leitlinien eine unzureichende Evidenz für Quetiapin, es kann nach Expertenkonsens nur als Alternative zu Clozapin (wegen dessen Agranulozytoserisikos) eingesetzt werden. Die Leitlinien sind unter www.awmf.de zu finden. Im nächsten Neurotransmitter-Telegramm, das exklusiv der Teilauflage für Berufsverbandsmitglieder der Ausgabe 7-8/2018 beiliegen wird, berichten wir ausführlich über diese Thematik und in tabellarischer Form über die offiziellen Anwendungsgebiete der einzelnen Neuroleptika.* **gc**

Hier steht eine Anzeige.

Springer



Recht

von RA Bernhard Michatz
Politische Geschäftsstelle BVDN, BDN, BVDP
am Robert-Koch-Platz 9 in Berlin

EINSATZ VON GESUNDHEITS-APPS

Wer haftet, wenn der Patient durch eine App Schaden erleidet?

Schaut man sich die Top-Download-Listen der gängigen App-Stores an, finden sich Gesundheit-Apps auf den vorderen Plätzen wieder. Doch wie steht es mit der Haftung, sollte durch die Anwendung einer App ein Schaden entstehen?

Denn Fakt ist: Gesundheits-Apps sind nicht fehlerfrei. Sie sind trotz ihres digitalen Charakters ein Produkt aus menschlicher Fertigung. Eine App ist in seiner Klassifizierung nicht anders zu behandeln als ein PKW oder eine Geschirrspülmaschine. Bedenkt man dies, lassen sich übersteigerte Erwartungen an die Technologie relativieren und etwaige Schäden präventiv abwenden.

Doch was passiert, wenn ein Fehler zu einem Schaden beim Patienten geführt hat? Haftet der Arzt, wenn eine von ihm empfohlene App am Patienten versagt? Spielt es für die Haftung eine Rolle, ob die App ein Medizinprodukt ist oder nicht? Diese Fragen sind hoch relevant, denn Berichte über fehlerhafte Apps aus den unterschiedlichsten medizinischen Bereichen gibt es bereits.

Der Arzt darf nicht davon ausgehen, dass jede App fehlerfrei ist. Er muss sich daher vor der Anwendung davon überzeugen, dass sie für den angedachten Zweck geeignet und auch erkennbar sicher ist, um im Schadensfall einen Verschuldensvorwurf zu entkräften. Hierzu muss er die verfügbare App-Beschreibung respektive die Gebrauchsanleitung, auf eine eindeutige Zweckbestimmung prüfen. Ebenso sind Angaben über Anwendung, Eichung, Anwendungsbereiche, Limitationen und Sicherheitshinweise zu berücksichtigen. Mit dem Fehlen dieser Angaben erhöht sich das Risiko, dass die App nur vermeintlich richtig eingesetzt wird. Es empfiehlt sich, die App vorher auszuprobieren und Plausibilitätschecks zu machen. Diese können je nach App Proberechnungen und -messungen mit Vergleichsmethoden oder eine stichprobenartige Prüfung der Inhalte auf Gültigkeit beinhalten.

© arrow / Fotolia

Je größer das Risikopotenzial einer App, desto genauer muss der Arzt sie auf die Eignung prüfen.

Handelt es sich bei der App um ein CE-gekennzeichnetes Medizinprodukt und setzt der Anwender es entgegen dem Verwendungszweck ein, ist er persönlich straf- und zivilrechtlich verantwortlich. Medizinprodukte dürfen nicht angewendet werden, wenn sie Mängel aufweisen, die zur Gefährdung von Patienten, Beschäftigten oder Dritten führen. Schon bei einem begründeten Verdacht sind Betrieb und Anwendung einzustellen.

Bei Medizinprodukten bieten Hersteller zur Beurteilung der Funktionstüchtigkeit in Gebrauchsanleitungen Hilfestellung. Sie geben zumeist Checks vor, die vor der Anwendung am Menschen durchgeführt werden müssen, um sich von der Funktionsfähigkeit zu überzeugen. Weitere Stichworte sind „Sicherheitstechnische Kontrollen" und „Messtechnische Kontrollen", die aber hier nicht im Detail ausgeführt werden sollen.

Hauptsächlich bietet der Markt jedoch Apps an, die keine Medizinprodukte darstellen (oder bei denen dies zumindest ungewiss ist). Hier ist der Arzt mit der Bewertung vollkommen auf sich gestellt. Als Daumenregel zum Umfang und zur Intensität der Prüfung sei angeregt, das Maß der individuellen Begutachtung dem Schadenspotenzial der App anzupassen. Das heißt: Je größer das Risiko, je gefährlicher und somit bedeutungsvoller die App ist, desto genauer muss ihre individuelle Prüfung ausfallen.

Hat der Arzt also eine App eingesetzt, nachdem diese als für das aktuelle Bedürfnis geeignet und nach einer risikoadaptierten Plausibilitätsprüfung als unbedenklich eingeschätzt wurde und tritt dennoch ein auf die App zurückzuführender Schaden ein, ist die Haftung eher unwahrscheinlich, wenn die App im Rahmen des vom Hersteller vorgesehenen Zwecks eingesetzt wird. Bei Apps, deren Inhalte und Funktionen zu potenziell schwerwiegenden gesundheitlichen, sozialen oder finanziellen Konsequenzen für die Betroffenen führen können, etwa im diagnostischen oder therapeutischen Kontext, wird die erforderliche Prüfung dabei aufwendiger sein als dies bei Apps der Fall ist, die einen rein informativen Charakter haben.

Allerdings ist die Zweckbestimmung einer App oft nicht leicht zu erkennen, gibt es doch keine allgemeine rechtsgültige Verpflichtung für App-Hersteller, den Zweck anzugeben. Leicht kann der Wunsch der Vater des Gedankens sein, dass die vorliegende App für diesen oder jenen Zweck gedacht sei, sie es dann aber de facto nicht ist. Und schon kann sich die Haftungsschlinge zu ziehen. Allenfalls App-Hersteller, die Medizinprodukte nach dem MPG herstellen, müssen entsprechend dem genannten Gesetz ihrem Produkt eine explizite Zweckbestimmung zuweisen. Bestehen Zweifel über den Zweck einer App, sollte diese nicht am Patienten eingesetzt werden.

Meist wird zunächst der Behandelnde als unmittelbarer Vertragspartner und Ansprechpartner des Patienten in Anspruch genommen. Wenn der Arzt aber nicht haftet, haftet dann automatisch der Hersteller für eine fehlerhafte App? Das ist nicht sofort zu bejahen, insbesondere wenn es sich bei der App um kein Medizinprodukt handelt. Eine deliktische Haftung nach dem BGB (§ 823 Abs. 1 BGB) setzt voraus, dass der Hersteller bei der Erstellung der App „die im Verkehr erforderliche Sorgfalt" außer Acht gelassen hat und er sich einem Verschuldensvorwurf stellen muss. Es muss also ein vermeidbares Versäumnis bestehen.

Bei medizinischen Apps gibt es in Haftungsfragen bisher wenig Erfahrungswerte. Es wird daher ab dem Jahr 2020 die Einordnung der Risikoklassen von Apps noch einmal verschärft. So wird es mehr Rechtssicherheit für den Patienten und den Arzt geben. **bm**

© mauritius images / robertharding / Eleanor Scriven

Schlaglichter vom Deutschen Ärztetag in Erfurt

Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im Fokus

Auf dem diesjährigen 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt bewältigten die Delegierten wieder einmal ein Mammutprogramm. Erfreulich aus Sicht von Psychiatern und Neurologen: Psychischen Erkrankungen als Volkskrankheiten wurde ebenso breiter Raum gegeben wie dem Stellenwert der sprechenden Medizin.

Eines der zentralen Themen des diesjährigen Ärztetages war das gesamte Spektrum der Versorgung psychischer Erkrankungen. Hohe Zeit, denn selbst der Koalitionsvertrag der großen Koalition erkennt erstmals ausdrücklich politisch an, dass psychische Erkrankungen Volkskrankheiten sind.

Die Delegierten des Ärztetages sehen dringenden Nachbesserungsbedarf bei der psychotherapeutischen Versorgung. Neben integrierten Modellen forderten sie eine bessere Finanzierung. Mehrere Redner verlangten von der Politik, das Versprechen, die sprechende Medizin aufzuwerten, auch umzusetzen. Ein Psychiater in der Niederlassung komme im Schnitt auf einen Fallwert von 65 € bis 85 €, sagte Gastrednerin Dr. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Alexianer St. Joseph Krankenhaus Berlin Weißensee. Für 65 € sei eine aufwendige sprechende Medizin aber nicht leistbar.

Außerdem war die Bedarfsplanung ein großes Thema. Die Delegierten forderten eine an die epidemiologische Entwicklung angepasste Bedarfsplanung im ambulanten Bereich für die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weiterhin forderten sie:

- Zeitgemäße Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze in den einzelnen Bundesländern. Diese sollen gleichzeitig die Spielregeln und Bedingungen für eine Behandlung auch gegen den Willen eines Patienten enthalten.
- Der Gesetzgeber soll die Grundlage für eine „Arbeitsminderung" analog der Erwerbsminderung für betroffene Patienten schaffen, da eine komplette Krankschreibung häufig eher zu einer Verstärkung der Symptome führe.
- Eine ausschließliche Betreuung mittels internetbasierten Interventionen durch MFA in der hausärztlichen Versorgung wird abgelehnt. Solche telemedizinischen Anwendungen dürften nur ergänzend zum Einsatz kommen.
- Eine Anpassung beziehungsweise Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Vergütung.

Ferner hat der Ärztetag gefordert, den vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Entwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung zurückzunehmen.

Mit großer Mehrheit haben die Delegierten auch für die Lockerung des Fernbehandlungsverbots gestimmt. Die neue Regelung in der Musterberufsordnung der Ärzte (MBO-Ä) sieht künftig in § 7, Absatz 4 vor, dass Ärzte „im Einzelfall" auch bei ihnen noch unbekannten Patienten eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien vornehmen dürfen. Sofern dies „ärztlich vertretbar" und die „erforderliche ärztliche Sorgfalt" gewahrt ist. Die Krankschreibung per Telefon oder Videokonferenz bei unbekannten Patienten lehnten die Delegierten aber ab, ebenso Verordnungen ausschließlich im Rahmen von Fernbehandlung. **red**

Eine ausführliche Berichterstattung vom 121. Deutschen Ärztetag lesen Sie in der nächsten Ausgabe des NeuroTransmitter vom 16. August 2018.

Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN
Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP
Berufsverband Deutscher Neurologen BDN

NEUROTRANSMITTER TELEGRAMM 2/2018 Ausgabe Juni

Offizielles Organ der Berufsverbände BVDN – BVDP – BDN

Einführung der Telematik-Infrastruktur – Update

Ein ausführliches Update zum Stand der Einführung der Telematikinfrastruktur lesen Sie im aktuellen Neurotransmitter-Telegramm 2/2018, das der Teilauflage dieser Ausgabe für Mitglieder exklusiv beiliegt.

BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt

Die Fachgruppe vor dem Umbruch

Viele über 60-jährige Kollegen, zu wenig Fachkollegen, die sich niederlassen wollen, und das immer noch nicht gelöste Problem der Neubesetzung von Nervenarztsitzen nur durch einen Neurologen oder einen Psychiater und die damit entstehenden Versorgungsbedarfe – den BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt treiben dieselben Fragen um, wie sie die Fachgruppe auch in anderen Regionen bewegt. Immerhin: Wirtschaftlich sieht die Situation in Sachsen-Anhalt stabil aus.

„Arbeit haben alle genug". Dr. Michael Schwalbe, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Sachsen-Anhalt aus Lutherstadt-Wittenberg, sieht einiges auf die Kollegen zukommen. Wie in anderen Landesverbänden ist ein erheblicher Teil der nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Fachkollegen in Sachsen-Anhalt über 60 Jahre alt und es muss in den kommenden fünf Jahren mit einer großen Zahl ausscheidender Kollegen gerechnet werden. Das stellt den Einzelnen vor viele Fragen hinsichtlich der Suche eines Nachfolgers und der juristisch korrekten Praxisübergabe. Deshalb waren diese Aspekte auch wichtige Themen bei der letzten Frühjahrstagung des BVDN-Landesverbands Sachsen-Anhalt.

© fotomek / Fotolia

Führt die geforderte Verlängerung der Sprechstundenzeiten zu Konflikten mit den politischen Vorgaben der Plausibilitätszeiten? Das möchte man auch in Sachsen-Anhalt gerne wissen, ob der vielfach doppelten Arbeitsauslastung.

Dazu kommt das ebenfalls bundesweit drängende Problem der Übergabe von Nervenarztsitzen an reine Neurologen oder reine Psychiater: „Wir haben schon vor vier, fünf Jahren an die KV Sachsen-Anhalt, die KBV und das Zentralinstitut geschrieben. Die wissen um das Problem und arbeiten an Lösungen im Rahmen der Bedarfsplanung. Aber im Prinzip muss das vor allem mit Krankenkassen und Politik geregelt werden. Bisher hören wir von der Politik aber immer nur, dass nicht mehr Geld ins System kommen kann, als schon da ist." Es kann aber Schwalbes Ansicht nach nicht sein, dass bei Ablösung von Nervenärzten durch Neurologen und Psychiater für die Versorgung notwendig werdende zusätzliche Sitze am Ende nur zulasten der Fachgruppe selbst gehen, weil keine zusätzlichen Mittel bereitgestellt werden. Zudem müsse geregelt werden, wie man mit dem Zustrom von Patienten umgeht, der auf die verbleibenden Kollegen bei Nachbesetzung eines angrenzenden Nervenarztsitzes mit einem Facharzt nur einer Fachrichtung zukommt, findet er.

Nachwuchsoffensive

In Sachsen-Anhalt gibt es einiges an Aktivitäten zur Nachwuchsgewinnung, angefangen von Programmen, um Medizinstudenten zu gewinnen und zu halten, über die Förderung von Famulaturen auch im niedergelassenen Bereich und die Unterstützung der Weiterbildung im ambulanten Bereich.

Der BVDN-Landesverband Sachsen-Anhalt selbst wirbt offensiv für die Niederlassung von Fachkollegen. Beispielsweise organisierte er bei den letzten Mitteldeutschen Psychiatrietagen im Oktober 2017 gemeinsam mit den BVDN-Landesverbänden Thüringen und Sachsen ein berufspolitisches Forum, wo sich die Landesverbände mit ihren Aktivitäten präsentieren konnten. Schwalbe stellte dort vor, wie man sich als Psychiater oder Psychotherapeut niederlassen kann, welche Vorteile das hat und was für die eigene Niederlassung gegenüber der Praxisgemeinschaft oder einer Tätigkeit in einem MVZ oder als angestellter Arzt spricht: „Ich habe ganz klar für die eigene Niederlassung geworben", sagt Schwalbe. „Die eigene Niederlassung bietet das höchste Maß an eigenständiger, selbst bestimmter Arbeit."

Wirtschaftliche Situation ist stabil

In den vergangenen Jahren hat es in Sachsen-Anhalt wirtschaftlich keine Verwerfungen für die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater gegeben. 2017 lagen Neurologen und Nervenärzte wirtschaftlich praktisch gleichauf, die Psychiater und Psychotherapeuten dahinter.

Der dem Hausarztvertrag angeschlossene Nervenarztvertrag hat für viele Kollegen eher eine nachrangige Bedeutung. „Er wird fortgeschrieben", sagt Schwalbe, „aber die Vergütungen daraus schlagen gegenüber den Gesamtvergütungen nicht übermäßig zu Buche." Die Erfüllung mehrerer der hinterlegten Rabattverträge mit Generikaquoten hat aber einen anderen angenehmen Effekt: „Man kann dann unter bestimmten Bedingungen aufgrund eines Vertrags zwischen KV und Krankenkassen von der Wirtschaftlichkeitsprüfung befreit werden", erläutert Schwalbe. Die Generi-

kaquoten sind aber nicht sanktioniert, ergänzt er: „Man erfüllt sie oder man erfüllt sie nicht." Sie sind eh so bemessen, dass Ärzte, die regulär verordnen, nicht von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen sind. „Und wenn man in einer Stichprobe der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist, wurde bislang keine Sanktionierung ausgesprochen", berichtet der BVDN-Landesverbands-Vorsitzende.
Wer mit seinen Verordnungen um 30 % über den Verordnungen in der Fachgruppe liegt, kann in der Prüfung zudem oft eine Praxisbesonderheit anerkennen lassen, gerade bei einem Schwerpunkt Parkinson, Demenz oder MS. „In den letzten zwei Jahren ist da kein Problem aufgetreten", meint Schwalbe.

Mehrarbeit – mehr Vergütung?

Sollten die vorgegebenen Sprechstundenzeiten wie geplant von 20 auf 25 Stunden ausgeweitet werden, dürfte das die meisten niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater nach Schwalbes Einschätzung wenig tangieren: „Wir arbeiten ja jetzt schon eher doppelt so lange." Eher betroffen sind Ärzte mit einer halben Zulassung oder in MVZ. Aber natürlich müsste mehr Geld von den Krankenkassen kommen, wenn man mehr arbeitet, findet er. Außerdem ist zu klären, ob die geforderte Verlängerung zu Konflikten mit den politischen Vorgaben der Plausibilitätszeiten führen könnte. „Es muss geregelt werden, dass man durch die längeren Sprechstundenzeiten nicht in die Plausibilitätsprüfung kommt."

EEG-Projekt braucht Weiterentwicklung

Seit etwa zwei Jahren läuft ein ambulantes telemedizinisches EEG-Projekt von Professor Hans-Jochen Heintze von der Klinik für Neurologie der Otto von Guericke-Universität in Magdeburg, an dem sich Mitglieder BVDN-Landesverbandes Sachsen-Anhalt beteiligen. Einige Praxen haben dort viele, manche nur einige Patienten eingebracht. Noch ist die Zahl der Patienten für eine Auswertung insgesamt zu gering, eine Fortsetzung beziehungsweise Neuauflage des Projekts ist geplant. Das gibt Gelegenheit, einige Kinderkrankheiten des Systems auszumerzen. So war nach Schwalbes Erfahrung der Anteil der gestörten Ableitungen am Tag, wenn die Patienten aktiv sind, doch erheblich größer als bei einer Ableitung in Ruhe in der Praxis. Auch müssen beispielsweise die Batterien und der Sender leichter werden. Im Übrigen können sich nicht alle Patienten mit der Technik anfreunden, ist die Erfahrung von Schwalbe: „Viele Patienten springen ab, weil ihnen der Transport zu schwer und die Bedienung der Geräte oder des iPads zu kompliziert sind. Möglicherweise habe ich einfach zu viele ältere Patienten." □

AUTORIN

Friederike Klein, München

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Datenschutzgrundverordnung

Hilfe im Bürokratiedschungel

Die neue EU-weite Datenschutzgrundverordnung gilt zwar bereits seit dem 25. Mai 2018, dennoch herrscht bei vielen Ärzten noch eine gewisse Ratlosigkeit darüber, was in der Praxis konkret zu beachten ist. Professionelle Beratungsdienstleister können dabei helfen, Ihre Praxis an die neuen Datenschutzauflagen anzupassen.

Aus einer anderen Fachgruppe wurde mir kürzlich von einem Kollegengespräch berichtet: Es sei intensiv diskutiert worden, wie man es mit den neuen Datenschutzregelungen halten solle. Einzelne Diskutanten meinten, man müsse einen Datenschutzbeauftragten bestellen, was von anderen heftig bestritten wurde. Wieder andere Gesprächsteilnehmer drückten ihren Ärger über die anstehenden neuen rechtlichen Bestimmungen und den damit verbundenen Aufwand aus. Allen gemeinsam war eine gewisse Ratlosigkeit darüber, was konkret im eigenen Betrieb hinsichtlich des Datenschutzes neu einzuführen oder auch nur anzupassen sei, und ob bisher bereits bestehende Regelungen auch unverändert weitergeführt werden könnten.

Die bisher gültigen Rechtsnormen zum Datenschutz sind den meisten Ärzten offenbar nicht explizit unter deren Bezeichnungen bewusst, zumal sie zu einer Zeit ihre Gültigkeit erlangt hatten, als elektronische Medien noch keine große Rolle spielten. Die europäische Datenschutzrichtlinie (Richtlinie 95/46/EEG) war 1995 in Kraft getreten. Das auf ihr basierende Bundesdatenschutzgesetz hatte diese Richtlinie dann in nationales Recht umgesetzt.

Die Modernisierung des Datenschutzes

Die neue Verordnung (EU) 2016/679, vulgo Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), ersetzt die bisherigen Regelungen. Im Gegensatz zu den bisherigen Bestimmungen gilt die DSGVO seit dem 25. Mai 2018 unmittelbar in allen EU-Mitgliedstaaten. Gleichzeitig trat ein deutsches Ergänzungsgesetz in Kraft – das „Datenschutz-Anpassung-und-Umsetzungsgesetz“ (DSAnpUG), das die

© stockpics / Adobe Stock

Die DSGVO gilt bereits. Aber welchen Weg müssen einzelne Praxen einschlagen, um künftig den Datenschutz zu gewährleisten?

DSGVO konkretisiert. Ergänzt werden soll die DSGVO außerdem durch die „EU-ePrivacy-Verordnung", die Regelungen zur elektronischen Kommunikation (Internet- und Telemediendienste) europaweit vereinheitlichen soll. Diese Verordnung wird allerdings erst später in Kraft treten.

Die neue DSGVO findet bemerkenswerterweise seit Monaten zunehmend auch in den Massenmedien Beachtung. So verging in den vergangenen Wochen kaum ein Tag, an dem nicht über die anstehenden Datenschutzänderungen und deren Bedeutung für die sozialen Medien berichtet wurde. Insbesondere die intensive Berichterstattung zum Handel mit personenbezogenen Daten bei Facebook hatte hierzu beigetragen.

Während also der Name der neuen Verordnung bereits eine erhebliche Bekanntheit erlangt hat, findet sich in der ärztlichen Literatur der letzten Wochen nur sehr zögerlich Konkretes zu Bedeutung und Umsetzung. Hier schließt sich nun der Kreis zu der eingangs erwähnten Ratlosigkeit der Kollegen zur Umsetzung der Verordnung.

Viele Fragen – nur wenige konkrete Antworten

Ich selbst hatte mich belesen, hatte die allgemein verfügbaren Informationen von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns durchgearbeitet. Hinzu kamen die Lektüre eines Interviews mit dem Präsidenten des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht und einschlägiger Informationen auf den Internetseiten des Bayerischen Landesamtes für Datenschutzaufsicht sowie anderer Landesbehörden.

Fazit: Ich stieß stets auf die immer wiederkehrende Erwähnung derselben Artikel der DSGVO, auf die immer gleiche juristische Terminologie und die mittlerweile obligate Auflistung dessen, was zu tun sei. Meine anfängliche Initiative, mich der Herausforderung in der Umsetzung für meine Praxis zu stellen, wurde allmählich dadurch gemindert, dass ich nirgendwo auf Konkretisierungen der Begriffe stieß. Stattdessen ließen alle Artikel viele Fragen zu konkreten Hilfestellungen offen.

Was ist also zu tun? Ich möchte an dieser Stelle von meinen eigenen Erfahrungen berichten, die ich während meiner Beschäftigung mit dem Thema und meiner umfangreichen Beratung durch ein Consulting-Unternehmen gewonnen habe.

Um mich auf den Beratungstermin in der Praxis vorzubereiten, hatte man mir eine Checkliste zur Umsetzung der neuen Anforderungen zu Verfügung gestellt. Ich sollte angeben, ob ein Verzeichnis zu „Verarbeitungstätigkeiten" bestehe. Auch zum „Auskunftsrecht Betroffener" sollte ich Stellung nehmen. Ich fragte mich, wie diese Begriffe überhaupt definiert waren. Welche Tätigkeiten in meiner Praxis fallen in die Kategorie „Verarbeitungstätigkeiten"? Wer ist ein „Betroffener"? Umfasst das nur Patienten oder möglicherweise auch Angehörige, deren Telefonnummer wir manchmal speichern? Betrifft dieser Begriff auch unsere Angestellten, deren Daten wir speichern? Ich sollte Auskunft darüber geben, ob bereits interne Regelungen zum Umgang mit „Datenpannen" bestünden. Wieder ein Begriff, der hinsichtlich seines gesamten Bedeutungsumfangs zunächst nicht selbsterklärend erscheint.

Checklisten, Definitionen und viele Einzelfälle

In unserem Beratungsgespräch ging es also vor allem immer wieder um Begrifflichkeiten. Dabei wurde deutlich, dass abschließende Definitionen häufig gar nicht existieren und wahrscheinlich so mancher definitorische Inhalt im weiteren Verlauf auch erst durch gesprochenes Recht konkretisiert werden wird. Allerdings wollen wir natürlich alle nicht in die Situation geraten, in der wir selbst im Zentrum eines Falles stehen, anhand dessen eine gerichtliche Klärung zur Auslegung von Rechtsbegriffen erfolgt.

In unserem Beratungsgespräch stellte sich schnell heraus, dass die Beratungsfirma uns gegenüber einen deutlichen Vorsprung in Kenntnissen und Erfahrungen aufwies, da dort ein mehrköpfiges Team bereits seit Dezember 2017 an Checklisten, Verfahrensanweisungen und Dokumentvorlagen arbeitete. Die Beraterin gab zu erkennen, dass sich aufgrund individueller Besonderheiten in den Arztpraxen nahezu in jedem Beratungsgespräch neue Gesichtspunkte ergeben hätten. Diese wiederum führten zu neuen oder veränderten Dokumenten und schließlich zu Ergänzungen in den Beratungsgesprächen.

Während eines vierstündigen Beratungsgespräches prüften wir anhand einer Checkliste gemeinsam alle Aspekte des Datenschutzes in unserer Praxis auf Konformität gemäß der DSGVO. Zu zahlreichen Themen wurden uns Dokumentvorlagen zur Verfügung gestellt, etwa zur Erstellung eines Verzeichnisses für Verarbeitungsvorgänge in der Arztpraxis, Informationen für Patienten im Rahmen der bestehenden Informationspflicht oder zu Verpflichtungserklärungen auf den Datenschutz für Mitarbeiter und externe Unternehmen.

Dokumente müssen überarbeitet werden

Viele bereits vorhandene Dokumente bedurften einer Bearbeitung, einige neue Dokumente und Regelungen wurden hinzugefügt (**Tab. 1**).

In der Patienteninformation, die wir im Empfangsbereich gut sichtbar aushängen werden, nennen wir den Patienten die Verantwortlichen der Datenverarbeitung, den Datenschutzbeauftragten, den Zweck der Datenverarbeitung, die Empfänger ihrer Daten, Speicherung und Löschung ihrer Daten, ihre Rechte sowie die rechtlichen Grundlagen für die Datenverarbeitung.

Im Behandlungsvertrag weisen wir darauf hin, dass Angaben zu Telefonnummern, Einwilligungen in telefonische Terminerinnerungen sowie erteilte Schweigepflichtentbindungen jederzeit widerrufen werden können. Wir lassen uns schriftlich bestätigen, dass die Unterzeichnenden zu den Informationspflichten nach Art. 13 und Art. 14 der DSGVO informiert wurden. Ebenso wird in der Schweigepflichtentbindung ausdrücklich auf das Widerrufsrecht hingewiesen.

Unsere bisherige Dienstleisterliste mussten wir aufteilen, da nun zwischen Dienstleistern mit und ohne Auftragsdatenverarbeitung (ADV) zu unterscheiden ist. Dienstleister mit ADV sind beispielsweise alle Arztinformationssys-

temanbieter, IT-Betreuer mit Zugriff auf Patientendaten sowie Steuerberater oder Lohnbuchhalter mit Zugriff auf Mitarbeiterdaten. Zu Dienstleistern ohne ADV zählen etwa Handwerker, Servicetechniker, Umweltlabore zur Trinkwasseranalytik und Validierungsunternehmen für Reinigungs- und Desinfektionsgeräte oder Sterilisatoren.

Mit Dienstleistern, die ADV erbringen, sind „vertragliche Vereinbarungen zur Auftragsdatenverarbeitung" gemäß Art. 28 DSGVO zu schließen. Zwischenzeitlich erreichten uns bereits derartige Verträge zum Beispiel von unserem Praxisverwaltungssystem (PVS-) Anbieter. Bevor Sie also selbst Verträge formulieren, sollten Sie diesbezüglich zur Abstimmung Kontakt mit Dienstleistungspartnern aufnehmen. Dienstleister, die keine ADV erbringen, werden in einer schriftlichen Erklärung zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Für Datenpannen gemäß Art. 33 und Art. 34 DSGVO sowie § 66 Datenschutzanpassungsgesetz haben wir eine Prozessbeschreibung definiert. Dokumentiert werden Art und Folgen einer Datenpanne, die ergriffenen Maßnahmen sowie eine Risikoabschätzung. Schließlich muss beurteilt werden, ob eine Meldung an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu erfolgen hat.

Beratungsunternehmen erleichtern die Umstellung

An dieser Stelle würde es die Möglichkeiten überschreiten, alle Beratungsergebnisse und Anpassungen im Detail darzustellen – zumal viele Themen hinsichtlich Praxisinfrastruktur und Personalkonstellation einer individuellen Regelung bedürfen. So wünschenswert eine ausführliche Darstellung einzelner Lösungsansätze mit pauschaler Gültigkeit auch wäre, es bleibt letztlich Aufgabe des einzelnen Praxisinhabers, individuelle Regelungen betriebsspezifisch zu definieren. Erhebliche Hilfe kann allerdings die Einbindung von externem Knowhow leisten – in der Regel, indem Beratungsunternehmen Praxisbegehungen durchführen, Anregungen, Dokumentvorlagen und Protokollierungen des Status quo beisteuern. Hier möchte ich auf die Möglichkeit zur finanziellen Förderung entsprechender Beratungsdienstleistungen hinweisen.

Auch für Arztpraxen besteht die Möglichkeit zur Förderung von Unternehmensberatungen gemäß der Rahmenrichtlinie des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie vom 28. Dezember 2015 zur Förderung unternehmerischen Knowhows. Dies sieht ein zweistufiges Antragsverfahren vor, bei dem bereits vor der Beratung Antrags- und Unternehmensdaten online erfasst werden müssen! Für junge Praxen innerhalb der ersten zwei Jahre nach Gründung gilt, dass vor Antragstellung zusätzlich ein kostenloses Informationsgespräch bei einem regionalen Ansprechpartner zu führen ist. Im Rahmen des Antragsverfahrens muss eine Selbsterklärung über Unternehmenstyp, Mitarbeiterzahl und Angaben zu Jahresumsatz oder Bilanzsumme abgegeben werden. Die Förderung von Beratungsdienstleistungen setzt voraus, dass das beauftragte Beratungsunternehmen die in den Richtlinien aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Der Berater muss einen Beratungsbericht erstellt und dem Antragsteller übergeben haben! Der Beratungsbericht muss die Anforderungen an eine förderfähige Beratungsleistung dokumentieren.

In einem zweiten Schritt müssen schließlich vor Entscheidung über den Antrag die Verwendungsnachweise eingereicht werden. Ab dem Zeitpunkt der Antragstellung hat der Antragsteller maximal sechs Monate Zeit, die Beratung durchzuführen. Innerhalb dieser Frist muss die Beratung abgeschlossen und der Verwendungsnachweis vollständig über das Online-Portal eingereicht worden sein.

Umfangreiche Informationen finden Sie auf der Homepage des Bundesamtes für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (www.bafa.de) im Register Wirtschafts- und Mittelstandsförderung und auf der Homepage der Förderungsgesellschaft des BDS-DGV mbH für die gewerbliche Wirtschaft und freie Berufe (www.foerder-bds.de). Im Download-Bereich finden Sie hier alle erforderlichen Informationen zu Online-Antrag, Verwendungsnachweis und Regionalberater. Teilweise bieten die Beratungsunternehmen als weitere Dienstleistung an, den Zuschuss zu den Beratungskosten zu beantragen.

Tab. 1: Dokumente im Rahmen der DSGVO

Patienteninformationen zum Datenschutz
Behandlungsvertrag allgemein
Behandlungsvertrag für Leistungen nach GOÄ (Gebührenverordnung für Ärzte)
Schweigepflichtentbindung und Befundanforderung
Dienstleisterliste mit Auftragsdatenverarbeitung
Vertragliche Vereinbarung zur Auftragsdatenverarbeitung
Dienstleisterliste ohne Auftragsdatenverarbeitung
Verschwiegenheitserklärung für Dienstleister ohne Auftragsdatenverarbeitung
Verzeichnis der Datenverarbeitungsvorgänge
Verschwiegenheitserklärung für Mitarbeiter
Datenschutzfolgeabschätzung
Dokumentation und Vorgehensweise bei Datenpannen
Meldung Datenschutzbeauftragter
Anpassung der Website bezüglich der DSGVO

AUTOR

Dr. med. Thomas Gilleßen, München
Schriftführer BVDN-Bayern
Landessprecher Bayern des BDN

Gemeinsames Konzept von DGNB, DGN, DGNC und DGPPN

Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“

Die medizinische Begutachtung stellt für viele Neurologen, Neurochirurgen, Nervenärzte und Psychiater sowohl in der Klinik als auch in der Niederlassung einen wichtigen Bestandteil ihrer täglichen Arbeit dar. In den meisten aktuellen Weiterbildungsordnungen ist die Begutachtung im Sinne einer eigenen Erstellung von Gutachten nicht mehr oder nur marginal enthalten. Allerdings bleibt die Begutachtung eine wichtige sozialmedizinische Aufgabe, deren Umfang und Bedeutung in Zukunft eher weiter zunehmen wird.

GEORG GAHN, KARLSRUHE, PETER GAIDZIK, HAMM, FRANK BERGMANN, AACHEN, IRIS HAUTH, BERLIN, VOLKER TRONNIER, LÜBECK, MATTHIAS ZUMKELLER, HANNOVER, ANDREAS FERBERT, KASSEL, BERNHARD WIDDER, GÜNZBURG

Ausgehend vom 40 Unterrichtsstunden umfassenden Gutachtencurriculum der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) hat die Bundesärztekammer (BÄK) 2014 die strukturierte curriculare Fortbildung (SCF) „Medizinische Begutachtung“ entwickelt, bei der es sich um eine ankündigungsfähige Zusatzqualifikation vergleichbar zum Beispiel der Umwelt- oder Palliativmedizin handelt.

Die SCF „Medizinische Begutachtung“ der BÄK umfasst 64 Unterrichtsstunden, gegliedert in drei Teile, sowie ein abschließendes Probegutachten:

- Modul I: Grundlagen der Medizinischen Begutachtung (40 Stunden)
- Modul II: Fachübergreifende Aspekte der Medizinischen Begutachtung (8 Stunden)
- Modul III: Fachspezifische Aspekte der Medizinischen Begutachtung (16 Stunden)
- Erstellung eines Final- und Kausalitätsgutachtens

Die DGNB hat inzwischen die SCF „Medizinische Begutachtung“ in ihr Curriculum integriert und bietet dieses seit 2015 mit großem Erfolg fachspezifisch in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) für alle neurowissenschaftlichen Gebiete an.

Als ergänzende und höher qualifizierende Maßnahme besteht darüber hinaus die Möglichkeit, nach einem Peer-Review-Verfahren selbst erstellter Gutachten eine Zertifizierung als neurowissenschaftlicher Gutachter für das jeweilige Fachgebiet Neurochirurgie, Neurologie oder Psychiatrie zu erhalten (Details unter www.dgnb-ev.de). Die zertifizierten Gutachter sind online gelistet und dadurch für Behörden, Ärztekammern oder Versicherungen als solche erkennbar (www.dgnb-ev.de/gutachterliste.pdf).

Welche Inhalte, Kenntnisse und Fähigkeiten werden den Teilnehmern an der curricularen Fortbildung Neurowissenschaftliche Begutachtung/Medizinische Begutachtung vermittelt? Wozu und in welchem Kontext werden sie benötigt? Die gutachtliche Tätigkeit unterscheidet sich grundlegend von der kurativen Medizin, die Ärzte im Studium und während der Facharztausbildung erlernen. Keineswegs steht die Diagnosefindung im Vordergrund, erst recht nicht die Therapie oder die Entwicklung eines Therapiekonzeptes. Vielmehr gilt es, in der gutachtlichen Tätigkeit im Rahmen rechtlicher Vorgaben Funktionsbeeinträchtigungen zu objektivieren und zu quantifizieren und im Sinne der jeweiligen Fragestellung einzuordnen. Diese Aufgabe ist je nach „Rechtsgebiet“ oder Auftraggeber inhaltlich und formal zu unterscheiden und sorgsam abzugrenzen.

Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Auftraggeber für medizinische Gutachten sind in Deutschland überwiegend die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften), die gesetzlichen Rentenversicherungen, die Berufsunfähigkeitsversicherungen, die privaten Unfallversicherungen, die Haftpflichtversicherungen, die Versorgungsverwaltungen für das Schwerbehinderten- und soziale Entschädigungsrecht sowie – im Streitfall – die Sozial-, Zivil- und die Amts- und Landgerichte in Strafsachen.

Entsprechend gilt es bei der Sichtung eines Gutachtenauftrages zunächst zu klären, in welches Rechtsgebiet das Gutachten fällt. Die Beachtung des jeweiligen Rechtsgebietes ist von großer Bedeutung für den kompetenten Gutachter. Verwirrend ist zunächst, dass – historischen Entwicklungen folgend – Bewertungsmaßstäbe und das „Vokabular“ in

den verschiedenen Rechtsgebieten unterschiedlich sind. So ist in der gesetzlichen Unfallversicherung die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nicht zu verwechseln mit dem Grad der Schädigungsfolgen im sozialen Entschädigungsrecht (GdS). Hingegen wird zum Beispiel Invalidität betroffener Extremitäten in der privaten Unfallversicherung in Quotienten ausgedrückt (z. B. 1/10 Armwert). Auch in der zusammenfassenden Betrachtung mehrerer Funktionsbeeinträchtigungen ist je nach Rechtsgebiet unterschiedlich vorzugehen (Addition versus zusammenfassende Gewichtung). Auch bleiben geringe Funktionsbeeinträchtigungen je nach Rechtsgebiet in der Regel unberücksichtigt (Marx et al.). Neben der Verwendung der korrekten Terminologie kann es durchaus ratsam sein, sich die jeweiligen Kriterien aufgrund ihrer Komplexität vor Annahme eines Gutachtenauftrages noch einmal zu vergegenwärtigen.

Eine weitere Herausforderung besteht in der Auseinandersetzung mit grundlegenden Rechtsbegriffen. Was bedeutet „mit überwiegender Wahrscheinlichkeit" im Gegensatz zu „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit"? Was ist bei einer Erstellung einer Kausalkette zu beachten? Was sind „Anknüpfungstatsachen"? Diese Begriffe sind wesentlich und müssen vom Gutachter korrekt angewendet werden. Dabei muss sich der Gutachter immer darüber im Klaren sein, dass seine Rolle nur die eines „Gehilfen" ist. Unabhängig von der medizinischen Expertise sind von den Versicherungen oder Gerichten weitere und insbesondere verwaltungsrechtliche Aspekte in die Entscheidungs- und Urteilsbildung einzubeziehen.

Anders als in der kurativen Medizin steht bei der Erstellung eines Gutachtens im ersten Schritt die Objektivierung, Quantifizierung oder Graduierung einer Funktionsbeeinträchtigung im Vordergrund. In einem zweiten Schritt erfolgt dann zum Beispiel die Prüfung des Zusammenhanges zwischen festgestellter Funktionsbeeinträchtigung und einem Schädigungsereignis. Eine klare (Funktions-) Diagnose ist zumindest im Sozialrecht Voraussetzung für sämtliche weitere Überlegungen. Die Auftraggeber erwarten vom Gutachter klare Aussagen. Softe Formulierungen wie „wohl", „Verdacht auf", „fraglich" haben in einem Gutachten nichts zu suchen, sondern entwerten das Gutachten. Die Auftraggeber erwarten klare Stellungnahmen auch dann, wenn eine Frage aus gutachtlicher Sicht nicht beantwortet werden kann. Auch das kann im Einzelfall ein Ergebnis am Ende einer Begutachtung sein. Der Gutachter muss insofern die jeweilige Problematik des Rechtsgebietes und im Zusammenhang damit Überlegungen und Fragen der jeweiligen Sachbearbeiter und Verwaltungsjuristen antizipieren. Dies ist für Mediziner eine ungewohnte, gleichwohl spannende Aufgabe.

Tab. 1: Seminarteil 1 – Allgemeine Grundlagen, Zustandsbegutachtung I

BÄK-Modul Ia (12 Stunden) + Modul IIa (4 Stunden)	
Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung	**4 h**
_ Rechtliche Grundlagen _ Medizinische Grundlagen	
Zustandsbegutachtung im Bereich der Sozialgesetzgebung	**4 h**
_ Gesetzliche Krankenversicherung _ Gesetzliche Rentenversicherung _ Schwerbehindertenrecht _ Rehabilitation	
Fachübergreifende neuropsychiatrische Themen (Modul IIa)	**4 h**
_ Begutachtung bei chronischen Schmerzen _ Begutachtung psychischer und psychosomatischer Störungen	
Praktische Übungen zur Zustandsbegutachtung	**4 h**

Tab. 2: Seminarteil 2 – Kausalitätsbezogene Begutachtung

BÄK-Modul Ib (12 Stunden) + Modul IIb (4 Stunden)	
Kausalitäts- und Beweisregeln im Straf-, Zivil- und Sozialrecht	**2 h**
Kausalitätsbezogene Begutachtung	**6 h**
_ Haftpflichtversicherung _ Gesetzliche Unfallversicherung/Unfallfolgen _ Gesetzliche Unfallversicherung/Berufskrankheiten _ Private Unfallversicherung _ Soziales Entschädigungsrecht _ Arzthaftpflicht	
Fachübergreifende neuropsychiatrische Themen (Modul IIb)	**4 h**
_ Begutachtung von HWS-Beschleunigungsverletzungen _ Begutachtung psychoreaktiver Unfallfolgen	
Praktische Übungen zur Kausalitätsbegutachtung	**4 h**

Zustandsbegutachtung im Bereich der Sozialgesetzgebung

Eine typische gutachterliche Aufgabe besteht in der Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Arbeitsunfähigkeit) oder der gesetzlichen Rentenversicherung (Erwerbsminderung).

Häufige Fragestellungen in diesem Kontext betreffen auch die Beurteilung von Funktionsbeeinträchtigungen und die Festlegung des Behinderungsgrades im Rahmen des Schwerbehindertenrechtes. Weitere Fragestellungen betreffen die Indikation zu möglichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Rehabilitationsfähigkeit.

Auch hier gilt es wieder, die exakten Definitionen der Rechtsgebiete und deren Kriterien peinlich genau zu beachten. So kann zum Beispiel eine teilweise Erwerbsminderung als Folge eines Schlaganfalls mit residueller Hemiparese durch das gleichzeitige Erfordernis „betriebsunüblicher Pausen" zu einer vollen Erwerbsminderung führen. In diesem Zusammenhang wird etwa das „Fatigue-Syndrom" bei verschiedenen neurologischen und/oder psychischen Erkrankungen zunehmend problematisch einzuschätzen sein (Widder & Gaidzik 2011).

Fachübergreifende neuropsychiatrische Themen

Im Bereich der Beurteilung von Schmerzen bewegt sich der Gutachter schnell im Grenzgebiet zwischen Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatik (Widder 2004). Praktische Beispiele sind die Begutachtung chronischer Kopfschmerzen, komplexer regionaler Schmerzsyndrome oder auch häufiger Beschwerden wie Rückenschmerzen.

Die Begutachtung von Schmerzen ist insofern anspruchsvoll, da sowohl somatische als auch psychische Aspekte einer Schmerzerkrankung berücksichtigt werden müssen und der Gewichtung der anamnestischen Angaben eine besondere Bedeutung zukommt, zumal Selbstbeurteilungsbögen und Testverfahren lediglich Hilfsinstrumente darstellen und nicht zu einer Objektivierung des Schmerzes geeignet sind.

Kausalitätsbezogene Begutachtung

Die kausalitätsbezogene Begutachtung erfordert im Gegensatz zur Zustandsbegutachtung neben der Einschätzung und Bewertung einer Funktionsbeeinträchtigung auch die Klärung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einem Schädigungsereignis, dem daraus entstandenen Gesundheitsschaden und den dann dadurch entstandenen Funktionsbeeinträchtigungen. Typisches Beispiel: Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mit links temporaler intrazerebraler Blutung und der Folge einer strukturellen Epilepsie. Nicht immer ist im Rahmen kausalitätsbezogener Begutachtungen der Zusammenhang zwischen Schadensereignis und primärem Gesundheitsschaden zum Beispiel im Zivilrecht im (geforderten) Vollbeweis zu führen, während im Sozialrecht die überwiegende Wahrscheinlichkeit ausreicht. Der juristische Begriff „Vollbeweis" bedeutet übertragen „ohne vernünftigen Zweifel". Es können demnach durchaus Restzweifel bestehen, allerdings wird denen aus Vernunftgründen Einhalt geboten. Bei oben genanntem Beispiel könnte man etwa einwenden, dass das SHT nicht Ursache, sondern Folge einer intrazerebralen Blutung gewesen ist.

Haftpflichtversicherer fragen zum Beispiel häufig nach Zusammenhängen zwischen möglichen Folgezuständen von Verletzungen im Rahmen eines Verkehrsunfalles.

Die gesetzlichen Unfallversicherungen beauftragen überwiegend die gut-

Tab. 3: Seminarteil 3 – Zustandsbegutachtung II, spezielle Begutachtungsfragen

BÄK-Modul IIc (16 Stunden)	
Zustandsbegutachtung in Pflege- und Privatversicherungen	**3 h**
_ Pflegeversicherung _ Private Krankenversicherung _ Private Berufsunfähigkeitsversicherung	
Spezielle Begutachtungsfragen	**5 h**
_ Begutachtung aus richterlicher/anwaltlicher Sicht _ Begutachtung von Migranten _ Fallstricke der Begutachtung	
Fachübergreifende neuropsychiatrische Themen	**4 h**
_ Hirnorganische Störungen/Demenzen _ Beschwerdenvalidierung bei neuropsychiatrischen Erkrankungen _ Bewertung test- und neuropsychologischer Untersuchungen	
Praktische Übungen	**4 h**

Tab. 4: Seminarteil 4 NL – Fachspezifische Aspekte Neurologie

BÄK-Modul III (16 Stunden)	
Wiederholung sozialmedizinische Grundlagen	**2 h**
_ Finale Begutachtung bei neurologischen Erkrankungen _ Kausale Begutachtung bei neurologischen Erkrankungen	
Vertiefung fachübergreifende Themen (Fallseminar)	**3 h**
_ Hirnorganische Psychosyndrome, neuropsychologische Befundung _ Schmerzsyndrome, CRPS _ HWS-Beschleunigungsverletzungen	
Gutachtlich wichtige neurologische Erkrankungen beziehungsweise Funktionsstörungen	**6 h**
_ Schädel-Hirn-Traumen _ Zerebrovaskuläre Erkrankungen _ Entzündliche Hirnerkrankungen _ Rückenmarksverletzungen _ Erkrankungen des peripheren Nervensystems	
Arzthaftung	**3 h**
_ Patientensicherheit _ Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen _ Diskussion typischer Fälle	
Lernerfolgskontrolle mit zwei Probegutachten	**2 h**

Tab. 5: Seminarteil 4 PSY – Fachspezifische Aspekte Psychiatrie und Psychotherapie (dieser Teil ist noch nicht festgeschrieben)

BÄK-Modul III (16 Stunden)	
Wiederholung sozialmedizinische Grundlagen	**2 h**
_ Finale Begutachtung bei psychischen/psychosomatischen Erkrankungen _ Kausale Begutachtung bei psychischen/psychosomatischen Erkrankungen	
Vertiefung fachübergreifende Themen (Fallseminar)	**3 h**
_ Somatoforme und dissoziative Störungen _ Demenz, hirnorganische Psychosyndrome _ Psychoreaktive Unfallfolgen	
Gutachtlich wichtige psychische und psychosomatische Erkrankungen beziehungsweise Funktionsstörungen	**6 h**
_ Psychosen _ Affektive Störungen _ Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen _ Suchterkrankungen _ Minderbegabungen, Intelligenzminderungen _ Schlafstörungen	
Zivilrechtliche Begutachtung	**3 h**
_ Testier- und Geschäftsfähigkeit _ Beurteilung der freien Willensbildung _ Unterbringung	
Lernerfolgskontrolle mit zwei Probegutachten	**2 h**

achterliche Prüfung von Folgen nach Arbeits- oder Wegeunfällen.

Zu den kausalitätsbezogenen Fragestellungen gehört auch die Begutachtung von Berufskrankheiten. Hier sind eigene spezifische Maßstäbe zugrunde zu legen.

Die Bewertungsmaßstäbe in der privaten Unfallversicherung unterscheiden sich deutlich von denen der gesetzlichen Unfallversicherung. Unter Berücksichtigung des allgemeinen Grundsatzes „entschädigt wird nur das, was versichert ist" sollte vor der Begutachtung immer geprüft werden, ob es sich um einen Standardvertrag der privaten Unfallversicherung handelt oder ob besondere Vertragsbestandteile vorliegen. Üblicherweise sind in der privaten Unfallversicherung zum Beispiel psychische Folgen eines Unfalls nicht versichert. Gleichwohl sind organische psychische Verletzungsfolgen wie ein organisch bedingtes Frontalhirnsyndrom oder schädigungsbedingte kognitive Beeinträchtigungen in Abgrenzung zu primären psychischen Reaktionen versichert. Schwierig ist dann häufig auch die Abgrenzung zu einer somatoformen Störung, bei der ebenfalls psychiatrische Kompetenz gefordert ist (Foerster 2011).

Spezifische Kenntnisse sind auch erforderlich im Bereich der Arzthaftpflicht, meist im Kontext des Vorwurfes eines Behandlungsfehlers. Wesentlich ist die Beantwortung der Frage, ob gemäß dem Facharztstandard behandelt wurde, um dem Gericht die Entscheidung zu ermöglichen, ob ein einfacher oder grober Behandlungsfehler vorlag. Bei Annahme eines groben Behandlungsfehlers kommt es zur Beweislastumkehr und der angeklagte Arzt muss dann nachweisen, dass auch ohne seinen Fehler der Patient dieselben Folgeschäden davon getragen hätte, was meist nicht möglich ist.

Spezielle Begutachtungsfragen

Die Bedeutung der Pflegeversicherung wird sicher in den nächsten Jahren zunehmen. Daher wird auch der Bedarf an Gutachten zur Pflegestufe und Streitigkeiten in diesem Zusammenhang ansteigen. Bei den Anfragen der privaten Krankenversicherung geht es um Leistungsansprüche und Vergütung in Abhängigkeit vom Versicherungsvertrag. Denkbar ist mit der Einführung des neuen Patientenrechtegesetzes auch die Zunahme von Streitigkeiten über wahlärztliche Leistungen beziehungsweise Krankenhausleistungen, ähnlich den bekannten „MDK"-Anfragen in der GKV.

Die Begutachtung einer Berufsunfähigkeit im Auftrag einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung erfordert einen hohen Aufwand, da man sich mit dem Berufsbild und noch viel mehr mit der beruflichen Tätigkeit des Probanden detailliert auseinandersetzen muss. Hier gibt es besondere Vorgaben aus dem Versicherungsrecht, die der Gutachter kennen sollte. In der Literatur gibt es entsprechende Hilfestellungen, wenn etwa bei bestimmten Berufen der Anteil von Fahrtätigkeit, Buchführung, Kundenkontakt oder Arbeitszeiten berücksichtigt werden müssen. Gelegentlich geben die Auftraggeber auch entsprechende Hinweise (z. B. berufenet.arbeitsagentur.de).

Zunehmen wird die Begutachtung von Migranten, wobei neben der Beachtung der sprachlichen Barrieren auch die Kenntnis kultureller Besonderheiten der Probanden wichtig ist.

Fachübergreifende neuropsychiatrische Themen

In der neurologischen Begutachtung gibt es häufig fließende Übergänge zum komplementären Fachgebiet. Fachärzte für Neurologie haben zum einen eine Grundausbildung in Psychiatrie im Rahmen ihres psychiatrischen Jahres erhalten, zum anderen sind sie auch im klinischen Alltag häufig mit psychiatrischen Krankheitsbildern konfrontiert, zum Beispiel im Rahmen degenerativer oder deliranter Krankheitszustände. Gleiches gilt für Psychiater, die im Rahmen ihrer Facharztausbildung grundlegende Erfahrungen in neurologischen Fragestellungen im Rahmen ihres Neurologie-Jahres erworben haben. Entscheidend ist der jeweilige Schwerpunkt der Begutachtung. Neurologen, Neurochirurgen und Psychiater sollten ihre jeweiligen fachlichen Grenzen kennen und im Einzelfall Zusatzbegutachtungen anregen oder einen Gutachtenauftrag mit dem Hinweis ablehnen, dass ein Neurologe, Psychiater oder ein Doppelfacharzt das Gutachten übernehmen sollte. Die jewei-

ligen Auftraggeber sind meist dankbar für eine entsprechende Rückmeldung des Gutachters, können sie doch die fachlichen Zuständigkeiten nicht immer korrekt zuzuordnen.

Gutachter müssen darauf vorbereitet sein, nach Einreichung der schriftlichen Gutachten diese im Rahmen der Hauptverhandlung mündlich zu erläutern. Dies passiert nahezu regelhaft bei zivilrechtlichen Fragestellungen und grundsätzlich in Strafprozessen. Dabei sind Fragen der jeweiligen Prozessparteien zu beantworten. Dies erfordert hohe fachliche und gutachterliche Kompetenz und diplomatisches Geschick in den Fallstricken zum Teil auch provokanter anwaltlicher Vorhaltungen. Juristische Umgangsformen und Verhandlungsstrategien folgen ihren eigenen Regeln und werden gerade von jungen Gutachtern häufig als persönlich kränkend erlebt. Eine (ausschließlich) sachliche Argumentation und immer auch selbstkritische Würdigung der Gesamtumstände helfen dem Gutachter seine Glaubwürdigkeit zu bewahren.

Zusammenfassung

Die von den Ärztekammern als Äquivalent der strukturierten curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung" der Bundesärztekammer anerkannten DGNB-Seminare vermitteln die komplexen Grundlagen der neurologisch-psychiatrischen Begutachtung und ermöglichen so einen „unfallfreien" Start in die gutachterliche Tätigkeit. Als Gutachter ist man meist auf sich allein gestellt und steht mit seiner Meinung exponiert. Eine gute fachliche Expertise ist autodidaktisch nur schwer zu erreichen. Die DGNB bietet unter anderem ein Stipendienprogramm an, mit dem auch den jüngeren Kollegen die Teilnahme an den Seminaren ermöglicht werden kann. Alle Module des DGNB-Curriculums enthalten reichlich Zeit für Fragen und insbesondere auch für praktische Übungen. Abgeschlossen werden muss das Curriculum mit zwei Probegutachten, die parallel zum Curriculum erstellt werden können. Interessenten für das anspruchsvollere DGNB-Zertifikat können entsprechend den Zertifizierungsregeln der DGNB ihre Unterlagen einreichen.

Zusammenfassend bietet die DGNB über das Gutachten-Curriculum eine nahezu einzigartige Gelegenheit, eine auf die Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie und Neurochirurgie zugeschnittene gutachtliche Fortbildung zur Erlangung der Zusatzqualifikation „Medizinische Begutachtung" mit gegebenenfalls anschließender gutachterlicher Zertifizierung zu absolvieren. Im Rahmen der regelmäßigen Jahrestagungen und Refresher-Kurse bietet die DGNB darüber hinaus ein Forum für regelmäßige Fortbildungen, die Diskussion schwieriger und interessanter Gutachtenfälle sowie ein Forum für den Erfahrungs- und Gedankenaustausch. □

KORRESPONDIERENDE AUTOREN

Prof. Dr. med. Georg Gahn, M. B. A.
Direktor der Neurologischen Klinik
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH
Moltkestr. 90, 76133 Karlsruhe
E-Mail: georg.gahn@klinikum-karlsruhe.de

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender KV Nordrhein
Zentrum für Neurologie und Seelische Gesundheit im Kapuziner Karree
Kapuzinergraben 19, 52062 Aachen
E-Mail: bergmann@zns-kapuzinerkarree.de

Weiterführende Literatur

1. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Struk._curr._FB_med_Begutachtung_22102014.pdf
2. www.aekwl.de/index.php?id=4812
3. www.dgnb-ev.de/
4. www.dgnb-ev.de/gutachterliste.pdf
5. Marx P et al. Allgemeine Grundlagen der neurologischen Begutachtung. Akt. Neurologie 2004; 31 :1 – 9
6. Widder B et al. Leitlinien für die Begutachtung von Schmerzen, Version 9.21 vom 2.11.2004
7. Widder B. Neurologisch-psychiatrische Begutachtung. Nervenarzt 2011; 82: 1523 – 24
8. Foerster K, Widder B. Begutachtung psychischer Unfallfolgen. Nervenarzt 2011; 82: 1557 – 65
9. Widder B, Gaidzik PW. Begutachtung in der Neurologie. 2. Auflage 2011, Georg Thieme Verlag Stuttgart
10. Protschka J. Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld. Dtsch Arztebl 2012; 109: 51 – 2
11. Ludolph E. Haushaltsführungsschaden in der Haftpflichtversicherung – rechtliche Grundlagen – Anhaltspunkte für die Bewertung aus ärztlicher Sicht. MedSach 2004; 05: 148

Kleinanzeigen aus der Praxis

Kostenlos inserieren!

Inserieren Sie als Verbandsmitglied von BVDN, BDN und BVDP kostenlos Ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige im NeuroTransmitter: Quer durch die Republik erhalten Sie die dafür notwendige Aufmerksamkeit, denn das Magazin wird monatlich an niedergelassene Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sowie an Oberärzte in Kliniken verschickt.

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

Einsendeschluss für den nächsten NeuroTransmitter ist der 20. Juli 2018!

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

Praxisbörse

Nachfolger gesucht! Gutgehende Nervenarzt-Praxis in Landau in der Pfalz altersbedingt baldmöglichst an Neurologen oder Psychiater (m/w) abzugeben. Alle Übergabeformen möglich.
Kontakt: berlin-avis@gmx.net

WB-Assistent (m/w) für neuro.-psych. Praxis in Ulm ab 10/2018 in Teil- oder Vollzeit gesucht! WBE Psychiatrie/PT 18 Monate.
Kontakt: info@dr-rausch-ulm.de

Gutgehende neuro.-psych. Praxis in Kleinstadt nahe Gießen krankheitsbedgingt zum 1.10.2018 abzugeben. Auch für 2 Fachärzte geeignet. 2.300 Scheine/Quartal.
Kontakt: dr.e.roth@gmx.de oder telefonisch 06404 63371 (Dr. Erhard Roth)

Wir sind eine psychiatrisch/psychotherapeutische Praxisgemeinschaft im Ärztehaus am Savignyplatz in Berlin-Charlottenburg und suchen für mindestens 20 Wochenstunden sowie Urlaubsvertretung eine zuverlässige, kompetente und freundliche MFA für unsere verkehrsgünstig und zentral gelegene Praxis. Aufgaben: Anmeldung, Terminvergabe, Spritzen, Blutentnahmen, Atteste u. ä. nach Diktat.
Kontakt: barbara.mieling@gmx.de

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

Verkaufe EEG Nihon Kohden, Baujahr 12/91, funktionsfähig, mit EEG, Stuhl, Zubehör für 50 €, und Doppler Multidop, Baujahr 12/96 mit Zubehör für 100 €.
Kontakt: 03583 704021
(Praxis Dr. H. Lautenschläger)

Biete (Planilux?) Röntgenbildbetrachter, Wandmontage, 73 × 66 × 10cm, beleuchtet, und Jalousien sowie Tischlampe für Betrachtung mit Fokusierungsiris aus Praxisauflösung in München.
Kontakt und Bilder: praxis@nervenarzt-ramersdorf.de (Josef Schalch)

© Laurent Renault / Fotolia

Telematikinfrastruktur

„Freiheit für 1 %“

Störanfällig, teuer, unsicher – bisherige Erfahrungen mit der Telematik bestätigen die Skepsis vieler Kollegen. Die Initiative „Freiheit für 1 %“ erfährt daher rege Beteiligung. Die Bereitschaft wächst, den Honorarabzug in Kauf zu nehmen und sich dafür den zeitlichen, finanziellen und nervlichen Aufwand zu sparen.

Betrachten wir einige Meldungen der letzten Wochen: Die Hälfte der norwegischen Bevölkerung war Anfang des Jahres von einem Hackerangriff auf das Gesundheitswesen betroffen [1]. Deutsche Praxen, die bereits an der Telematik angeschlossen sind, waren vor wenigen Wochen für etliche Stunden vom Netz getrennt [2]. Ende April meldet die dpa, dass womöglich sensible Daten aus hunderten Krankenhäusern verschwunden sind [3].

Systemabstürze und überforderte Hotlines

Auf der Homepage des Ärztenachrichtendienstes (www.aend.de) kann man über erste Erfahrungen mit der Telematikinfrastruktur (TI) lesen. Da geht es um Computerabstürze, Nichtlesbarkeit der Karten und nicht erreichbare beziehungsweise überforderte Hotlines. Ein Kollege zitiert aus den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der CompuGroup Medical (CGM) zur Premiuminstallation: „Für Installationen an einem Mittwoch- oder Freitagnachmittag (…) wird ein Aufschlag von 300 € zuzüglich Mehrwertsteuer berechnet“.

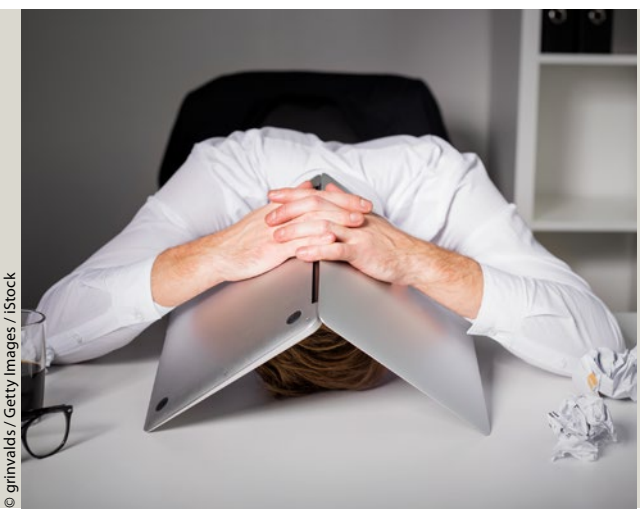
Schon das Gutachten zur Testphase 2017 in der Region Nordwest – veröffentlicht am 29. Januar 2018 und nachzulesen bei der gematik-Gesellschaft [4] – offenbart erhebliche Störanfälligkeiten und Auswirkungen auf die Praxisabläufe mit Systemabstürzen oder defekten Konnektoren. Von 505 ambulanten „Leistungserbringungsinstitutionen“ (LEI) brachen demnach 81 den Test ab. Als einziger Grund dafür wurde die Möglichkeit der Praxisaufgabe beziehungsweise -übergabe an einen Nachfolger genannt – für ein 263 Seiten starkes und mit Statistiken gespicktes Gutachten nicht eben eine gründliche Ursachenanalyse! Immerhin werden noch eine teilweise geringe Systemqualität, daher geringe Zufriedenheit und eine nur bedingte Akzeptanz und Praxistauglichkeit des Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) für den ambulanten Bereich vermerkt. Von sechs beteiligten Krankenhäusern wiederum brachen drei relativ bald die Teilnahme ab. Fragwürdig erscheint es daher, dass der CGM-Konnektor schon über zwei Monate vor Veröffentlichung dieses Gutachtens zugelassen wurde.

Systemanfälligkeit, Abhängigkeit von Spezialisten, kaum erreichbare Hotlines, der heute schon schwer zu handhabende elektronische Medikationsplan, die Verlangsamung der Praxisabläufe, ein fraglicher Nutzen bei hohem Aufwand: Vieles spricht gegen die TI. Das schwerwiegendste Argument ist jedoch der Datenschutz, der kaum zu gewährleisten ist.

Widerspruch zur Datenschutzverordnung

Gemäß Artikel 35 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist insbesondere dann bei Verwendung neuer Techniken vorab (!) eine Datenschutzfolgenabschätzung durchzuführen, wenn „ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen“ besteht [5]. Im „Erwägungsgrund 75“ wird dazu erläutert, dass ein physischer, materieller oder immaterieller Schaden durch die Datenverarbeitung insbesondere dann droht, wenn sie zu Diskriminierung, finanziellem Verlust, Rufschädigung, Verlust der Vertraulichkeit des Patientengeheimnisses, zur Hinderung der Kontrolle über die eigenen Daten oder zur Erstellung von Profilen durch Analysen und Prognosen führen könnte.

Ferner ist dies der Fall, „wenn personenbezogene Daten schutzbedürftiger natürlicher Personen, insbesondere von Kindern, verarbeitet werden oder wenn die Verarbeitung eine große Menge personenbezogener Daten und eine große



© grinvalds / Getty Images / iStock

Computerabstürze, Verlangsamung der Praxisabläufe und nicht erreichbare Servicehotlines – 1 % Honorarabzug ist für viele Ärzte das kleinere Übel.

Anzahl von betroffenen Personen betrifft". Denkt man dabei nicht nur an Kinder, sondern auch an psychisch Kranke und viele Praxen mit hohen Patientenzahlen, dürfte das bei der TI wohl der Fall sein.

Viele Informatiker weisen darauf hin, dass die Sicherheit der Daten in großen Netzen nicht gewährleistet werden kann, während die vielen kleinen Server in den bisher unverbundenen deutschen Arztpraxen relativ sicher und bisher keine Daten in falsche Hände geraten sind. Daher liegt der Schluss nahe, dass die Anbindung an die TI und die damit verbundene Datenverarbeitung unter Beachtung der Vorgaben der DGSVO ein hohes Risiko für Patienten darstellen, das wohl nur durch Nichtanbindung der Praxis zu vermeiden ist. Etliche Kollegen haben sich daher für die Folgenabschätzung bereits an die zuständigen Aufsichtsbehörden (in Bayern etwa das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht und die Kassenärztliche Vereinigung Bayern, KVB) gewandt.

Hohe Beteiligung bei „Freiheit für 1 %"

Über 600 Kollegen – insbesondere aus dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich (Stand 14. Mai 2018) – haben bereits ein Manifest gegen das TI-Diktat unterschrieben (herunterzuladen unter www.freiheit-fuer-ein-prozent.de), das die fachgebietsübergreifende und überregionale Initiative „Freiheit für 1 %" in Umlauf gebracht hat. Bei Info-Veranstaltungen der KVB gab es für entsprechende Statements große Resonanz. Der Unmut unter den Kollegen ist groß, wurde nur leider bisher kaum geäußert. Viele Ärzte und Psychologen wurden offenbar vom hohen technischen Aufwand geradezu überrollt, der für sie in den früheren Diskussionen zur Gesundheitskarte nicht erkennbar war. Denn zu bedenken bleibt auch, dass im großen Datenfluss wichtige Informationen leicht untergehen können. Auch erscheint es fraglich, ob unsere Patienten wirklich wollen, dass ihr Frauenarzt oder Orthopäde über die eAkte auch von nervenärztlicher Behandlung erfährt. Es wird daher mit Patienten zeitintensiv zu besprechen sein, was gespeichert wird oder nicht. Und je weniger – sinnvollerweise – gespeichert wird, umso mehr macht sich die Innovation sowieso überflüssig.

Unkalkulierbar hohe Kosten – mit fraglicher Erstattung

Zudem stellt sich die Frage, wie eigentlich zu begründen ist, dass eine solche teure, zeitaufwändige und störungsanfällige technische Aufrüstung mit Kosten von über 3.000 € pro Praxis aus Versicherungsbeiträgen finanziert wird – bei über 200.000 Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in Deutschland eine erhebliche Summe! Das Bundesministerium für Gesundheit verwies zur Kostenkalkulation aktuell auf die Organisationen der Selbstverwaltung und die hier kalkulierten Erstattungspauschalen [6].

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen wiederum antwortete Ende März auf eine entsprechende Anfrage, dass die amtliche Statistik die gesuchte differenzierte Aufschlüsselung der Kosten für eGK und Telematik leider nicht hergebe [7]. Letztlich drängt sich der Eindruck auf, dass hier eine aufwändige Neuerung vorangetrieben wird, ohne jemals eine solide Kostenvorabschätzung unternommen zu haben. Davon profitiert bisher vor allem die CGM, die noch immer das Konnektormonopol hat (Stand 14. Mai 2018).

Auch die Abstaffelung der Erstattungspauschalen und der dadurch ausgeübte Druck, schnell die Geräte zu bestellen, kommen der CGM entgegen. Weiterhin nämlich weigern sich die Krankenkassen auf Bundesebene, einen adäquaten Kostenersatz zu leisten und den verpflichtenden Einführungstermin (bisher 1. Januar 2019) zu verschieben. So sind viele Praxen bereits von der quartalsweisen Abstaffelung betroffen, von der im eHealth-Gesetz jedoch keine Rede ist – vielmehr aber davon, dass die Kosten von der GKV zu übernehmen sind. In diesem Zusammenhang hat nun der Bundesverband der Deutschen Hausärzte auf seiner Homepage ein Formular zur Bestellung der TI bereitgestellt, in dem ein Vorbehalt festgehalten ist, dass der bestellende Arzt nur das zahlt, was er auch von der GKV ersetzt bekommt. Die Praxisverwaltungssystem (PVS)-Firmen wiederum wollen natürlich eine solche Bestellung nicht akzeptieren.

1 % für ein gutes Gewissen?

Daher erscheint es plausibel, sich ganz der Installation der TI zu widersetzen und den angedrohten Honorarabzug von 1 % in Kauf zu nehmen, auch wenn das Rad der Digitalisierung nicht zurückgedreht werden kann – andere Gründe für die TI scheint es tatsächlich nicht mehr zu geben. Aber ist es bei dem großen Unbehagen wirklich sinnvoll, überhaupt mitzumachen? Erinnerungen an die deutsche Geschichte klingen bei diesen Gedanken an. Zumal überhaupt nicht kalkulierbar ist, was mit heute gewonnenen Daten schon in wenigen Jahren passieren kann, beispielsweise wenn sich politische Verhältnisse ändern sollten. Die aktuellen Diskussionen in Bayern zu einem neuen Unterbringungsgesetz oder auch zum Entwurf eines neuen Polizeiaufgabengesetzes, wonach schon „bei drohender Gefahr" jedermann – nicht nur Terroristen – inhaftiert und datentechnisch überwacht werden kann [8], werfen darauf ein besonderes Licht. Die von Gesundheitsminister Jens Spahn jetzt mit Kritik an der eGK geforderte einheitliche digitale Identität für Steuer-, Pass- und Gesundheitswesen [9] stellt daher keine wünschenswerte Alternative dar.

Die Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) hat bereits ihre Unterstützung für das Manifest gegen die TI zugesagt [10]. Die Freie Ärzteschaft wiederum erwägt dagegen eine Klage gegen den 1 %-Honorarabzug, der zudem, laut Aussage von KVB-Mitarbeitern, noch gar nicht eindeutig geklärt und ausformuliert sei – eine Erhöhung dieses Abzuges stünde daher nicht zur Diskussion. Ärzte und Psychotherapeuten sollten deshalb Mut zeigen und ein Signal setzen, auch zum Schutz ihrer Patienten. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Andreas Meißner, München
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
E-Mail: psy.meissner@gmx.de

Literatur

1. Hermann R. Hacker-Attacke auf Norwegen. Neue Züricher Zeitung, 20.1.2018
2. Ludwig K. 14 Jahre, zwei Milliarden Euro – und technische Probleme. Süddeutsche Zeitung, 13.4.2018
3. https://www.aend.de/article/186754, aufgerufen am 7.5.2018
4. https://fachportal.gematik.de/service/berichte/evaluationsgutachten-vsdm/, aufgerufen am 7.5.2018
5. https://dsgvo-gesetz.de/art-35-dsgvo/, aufgerufen am 7.5.2018
6. Berve-Schucht D., Bundesgesundheitsministerium, Mail an den Autor. 26.4.2018
7. Marini A., GKV-Spitzenverband, Mail an den Autor, 26.3.2018
8. Thurm F. In Bayern droht bald überall Gefahr. Die ZEIT, 28.3.2018
9. Becker KB, Mihm A. Interview mit Jens Spahn – Ein digitaler Zugang zu allen Leistungen des Staates. Frankfurter Allgemeine Zeitung 6.5.2018
10. VPK-Geschäftsstelle, persönliche Mitteilung, 25.04.2018

Medizinische Versorgung

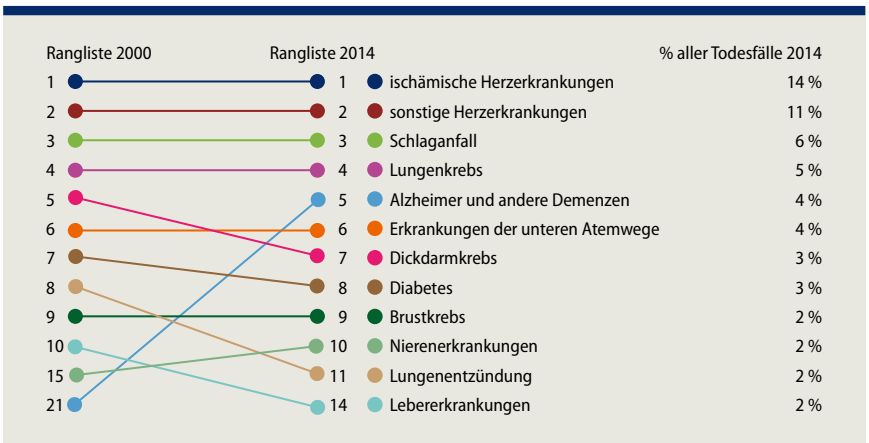
Deutsches Gesundheitssystem schneidet im OECD-Vergleich gut ab

Im November 2017 veröffentlichte die OECD eine Publikation über die Gesundheitswesen ihrer wichtigsten Mitgliedstaaten. Deutschland wird in diesem internationalen Vergleich überwiegend positiv bewertet. Patienten könnten sich hierzulande auf ein zwar komplexes und teures, aber gutes und leistungsfähiges Gesundheitswesen verlassen, so die OECD.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) publizierte im November 2017 unter dem Stichwort „Länderprofil Gesundheit" Grundzüge und Kennzahlen medizinischer Versorgung ihrer wichtigsten Mitgliedstaaten. In kompakt zusammengefasster Form liegen sie so erstmalig vor, politisch relevant dargestellt und teils in den Kontext älterer oder bekannter Befunde gesetzt. Diese Daten sollen künftig in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsamt, der Eurostat-Datenbank, der Europäischen Kommission und weiteren Institutionen alle zwei Jahre, also häufiger als bisher, aktualisiert werden [1]. Keine einfache Aufgabe, berücksichtigt man die soziodemografischen Unterschiede der Länder und die traditionell sehr unterschiedlich organisierten Gesundheitssysteme.

Hohes Gesundheitsniveau in Deutschland

Für Deutschland, das sich mit seiner seit 1883 bestehenden Krankenversicherung der ältesten Sozialversicherung rühmen kann, ergibt sich in diesem Vergleich ein durchaus optimistisches Bild. Sowohl im Vergleich zu vorherigen Untersuchungen als auch mit dem EU-Durchschnitt zeichnet sich Deutschland durch ein größtenteils gesundes Gesundheitswesen aus. Die Autoren bescheinigen ihm einen „großzügigen Leistungskatalog und ein hohes Niveau bei gleichzeitig niederschwelligem Zugang". Da sich der Großteil der Ergebnisse aber auf allgemeine Gesundheitsdaten, Risikofaktoren, Gesundheitskosten und Mortalität bezieht, sind sie nur im begrenzten Umfang auf die häufigsten Nervenkrankheiten übertragbar.



Mod. nach Eurostat-Datenbank

Abb. 1: Die Sterblichkeit durch Alzheimer und andere Demenzen hat aufgrund der Alterung der Bevölkerung zugenommen.

So sind 88 % der deutschen Bevölkerung gesetzlich, 10 % privat versichert. Damit sei der Versichertenschutz fast flächendeckend. Jedoch widerspreche die Koexistenz der beiden Versichertensysteme (privat und gesetzlich) dem Solidarprinzip, ebenfalls sei die Situation von Migranten noch nicht auf dem allgemeinen Niveau. Die Lebenserwartung ist seit 2000 wieder um zwei bis drei Jahre gestiegen und liegt in Deutschland mit 80,7 Jahren zwar nahe am EU-Schnitt von 80,6 Jahren, aber zwei Jahre hinter den führenden mediterranen Ländern Spanien und Italien.

Erwähnenswert im nervenärztlichen Bereich ist die deutlich gestiegene Sterblichkeit bei Alzheimer-Demenz und anderen Demenzerkrankungen von nun 4 %, die nur noch vom Schlaganfall (6 %) übertroffen wird (**Abb. 1**). Laut OECD-Autoren wird dieser Umstand aber durch die demografische Entwicklung ausreichend erklärt, da die deutsche Bevölkerung im Vergleich zu anderen europäischen Ländern stärker überaltert ist. Die Sterblichkeit durch alle Nervenerkrankungen, inklusive Demenz, beträgt 5 % bei Männern und 7 % bei Frauen (**Abb. 2**).

Viele Betten bei wenig Personal

Bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit sind Bevölkerungsgruppen mit hohem Einkommen optimistischer als die ärmere Bevölkerung. Die Gesundheitskosten in Deutschland steigen und betragen nun 3.996 € pro Kopf, was weit über dem EU-Durchschnitt von etwa 2.800 € liegt und nur noch vom reichen Luxemburg übertrof-

fen wird. Deutschland investiert aber auch einen überdurchschnittlich hohen Teil seines Bruttoinlandprodukts in die Gesundheit. Diese Kosten fließen nicht zuletzt in eine ebenfalls immer noch überdurchschnittlich hohe, vermutlich aber ineffiziente Bettenzahl im Krankenhaus, die in geringerem Ausmaß reduziert wurde als in anderen Ländern – es gibt heute in Deutschland mehr Krankenhausbetten pro Einwohner als in jedem anderen EU-Land. Diese hohe Bettenzahl führt zu einer relativ geringen Personalquote am Krankenbett.

Die Deutschen gehen mit zehn Besuchen pro Jahr überdurchschnittlich häufig zum Arzt, was zu einer fragwürdig hohen, teils ineffizienten Menge an Gesundheitsleistungen führt, deren Angemessenheit zweifelhaft sei. Da Deutschland eine hohe Dichte an niedergelassenen Ärzten aufweist, lebt der Großteil der Bevölkerung weniger als 1.000 Meter vom nächstgelegenen Allgemeinarzt entfernt. Ambulante und stationäre Versorgung sind vergleichsweise stark getrennt, die OECD-Autoren bewerten die Steuerung als komplex. Die günstige wirtschaftliche Entwicklung bewirkt eine geringe Arbeitslosenquote und ermöglicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hohe finanzielle Rücklagen mit über 20 Milliarden €.

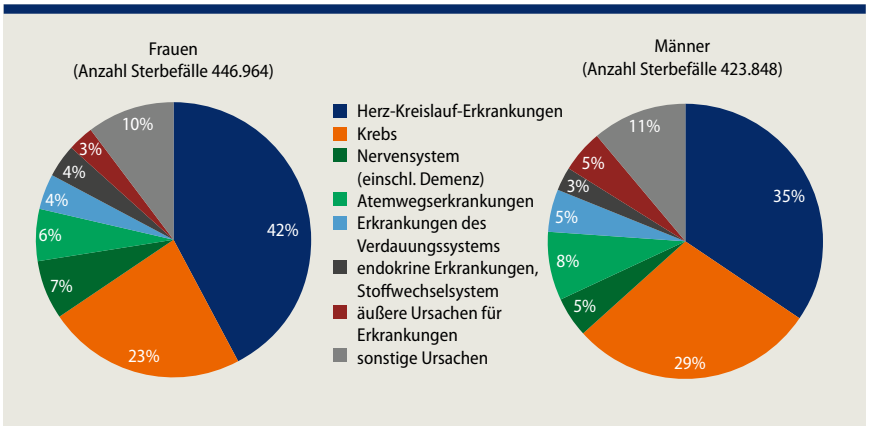


Abb. 2: Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs verursachen bei Männern wie Frauen fast zwei Drittel aller Sterbefälle. Die Daten sind nach den umfassenden ICD-Kapiteln dargestellt. Demenz wurde dem Kapitel über Erkrankungen des Nervensystems zugeordnet, um sie mit der Alzheimer-Krankheit (der Hauptform der Demenz) zusammenzufassen (die Daten beziehen sich auf das Jahr 2014).

Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)

Die OECD ist eine multinationale Organisation mit dem Ziel, die langfristige ökonomische Entwicklung zu fördern. Sie wurde 1961 von europäischen Staaten, den USA und Kanada gegründet. Heute umfasst die OECD 35 Mitgliedsstaaten, größtenteils Industrieländer, aber auch Schwellenländer wie Mexiko, Chile und die Türkei. Die OECD erstellt als Entscheidungshilfe für die Politik auf der Grundlage verfügbarer Wirtschaftsdaten pro Jahr etwa 250 Publikationen, die zum Teil öffentlich zugänglich sind.

Neben der Migration und weiteren sozialen Faktoren ist das Gesundheitswesen ein für Staaten generell wichtiger Aspekt, weswegen die OECD in der Vergangenheit bei Bedarf auch Statistiken zu diesem Thema aufbereitet hat. Dies soll künftig in höher strukturierter, gleichzeitig aber kompakter Form regelmäßig erfolgen.

Die Deutschen essen, trinken und rauchen gerne

Weitere Punkte, die im Länderprofil Deutschland gegenüber dem EU-Durchschnitt verändert waren:

- Ein mit 21 % höherer Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre.
- Eine etwas geringere Fertilitätsrate mit 1,5 Kindern pro Frau.
- Der Anteil der Raucher ist seit 2002 gesunken, mit 21 % aber leicht überrepräsentiert.
- Der Alkoholkonsum ist seit 2000 um zwei Liter zurückgegangen, liegt mit elf Litern aber immer noch einen Liter über dem Durchschnitt.
- Ein deutlich überrepräsentiertes Rauschtrinken mit 33 %.
- Fettleibigkeit hat seit 2003 deutlich zugenommen und ist mit 16 % überrepräsentiert.
- Die vermeidbare Sterblichkeit (z. B. infolge von Brustkrebs oder ischämischer Herzerkrankung) ist seit 2005 gesunken und liegt um 13/100.000 Einwohner niedriger als der Durchschnitt. Damit bleibt sie hinter Frankreich zurück.
- Eine weiterhin hohe Zahl an Krankenhauseinweisungen.
- Die privaten Zuzahlungen haben sich mit 15 % um 2 % reduziert.

Insgesamt bilden die Autoren viele Aspekte zutreffend ab, die Nervenärzte tagtäglich in der Sprechstunde beobachten können, etwa die hohe Besuchsfrequenz und die Risikofaktoren. Zum Ende kommen die Autoren zu der wohl politisch motivierten Aussage, dass Deutschland über ein komplexes, teures, aber gutes und leistungsfähiges Gesundheitswesen mit Effizienzreserven verfügt. Die Selbstverwaltung wird als komplex und stark eingeschätzt, die Versorgung sei weiter fragmentiert zwischen den Sektoren. Insgesamt zeige der schwächelnde Abbau der Krankenhausbetten und die starke Rolle der Selbstverwaltung, wie schwierig Reformen im deutschen Gesundheitswesen durchzusetzen seien. Die wichtigen medizinischen Entscheidungen seien aber weiter medizinisch und nicht politisch fundiert [2]. □

Literatur

1. OECD. State of Health in the EU – Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels 2017
2. Eulitz, M. Ein internationaler Vergleich. KVB-Forum; 3/2018:13

AUTOR

Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

Hier steht eine Anzeige.

Springer

„Schwierige“ Patienten

Wann kann der Arzt eine Behandlung ablehnen?

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, gesetzlich krankenversicherte Patienten zu behandeln. Nur in „begründeten Fällen“ darf er eine Behandlung ablehnen oder abbrechen. Lesen Sie, unter welchen Umständen dies tatsächlich vorkommen kann.

Sie fragen – wir antworten!

Haben Sie in Ihrer Praxis ein wenig zufriedenstellend gelöstes oder gar ungelöstes Problem, das auch in anderen Praxen relevant sein könnte? Wir versuchen, uns kundig zu machen, und publizieren einen entsprechenden – nicht rechtsverbindlichen – Lösungsvorschlag. Eine Haftung ist ausgeschlossen. Auf Wunsch sichern wir jedem Ratsuchenden auch Anonymität zu. Schreiben Sie mit dem Betreff „Praxisprobleme“ an: **bvdn.bund@t-online.de**

Der Arzt muss grundsätzlich alle gesetzlich versicherten Patienten (GKV-Patienten) behandeln, die sich bei ihm melden. Denn mit der Zulassung als Vertragsarzt hat sich der Arzt dazu verpflichtet, GKV-Patienten zu versorgen. Dazu heißt es wörtlich im § 13 des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMÄ): „Er darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.“ Welche Begründungen das sein können, steht allerdings nicht im BMÄ.

Stört ein Patient den Praxisverlauf und/oder die Behandlung anderer Patienten empfindlich, benimmt er sich ungebührlich oder äußert er sich über den Arzt oder seine Mitarbeiter unziemlich, kann der Arzt die (Weiter-) Behandlung ablehnen. Dies gilt auch, wenn das Vertrauensverhältnis im Laufe einer Behandlung schwer gestört ist, etwa wenn der Patient therapeutische Vereinbarungen nicht befolgt, die Unwahrheit hierüber behauptet oder wenn er fachfremde oder für die GKV unwirtschaftliche Behandlungsmethoden dauerhaft verlangt. Auch bei Überlastung der Praxis kann der Arzt die Annahme weiterer Patienten ablehnen, außer es handelt sich um einen Notfall. Überschrittene Grenzen beim Honorar-, Arzneimittel-, Heilmittel- oder Laborbudget rechtfertigen jedoch nicht, die Behandlung abzubrechen.

Zur Notfallbehandlung ist der Arzt in jedem Fall verpflichtet, auch wenn es sich nur um eine vom Patienten subjektiv als Notfall eingeschätzte Krankheitssituation handelt. Dies gilt in unserem Fachgebiet vor allem auch bei appellativen Lebensüberdrussäußerungen. Deshalb darf der Arzt auch nicht von vornherein die Behandlung ablehnen, wenn er den Patient noch nicht gesehen, gesprochen und zumindest kurz untersucht hat. Diese Notfallkonsultation sollte der Arzt dann auch dokumentieren. Denn einer im Nachhinein vom Patienten behaupteten Nichtbehandlung im Notfall lässt sich ansonsten schwer entgegentreten.

Patienten informieren sich heutzutage häufig und vielfältig über das Internet. Nicht selten entsteht ein Dissens darüber, wie sich Versicherte die diagnostische Einschätzung und Therapie vorstellen, und welche Vorgehensweise dagegen aus professioneller medizinischer Einschätzung zweckmäßig und wirksam ist.

In einer besonderen Situation hinsichtlich ihrer Patienten mit Verhaltensstörungen befinden sich Nervenärzte, Psychiater und Neurologen. Denn nicht selten liegt die Ursache für Compliance-Defizite, mangelnde Therapieausdauer, abweichende Auffassungen über diagnostische und therapeutische Maßnahmen in kognitiven Einschränkungen oder der krankheitsbedingten Unfähigkeit, realitätsentsprechende und rationale medizinische Entscheidungen zu treffen oder mitzutragen. Die Ablehnung einer medikamentösen Therapie kann auf einem Vergiftungs- oder Verarmungswahn beruhen, die inadäquate Einnahme einer komplexen Medikation auf hirnorganischen Einschränkungen. Vordergründig sozial störendes Verhalten kann ein Hinweis auf psychotisch verursachte Fremd- oder Eigengefährdung sein. Dass viele Patienten heutzutage im Rahmen einer undifferenzierten Chemophobie eine wirksame Arzneimittelbehandlung ablehnen, muss mit Fingerspitzengefühl und Überzeugungskraft in therapeutisch zielführende Bahnen gelenkt werden.

Lösungsvorschlag

Nur extrem selten wird der Arzt einem Patienten vorschlagen, das Behandlungsverhältnis zu beenden oder sogar Praxisverbot erteilen. In jedem Fall ist in einer solchen Situation eine ausreichende Dokumentation über Untersuchungsergebnisse, Behandlungsvorschläge und natürlich den Grund für die Trennung der therapeutischen Beziehung unerlässlich. Es kann sinnvoll sein, tatsächlich – dem BMÄ folgend – die Krankenkasse zu informieren, etwa wenn es unterschiedliche Auffassungen zur Dauer der AU-Schreibung gibt, der Patient bewusst alle therapeutischen Vorschläge bei einer gravierenden Erkrankung ohne krankheitsbedingte Anosognosie missachtet, bei vorsätzlicher Gewaltandrohung ohne Krankheitshintergrund oder bei Diebstahl. In absoluten Einzelfällen kann es auch angebracht sein, einen Patienten bei der Polizei anzuzeigen. Dass solche Maßnahmen praktisch nie erfolgen müssen, spricht für die Menschenkenntnis und das therapeutische Fingerspitzengefühl unserer Kollegen. □

AUTOR

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

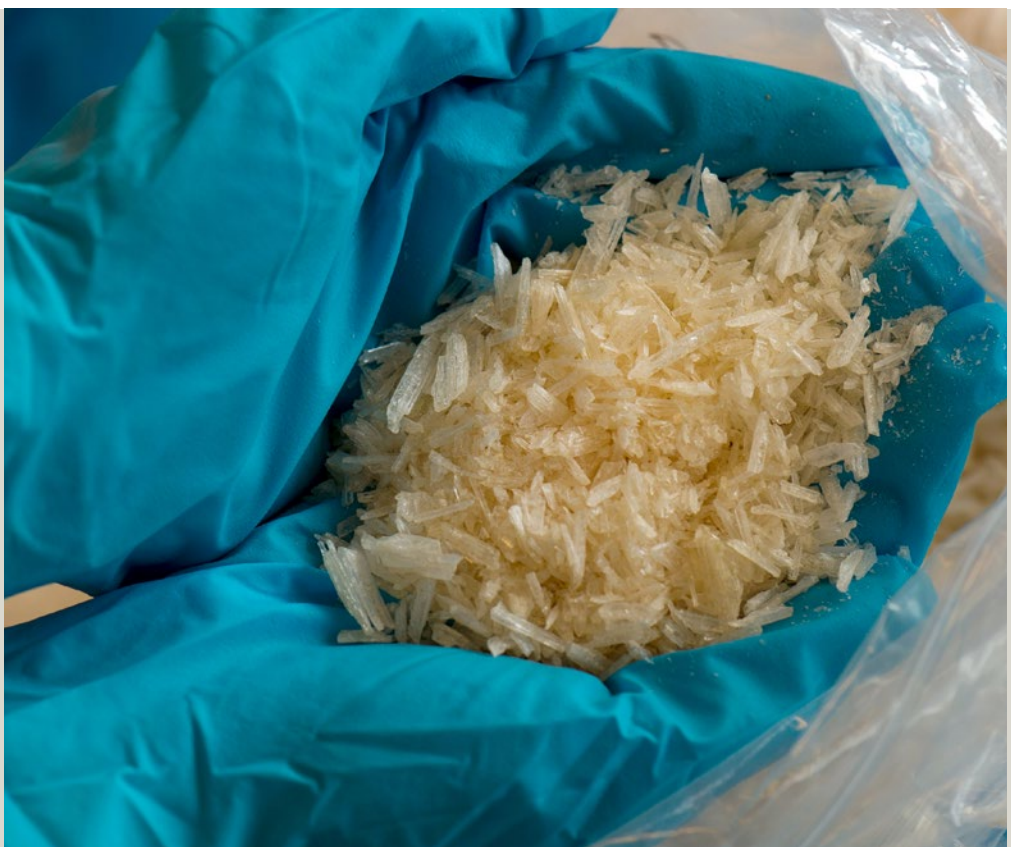
© Scanrail_Rosenstiel / Fotolia

Empfehlungen der S3-Leitlinie zu methamphetaminbezogenen Störungen

Psychische Komorbidität bei Crystalkonsumenten

Der Konsum von Methamphetamin (Crystal) ist in Deutschland regional sehr unterschiedlich verbreitet. Als Schwerpunkte gelten Gebiete nahe der tschechischen Grenze. Aber auch in diesen Regionen dürften sich Betroffene nur selten primär wegen ihres Methamphetaminkonsums an niedergelassene Nervenärzte oder Psychiater wenden. Kollegen dieser Fachrichtungen werden dennoch verstärkt mit der Thematik konfrontiert, da der Konsum von Crystal andere psychiatrische Krankheitsbilder auslöst oder in deren Verlauf komplizierend auftritt. Der aktuelle medizinische Kenntnisstand zu methamphetaminbezogenen Störungen ist in der 2016 erschienenen S3-Leitlinie zusammengefasst.

WOLF-DIETRICH BRAUNWARTH[1], ROLAND HÄRTEL-PETRI[2], WILLEM HAMDORF[3], HERIBERT FLEISCHMANN[4], URSULA HAVEMANN-REINECKE[5], PETER JESCHKE[6], WINFRIED LOOSER[7], STEPHAN MÜHLIG[8], EUPHROSYNE GOUZOULIS-MAYFRANK[9], INGO SCHÄFER[10], KATHARINA SCHOETT[11], CORINNA SCHAEFER[12], ANNE KRAMPE-SCHEIDLER12[12], LYDIA BOTHE[12]



© Arno Burgi / dpa

Beschlagnahmtes Crystal Meth in den Händen eines Drogenfahnders

32 Psychische Komorbidität bei Crystalkonsumenten
S3-Leitlinie zu methamphetaminbezogenen Störungen

38 Schizophrenie-Ersttherapie und der Faktor Zeit
Psychiatrische Kasuistik

42 ZMS in Deutschland: Symptome und Behandlungsdefizite
Aktuelle Daten aus dem MS-Register der DMSG für die MS-Forschung

46 CME Die Beteiligung des enterischen Nervensystems bei Morbus Parkinson

51 CME Fragebogen

Crystal kann unter anderem als Versuch einer Selbstmedikation, beispielsweise bei Depressionen, Angst- oder posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) konsumiert werden [1, 2]. Das Nichtansprechen von Neuroleptika bei Psychosen kann durch die fortgesetzte Einnahme von Crystal erklärt werden. Nicht immer ist dies leicht zu erkennen. Die S3-Leitlinie (LL) zu methamphetaminbezogenen Störungen geht ausführlich auf Fragen der Komorbidität ein [3]. Darauf fußend werden im Folgenden praxisrelevante Informationen zur psychiatrischen Komorbidität bei Crystalkonsumenten dargestellt.

Methodik der S3-Leitlinie

In Fachgesprächen der Bundesdrogenbeauftragten mit Vertretern aus der Sucht- und Drogenpolitik, der Forschung und der Versorgungspraxis wurde deutlich, dass ein Informationsbedarf zu differenzierten evidenzbasierten Therapiemöglichkeiten besteht. So initiierte das Bundesgesundheitsministerium zunächst ein Projekt zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Daraufhin beauftragte die Bundesärztekammer das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ), dieses Projekt mit einem Expertenpanel umzusetzen und fachlich-methodisch zu begleiten. Ziel waren evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit von medikamentösen und psychotherapeutischen Interventionen. Das Projekt richtet sich damit vor allem an therapeutisch tätige Professionelle. Insbesondere sollten folgende Schlüsselfragen beantwortet werden:

- Welchen Stellenwert haben psychotherapeutische beziehungsweise psychosoziale Interventionen bei der Behandlung (Entwöhnung) von methamphetaminabhängigen Personen?
- Welche pharmakologischen Therapien haben bei der Behandlung (Entwöhnung) von methamphetaminabhängigen Personen eine Wirkung gezeigt?
- Welche therapeutischen Interventionen sind effektiv bei der Behandlung einer Komorbidität?

Eine vom ÄZQ durchgeführte systematische Literaturrecherche führte zum Einschluss von neun als relevant erachteten Leitlinien sowie 113 methodisch hochwertigen Therapiestudien, deren Evidenzgrade nach den Kriterien des Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) [4] beurteilt wurden. Die Empfehlungen wurden in einem strukturierten Konsensusverfahrens verabschiedet. Nicht alle klinisch relevanten Fragen konnten mithilfe der identifizierten Evidenz befriedigend beantwortet werden. So griff die Konsensusgruppe in der Formulierung von Empfehlungen vielfach auf die wachsende klinische Erfahrung zurück. Dies betraf besonders die Diagnostik und Therapie dualer Diagnosen. Evidenz lag nur für die Behandlung von Psychosen, Depressionen, kognitiven und bipolaren Störungen vor (**Tab. 1**).

Die Leitlinie geht sowohl auf den schädlichen Gebrauch und die Abhängigkeit von Methamphetamin ein, als auch auf durch diese Substanz induzierte Störungen wie Intoxikation, Entzug oder Psychosen. Zu betonen ist, dass die Empfehlungen zu medikamentösen Behandlungen der methamphetaminbezogenen Störungen immer einen Off-Label-Gebrauch darstellen.

Die vollständige Leitlinie ist im Internet unter www.aezq.de/aezq/crystal-meth einsehbar. Auf Platzgründen wird in diesem Beitrag auf die Wiedergabe einzelner Empfehlungen verzichtet und stattdessen auf die systematische Nummerierung der jeweiligen Empfehlung verwiesen, unter der sie problemlos aufzufinden ist. Als Beispiel dient die Empfehlung zum Beigebrauch von Methamphetamin bei Opiatsubstitution 6-7. Dies

[1]Klinikum Nürnberg – Paracelsus Medizinische Privatuniversität
[2]Psychotherapeutische Praxis, Bayreuth
[3]MEDIAN Klinik Mecklenburg
[4]Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
[5]Universitätsklinik Göttingen
[6]Neurologische Gemeinschaftspraxis, Halle
[7]LVR-Klinik Düren
[8]Technische Universität Chemnitz
[9]LVR-Klinik Köln und LVR-Institut für Versorgungsforschung
[10]Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universität Hamburg
[11]Ökumenisches Hainich Klinikum
[12]Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

ist die siebte Empfehlung im Kapitel 6 „Komorbide psychische und organische Erkrankungen".

Häufige Komorbiditäten

An der Westküste der USA besteht seit den 1960er-Jahren ein Methamphetaminproblem. Salo et al. untersuchten 189 kalifornische Methamphetaminabhängige (67 % männlich) mittels eines strukturierten klinischen Interviews (SKID) bezüglich der Lebenszeitprävalenz psychischer Komorbidität nach DSM-IV. Mit 81 % waren andere substanzbezogene Störungen die häufigste Komorbidität. Es folgten affektive Störungen, Psychosen und Angststörungen (**Tab. 2**). Die Lebenszeitprävalenz lag für bipolare affektive Störungen bei 5,8 %, für PTBS bei 12,2 % [5]. Bei Verdacht auf das Vorliegen komorbider psychischer Störungen sollte eine fachspezifische Diagnostik erfolgen (Empfehlung 6-1).

Komorbider Substanzgebrauch

Betroffene sollten immer nach dem Konsum weiterer Suchtmittel befragt werden. Der deutschen Suchthilfestatistik 2015 zufolge konsumieren ambulant betreute Stimulanzienkonsumenten sehr häufig auch andere Substanzen, in erster Linie Alkohol (25,7 %), Nikotin (29,1 %) und Tetrahydrocannabinol (THC, 47,0 %), seltener Kokain (10,2 %), Heroin (3,8 %), Lysergsäurediethylamid (LSD, 3,7 %) und Benzodiazepine (2,0 %) [6]. Komorbide Substanzstörungen sollen nach Expertenmeinung vorzugsweise integriert behandelt werden (Empfehlung 6-4). Verwiesen wird auf das MATRIX-Programm zur Behandlung Stimulanzienabhängiger, das auf Polysubstanzkonsum explizit Bezug nimmt [7].

Methamphetaminkonsum im Verlauf einer Opiatsubstitution kann den Erfolg dieser Behandlung grundlegend infrage stellen. Ursache für den Konsum ist häufig der Versuch, Nebenwirkungen einer langfristigen Opiateinnahme wie Antriebsmangel oder Libidoverlust zu bessern oder einen „Kick" zu erleben. Die sofortige Beendigung der Substitution wegen dieses Beigebrauchs wird nicht empfohlen, langfristig ist eine Methamphetaminabstinenz aber unbedingt anzustreben (Empfehlung 6-7).

Konsumenten von Methamphetamin sollen der LL zufolge auch hinsichtlich pathologischen Spielens exploriert werden, das überzufällig oft in dieser Patientengruppe beobachtet wird (Empfehlung 6-8). Erklärt wird dies mit den fast durchgehenden Öffnungszeiten der Spielhallen, der Neigung der Konsumenten zu stereotypen Verhaltensmustern und falscher Risikoeinschätzung.

Affektive Störungen

Zahlreiche Studien zeigen, dass bei über 35 % der Methamphetaminkonsumenten eine Depression vorliegt. Dabei scheint diese vielfach schon vor dem Methamphetaminkonsum bestanden zu haben [8]. Selbst nach Beendigung des Konsums können methamphetaminbedingte Depressionen noch länger als ein Jahr fortbestehen [9] und den Behandlungserfolg der Abhängigkeit beeinflussen [10]. Auch wenn man hier neuropharmakologische Effekte von Methamphetamin annehmen muss, sind die Behandlungsergebnisse mit Antidepressiva nach Studienlage enttäuschend. Die vorliegenden randomisierten kontrollierten Studien (RCT) haben keine Wirkung von Antidepressiva auf die Depression nachgewiesen (Empfehlung 6-12). Imipramin, Sertralin und Bupropion wurden explizit bei methamphetaminassoziierter Depressivität eingesetzt und zeigten keine signifikante Überlegenheit gegenüber Placebo. Sertralin führte zu einer signifikant schlechteren Haltequote: Die Post-hoc-Analyse verdeutlichte eine Erhöhung des Konsums und eine geringere Abstinenz [11, 12]. Deswegen wird in der LL von Sertralin abgeraten (Empfehlung 6-13). Dagegen ist die Gabe des Nahrungsergänzungsmittels Citicolin zur Therapie uni- oder bipolarer Depressionen bei Methamphetaminkonsumenten aufgrund eines RCT [13] begründbar, sodass dazu eine „Kann"-Empfehlung gegeben wurde (6-15).

Tab. 1: Grundlage der Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie komorbider Störungen

Wie kam die Empfehlung zustande?	Bezeichnung in den LL	Anzahl
Expertenkonsens ohne systematische Recherche	Expertenkonsens	13
Expertenkonsens, systematische Recherche erfolgt, keine Studie gefunden	Expertenkonsens LoE 5	11
Expertenkonsens unter Extrapolation von Studien zu anderen vergleichbaren Störungsbildern	Expertenkonsens LoE 5 basierend auf…	2
Randomisierte Studie oder Anwendungsbeobachtungen mit dramatischem Effekt	LoE 2	10
Systematische Reviews randomisierter Studien oder n-of-1 trials	LoE 1	0
Zahl der Empfehlungen gesamt		36

Tab. 2: Lebenszeitprävalenz komorbider psychischer Störungen (DSM-IV) bei Methamphetaminabhängigen [5]

Sonstiger Substanzgebrauch	81,0 %	Männer > Frauen
Konsumunabhängige affektive Störungen	32,3 %	Frauen > Männer
Substanzinduzierte affektive Störungen	14,8 %	Frauen > Männer
Substanzinduzierte Psychosen	23,8 %	Männer > Frauen
Konsumunabhängige Psychosen	4,8 %	Männer > Frauen
Substanzinduzierte Angststörung	3,7 %	Männer > Frauen
Angststörungen	24,3 %	Frauen > Männer

Es liegen einige Studien zur Psychotherapie und psychosozialen Therapie bei Crystalkonsum und Depressionen vor. So erzielten in einer Untersuchung von Peck et al. (2005) die vier Studienarme (Kontingenzmanagement versus kognitive Verhaltenstherapie [KVT] versus KVT + Kontingenzmanagement versus Gay-spezifische KVT) signifikante Reduktionen der depressiven Symptomatik, ohne sich untereinander in ihrer Wirksamkeit zu unterscheiden [14]. In einer Studie von Smout et al. (2010) besserten sowohl KVT als auch Akzeptanz- und Commitmenttherapie die von den Patienten berichteten Symptome der Depression sowie ihr physisches und mentales Wohlbefinden signifikant [15]. Diese Effekte erlaubten eine „Soll"-Empfehlung zur störungsspezifischen Psychotherapie, etwa der KVT, zur Reduktion depressiver Symptome (6-16).

Psychoedukation hatte in einem RCT zu einer signifikanten Reduktion der Depressivität binnen zwölf Monaten geführt [16]. Sie wird deswegen als obligat betrachtet (Empfehlung 6-17). Ein anderes RCT verglich ein Sportprogramm mit einer Gesundheitserziehung [17]. Sport war signifikant überlegen und soll gemäß LL fester Bestandteil der Therapie komorbider Depressionen sein (6-18).

Bipolare Störungen sind unter Methamphetaminkonsumenten nicht selten [18]. Risperidon und Quetiapin führten in einem herstellerfinanzierten RCT beide zu signifikanten Stimmungsverbesserungen [19], sodass eine „Kann"-Empfehlung gegeben wurde (6-19).

Schizophrenien und crystalinduzierte Psychosen

Abgrenzung

Akute Intoxikationspsychosen halten nur solange an, wie es die unmittelbare sonstige Drogenwirkung erwarten lässt. Sie imponieren oft als akute Notfallsituationen. Betroffene tauchen daher eher selten in einer fachärztlichen Praxis auf. Sie werden am ehesten in medizinischen oder psychiatrischen Notaufnahmeeinrichtungen gesehen. Dagegen sollte man insbesondere in Gebieten mit verbreitetem Crystalkonsum bei Schizophrenien an die Differenzialdiagnose einer drogeninduzierten Psychose denken. Klare psychopathologische Unterscheidungskriterien gibt es nicht. Wichtig sind die Anamnese und toxikologische Untersuchungen. Die Unterscheidung zwischen Schizophrenie und drogeninduzierter Psychose ist am ehesten durch die zeitliche Beziehung zwischen Konsumepisoden und dem Auftreten der Symptomatik möglich (**Tab. 3**). Besteht die psychotische Symptomatik bei gesicherter Abstinenz länger als sechs Monate über das Konsumende hinaus, liegt wahrscheinlich eine genuine schizophrene Psychose vor.

Therapie crystalinduzierter Psychosen

Die Pharmakotherapie methamphetamininduzierter Psychosen orientiert sich an den anerkannten Prinzipien der Psychosetherapie (Empfehlung 6-9). In diesem Zusammenhang wird diskutiert, dass Neuroleptika durch ihren antidopaminergen Effekt Anhedonie sowie Craving und damit Rückfälle in den Konsum begünstigen könnten [21, 22]. Außerdem weisen Moratalla et al. darauf hin, dass Methamphetamin zu einer Reduktion dopaminerger Marker im Striatum führt und damit einen Zustand hervorruft, der frühen Stadien eines Morbus Parkinson gleicht [23]. Diese Überlegungen sprechen dafür, atypischen Antipsychotika den Vorzug zu geben (Empfehlung 4-16). Die aktuelle Studienlage erlaubt noch keine eindeutige Empfehlung für ein bestimmtes atypisches Antipsychotikum.

Wichtig ist die Frage, wie lang neuroleptisch behandelt werden soll. Auch dazu fehlen empirische Studien. In einer Verlaufsbeobachtung von Iwanami et al. (1994) waren nach drei Monaten noch 17 von 104 Patienten psychotisch [24].

Die WHO hat in der ICD-10 postuliert, dass sich drogeninduzierte Psychosen binnen sechs Monaten zurückbilden. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die neue deutsche S3-Leitlinie eine Überprüfung der Indikation antipsychotischer Medikamente nach sechs Monaten (Empfehlungen 4-17 und 6-11).

Schizophrenien

Schizophrenien bei Methamphetaminkonsumenten sollten unter Beachtung der Schizophrenie-LL behandelt werden. Die letzte, 2005 erschienene und aktuell abgelaufene LL hatte auch bei komorbidem Substanzgebrauch die Verwendung von Atypika empfohlen [25]. Methamphetamin wirkt typischen Negativsymptomen wie Antriebsmangel und Rückzug entgegen, sodass bei manchen Patienten von Selbstbehandlungsversuchen auszugehen ist (Empfehlung 6-10). In solchen Fällen können andere Behandlungsangebote wie Antidepressiva sinnvoll sein.

Angststörungen und PTBS

Angststörungen gehören zu den häufigsten komorbiden Störungen bei Methamphetaminkonsumenten [26, 27, 28, 29]. Sie sind mit einem unterdurchschnittlichen Ansprechen auf die Suchtbehandlung, vermehrter Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten und höherer psychischer Symptombelastung assoziiert [30, 31]. Dennoch fehlen RCTs, welche die Wirkung von Medikamenten bei Crystalkonsumenten mit komorbider Angsterkrankung als primären Endpunkt untersuchten. Das gilt auch für Pregabalin. So bleibt in der medikamentösen Therapie nur die Orientierung an der S-3-LL „Behandlung von Angststörungen" [32].

Bei der Erstellung der LL zu methamphetaminbezogenen Störungen wurde keine randomisierte kontrollierte Studie zur Psychotherapie bei komorbider Angststörung gefunden. Dagegen war ein Sportprogramm einem theoretischen Gesundheitstraining in der Reduktion von Angst und Depression sig-

Tab. 3: Merkmale der drogeninduzierten Psychose nach ICD-10 [20]

Auftreten während oder unmittelbar nach Substanzgebrauch (innerhalb 48 Stunden)
Zumindest partieller Rückgang innerhalb eines Monats
Vollständige Rückbildung innerhalb von sechs Monaten

nifikant überlegen [33]. Sport- und Bewegungstherapie erreichten daher den Status einer „Soll"-Empfehlung (6-25). Gemäß der Leitlinie zur Angststörung ist grundsätzlich auch eine KVT indiziert (6-24).

Eine australische Studie hat ergeben, dass Konsumenten von Stimulanzien des Amphetamintyps eine Punktprävalenz für PTBS von 23,4 % aufwiesen [34]. Inzwischen liegen sowohl zu stabilisierenden als auch zu verhaltenstherapeutischen Expositionsmethoden Studien mit Patienten vor, die an PTBS und substanzbezogenen Störungen leiden [35, 36, 37]. Bezüglich einer expositionsbasierten Therapie hat sich gezeigt, dass sie auch bei schwerer belasteten Suchtpatienten und trotz fortgesetzten Konsums sicher und effektiv durchführbar ist, wenn der Konsum reduziert wurde beziehungsweise sich stabilisiert hat und dem Patienten bis zu einem gewissen Grad alternative Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen [35].

ADHS

Eine kalifornische Studie zeigte bei chronischen Methamphetaminkonsumenten eine Lebenszeitprävalenz für ADHS von 21 %, während sie in der Kontrollgruppe nur 6 % betrug [38]. Der Konsum kann gerade bei dieser Komorbidität eine Selbstmedikation darstellen: Typischerweise reagieren ADHS-Patienten auf Methamphetamin in geringer Dosis mit einer Besserung von Konzentration, Denken und Unruhe. Die Diagnose wird dadurch erschwert, dass eine akute Intoxikation (Unruhe, Unstrukturiertheit, emotionale Labilität), aber auch ein Methamphetamin-Entzugssyndrom (Konzentrationsstörungen, Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen) einer ADHS-Symptomatik ähneln können. Sicherheit gibt nur die längere Beobachtung in einem konsumfreien Intervall.

Die LL empfiehlt an erster Stelle eine den geltenden Standards entsprechende Sicherung der Diagnose ADHS (Empfehlung 6-28) sowie ein darauf aufbauendes therapeutisches Gesamtkonzept aus psychosozialen, verhaltenstherapeutischen, psychoedukativen und familientherapeutischen Maßnahmen (Empfehlung 6-29). Erst in zweiter Linie werden medikamentöse Behandlungsoptionen diskutiert.

Zur Therapie von methamphetaminbezogenen Störungen und komorbidem ADHS wurden keine randomisierten kontrollierten Studien gefunden. Die dennoch gegebene „Soll"-Empfehlung (6-30), ein komorbides ADHS mit Atomoxetin oder – bei begleitender Depressivität – dualen Antidepressiva (Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion) zu behandeln, stützt sich auf Expertenkonsens. Dabei ist allerdings Vorsicht geboten, da Methamphetamin und Atomoxetin kardiale Nebenwirkungen verursachen können [39]. Den Einsatz von Methylphenidat bei ADHS mit Crystalkonsum sahen die Experten sehr kritisch. Risiken sind:

- Toleranz gegen Methylphenidat nach Methamphetaminkonsum,
- Missbrauchspotenzial,
- Weitergabe an den Schwarzmarkt.

Auch die Fachinformation des Herstellers enthält entsprechende Warnhinweise. Letztlich wird zu Methylphenidat nur bei Versagen von Atomoxetin und Antidepressiva sowie zu einer Psychotherapie geraten (Empfehlung 6-31). Unter der Behandlung sind Drogenabstinenz und engmaschige Kontrollen der Medikamentenverordnung obligat. Die Einstellung sollte stationär erfolgen. Bei Hinweisen auf Fehlgebrauch, Missbrauch, oder Zweckentfremdung soll Methylphenidat sofort abgesetzt werden (Empfehlung 6-31).

Aus theoretischen Überlegungen heraus könnte erwogen werden, Methylphenidat auch ohne Vorliegen eines ADHS zur Behandlung der Methamphetaminabhängigkeit selbst einzusetzen. Im Kapitel „Postakutbehandlung" geht die LL auf diese Frage ein. Bei widersprüchlicher Studienlage wird dieses Vorgehen nur im Rahmen registrierter klinischer Studien empfohlen (Empfehlung 5-16).

Neurokognitive Störungen

Störungen kognitiver Funktionen treten besonders bei chronischem Hochdosiskonsum auf und beeinträchtigen sowohl den Therapieerfolg als auch die berufliche Wiedereingliederung [40, 41, 42]. Da die Wortflüssigkeit weniger beeinträchtigt ist als andere Funktionen, etwa Lernen, Gedächtnis und Exekutivleistungen, wird das Ausmaß der kognitiven Defizite oft unterschätzt und zu wenig in der Therapieplanung berücksichtigt (Empfehlung 6-34). Erst unter mehrmonatiger Abstinenz, beispielsweise während einer stationären Therapie, werden Besserungen beobachtet [43]. Leider gibt es bis jetzt keine Evidenz für die Wirksamkeit medikamentöser Behandlungsansätze (Empfehlung 6-35). Darüber hinaus wurden kognitive Trainingsverfahren, Achtsamkeitsübungen, Sport und Bewegungstherapie sowie Erinnerungstechniken (auch elektronischer Art, etwa mittels Smartphones) eingesetzt. Eine wissenschaftliche Evaluation steht aus.

Ausblick

Die Frage nach einem Methamphetaminkonsum ist bei verschiedensten Patienten, die sich in einer Nervenarztpraxis vorstellen, von Bedeutung. Relevant ist sie unter anderem bei Schizophrenien, Depressionen, PTBS, Opiatsubstitution und ADHS. Dabei gibt es keinen „typischen" Crystalkonsumenten. Das Problem Crystal betrifft verschiedenste Gesellschaftsgruppen, vom klassischen intravenösen Drogenkonsumenten bis hin zu sozial gut integrierten Personen, die bislang psychiatrisch, suchtmedizinisch und juristisch völlig unauffällig waren. Bisher liegen nur wenige evidenzbasierte Kenntnisse zur Therapie methamphetaminbezogener Störungen vor, zum Beispiel zur effektiven Behandlung von Depressionen in der Postakutphase oder von komorbiden Angststörungen. Es ist zu hoffen, dass eine Aktualisierung der LL in einigen Jahren bereits auf einen größeren Bestand an RCTs und systematischen Reviews zurückgreifen kann. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Dr. med. Wolf-Dietrich Braunwarth
Klinikum Nürnberg Nord
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
E-Mail: Wolf-Dietrich.Braunwarth@klinikum-nuernberg.de

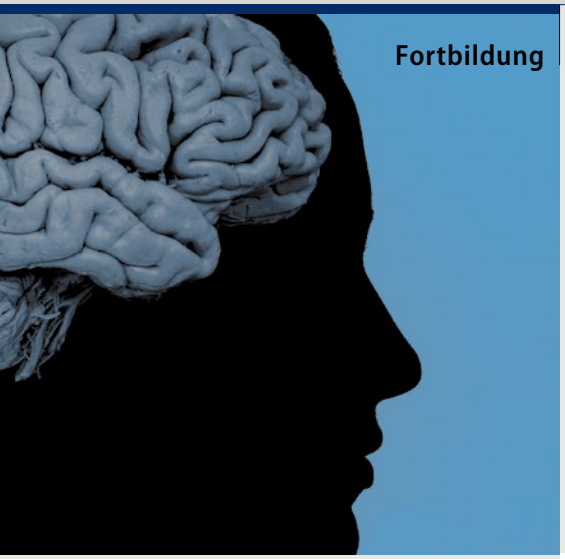
Hier steht eine Anzeige.

Springer

Literatur

1. Milin S, Lotzin A, Degkwitz P, et al. Amphetamin und Methamphetamin - Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Sachbericht. 2014 [cited: 2015 Mai 14]. Available from: www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Forschungsberichte/A TS-Bericht_final.pdf
2. von Mayrhauser C, Brecht ML, Anglin MD. Use ecology and drug use motivations of methamphetamine users admitted to substance abuse treatment facilities in Los Angeles: an emerging profile. J Addict Dis 2002;21(1):45-60; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11831499.
3. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen – Kurzfassung. 1. Auflage. Version 1. 2016. Available from: www.crystal- meth.aezq.de [cited: tt.mm.jjjj]; DOI: 10.6101/AZQ/000292 Internet: www.crystal-meth.aezq.de
4. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM), OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011 [cited: 2016 Jan 04]. Available from: www.cebm.net/wp-content/uploads/2014/06/CEBM-Levels-of-Evidence-2.1.pdf
5. Salo R, Flower K, Kielstein A, et al. Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. Psychiatry Res 2011;186(2-3):356-61 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21055832, DOI: 10.1016/j.psychres.2010.09.014.
6. IFT Institut für Therapieforschung.Suchthilfe in Deutschland 2015 – Jahresbericht der Deutsche Suchthilfestatistik 2015. München 2016; www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2015.pdf
7. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Counselor's Treatment Manual: Matrix Intensive Outpatient Treatment for People With Stimulant Use Disorders. Reprinted 2007. Rockville, MD: SAMHSA; 2006 (DHHS Publication No. (SMA) 07-4152). Available from: www.drugsandalcohol.ie/18687/1/matrixcounselortreatmentmanual.pdf.
8. Hellem TL, Lundberg KJ, Renshaw PF. A review of treatment options for co-occurring methamphetamine use disorders and depression. J Addict Nurs 2015;26(1):14-23 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25761159, DOI: 10.1097/JAN.0000000000000058.
9. Rawson RA, Huber A, Brethen P, et al. Status of methamphetamine users 2-5 years after outpatient treatment. J Addict Dis 2002;21(1):107-19; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11831496.
10. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Marinelli-Casey P, et al. Psychopathology in methamphetamine-dependent adults 3 years after treatment. Drug Alcohol Rev 2010;29(1):12-20; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20078677, DOI: 10.1111/j.1465-3362.2009.00081.x.
11. Shoptaw S, Huber A, Peck J, et al. Randomized, placebo-controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence. Drug Alcohol Depend 2006;85(1):12-8; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16621339, DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.03.005.
12. Zorick T, Sugar CA, Hellemann G, et al. Poor response to sertraline in methamphetamine dependence is associated with sustained craving for methamphetamine. Drug Alcohol Depend 2011;118(2-3):500-3; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592681, DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.04.015.
13. Brown ES, Gabrielson B. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of citicoline for bipolar and unipolar depression and methamphetamine dependence. J Affect Disord 2012;143(1-3):257-60; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22974472, DOI: 10.1016/j.jad.2012.05.006.
14. Peck JA, Reback CJ, Yang X, et al. Sustained reductions in drug use and depression symptoms from treatment for drug abuse in methamphetamine-dependent gay and bisexual men. J Urban Health 2005;82(1 Suppl 1):i100-i108; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15738315, DOI: 10.1093/jurban/jti029.
15. Smout MF, Longo M, Harrison S, et al. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy. Subst Abus 2010;31(2):98-107; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20408061, DOI: 10.1080/08897071003641578.
16. Sherman SG, Sutcliffe C, Srirojn B, et al. Evaluation of a peer network intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand. Soc Sci Med 2009;68(1):69-79; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18986746, DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.061.
17. Rawson RA, Chudzynski J, Gonzales R, et al. The impact of exercise on depression and anxiety symptoms among abstinent methamphetamine-dependent individuals in a residential treatment setting. J Subst Abuse Treat 2015;57:36-40; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25934458, DOI: 10.1016/j.jsat.2015.04.007.
18. Sulaiman AH, Said MA, Gill JS, et al. Non-psychotic psychiatric co-morbidities in patients with methamphetamine dependence in Malaysia. International Medical Journal 2013;(4):425-8.
19. Nejtek VA, Avila M, Chen LA, et al. Do atypical antipsychotics effectively treat co-occurring bipolar disorder and stimulant dependence? A randomized, double-blind trial. J Clin Psychiatry 2008;69(8):1257-66; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18681757.
20. World Health Organization (WHO), Dilling H, Mombour W, et al. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8th ed. Bern: Hogrefe; 1994.
21. Volkow ND, Chang L, Wang GJ, et al. Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. Am J Psychiatry 2001;158(12):2015-21; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11729018, DOI: 10.1176/appi.ajp.158.12.2015.
22. Bramness JG, Gundersen OH, Guterstam J, et al. Amphetamine-induced psychosis--a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? BMC Psychiatry 2012;12:221; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216941, DOI: 10.1186/1471-244X-12- 221.
23. Moratalla R, Ares-Santos S, Granado N. Neurotoxicity of Methamphetamine. In: Kostrzewa R, editor. Handbook of Neurotoxicity. New York: Springer; 2014. 2207-30.
24. Iwanami A, Sugiyama A, Kuroki N, et al. Patients with methamphetamine psychosis admitted to a psychiatric hospital in Japan. A preliminary report. Acta Psychiatr Scand 1994;89(6):428-32; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8085475.
25. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff; 2006 (S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; 1).
26. Darke S, Kaye S, McKetin R, et al. Major physical and psychological harms of methamphetamine use. Drug Alcohol Rev 2008;27(3):253-62; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18368606, DOI: 10.1080/09595230801923702.
27. Zweben JE, Cohen JB, Christian D, et al. Psychiatric Symptoms in Methamphetamine Users. Am J Addict 2004;13(2):181-90; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15204668, DOI: 10.1080/10550490490436055.
28. Shoptaw S, Peck J, Reback CJ, et al. Psychiatric and substance dependence comorbidities, sexually transmitted diseases, and risk behaviors among methamphetamine-dependent gay and bisexual men seeking outpatient drug abuse treatment. J Psychoactive Drugs 2003;35(Suppl 1):161-8; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12825759, DOI: 10.1080/02791072.2003.10400511.
29. Akindipe T, Wilson D, Stein DJ. Psychiatric disorders in individuals with methamphetamine dependence: prevalence and risk factors. Metab Brain Dis 2014;29(2):351-7; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24532047, DOI: 10.1007/s11011-014-9496-5.
30. Glasner-Edwards S, Mooney LJ, Marinelli-Casey P, et al. Anxiety disorders among methamphetamine dependent adults: association with post-treatment functioning. Am J Addict 2010;19(5):385-90; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20716300, DOI: 10.1111/j.1521- 0391.2010.00061.x.
31. Bagheri M, Mokri A, Khosravi A, et al. Effect of Abstinence on Depression, Anxiety, and Quality of Life in Chronic Methamphetamine Users in a Therapeutic Community. Int J High Risk Behav Addict 2015;4(3):e23903; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26495258, DOI: 10.5812/ijhrba.23903.
32. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM). S3-Leitlinie: Angststörungen. 2014 [cited: 2016 Mae 02]. Available from: www.

awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-028l_S3_Angstst%C3%B6rungen_2014-05_2.pdf
33. Rawson RA, Chudzynski J, Gonzales R, et al. The impact of exercise on depression and anxiety symptoms among abstinent methamphetamine-dependent individuals in a residential treatment setting. J Subst Abuse Treat 2015;57:36-40; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25934458, DOI: 10.1016/j.jsat.2015.04.007.
34. Mills KL, Teesson M, Ross J, et al. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Am J Psychiatry 2006;163(4):652-8; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585440, DOI: 10.1176/appi.ajp.163.4.652.
35. Mills KL, Teesson M, Back SE, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. JAMA 2012;308(7):690-9; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22893166, DOI: 10.1001/jama.2012.9071.
36. Hien DA, Jiang H, Campbell AN, et al. Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's Clinical Trials Network. Am J Psychiatry 2010;167(1):95-101; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19917596, DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09091261.
37. Ruglass LM, Hien DA, Hu MC, et al. Associations between post-traumatic stress symptoms, stimulant use, and treatment outcomes: a secondary analysis of NIDA's Women and Trauma study. Am J Addict 2014;23(1):90-5; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24313246, DOI: 10.1111/j.1521-0391.2013.12068.x.
38. Obermeit LC, Cattie JE, Bolden KA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder among chronic methamphetamine users: frequency, persistence, and adverse effects on everyday functioning. Addict Behav 2013;38(12):2874-8; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24018233, DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.08.010.
39. Rush CR, Stoops WW, Lile JA, et al. Physiological and subjective effects of acute intranasal methamphetamine during atomoxetine maintenance. Pharmacol Biochem Behav 2011;100(1):40-7; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21802442, DOI: 10.1016/j.pbb.2011.06.024.
40. Dean AC, Groman SM, Morales AM, et al. An evaluation of the evidence that methamphetamine abuse causes cognitive decline in humans. Neuropsychopharmacology 2013;38(2):259-74; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22948978, DOI: 10.1038/npp.2012.179.
41. Hart CL, Marvin CB, Silver R, et al. Is cognitive functioning impaired in methamphetamine users? A critical review. Neuropsychopharmacology 2012;37(3):586-608; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22089317, DOI: 10.1038/npp.2011.276.
42. Weber E, Blackstone K, Iudicello JE, et al. Neurocognitive deficits are associated with unemployment in chronic methamphetamine users. Drug Alcohol Depend 2012;125(1-2):146- 53; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22560676, DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2012.04.002.
43. Iudicello JE, Woods SP, Vigil O, et al. Longer term improvement in neurocognitive functioning and affective distress among methamphetamine users who achieve stable abstinence. J Clin Exp Neuropsychol 2010;32(7):704-18; www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20198527, DOI: 10.1080/13803390903512637.



Psychiatrische Kasuistik

Schizophrenie-Ersttherapie und der Faktor Zeit

Testen Sie Ihr Wissen!

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

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

NT 9/2017
N: Kognitive Störung mit zerebellärem Syndrom

NT 10/2017
P: Therapieresistente Katatonie

NT 12/2017
P: Raumforderung und primär progressive Aphasie

NT 2/2018
P: ADHS-Beschwerden: Differenzialdiagnose CFS

NT 3/2018
N: Wirkfluktuationen und Fieber bei Parkinson

NT 4/2018
P: Spätschizophrenie bei einer 58-Jährigen

NT 5/2018
N: Zwei Migränepatienten mit zyklischem Erbrechen

NT 6/2018
P: Schizophrenie-Ersttherapie und der Faktor Zeit

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

Aktuelle Anamnese

Ein 30-jähriger Patient stellte sich in der Rettungsstelle vor und berichtete über diffuse Ängste sowie Grübeln und Schlafstörungen. Er sei durch eine Konfliktsituation am Arbeitsplatz stark belastet und gehe mittlerweile davon aus, seine Arbeit zu verlieren. Auch fürchte er juristische Konsequenzen aufgrund seiner schlechten beruflichen Leistung. Weiterhin habe er ein auffälliges Verhalten seiner Kollegen bemerkt. Zum Beispiel sei ihm auf dem Flur gesagt worden: „Du bist krank".

Nach einem entlastenden Gespräch äußerte der Patient keinen weiteren Behandlungswunsch und verließ die Rettungsstelle. Als er sich mit dem gleichen Anliegen einen Tag später erneut vorstellte, bot ihm der diensthabende Kollege einen Sprechstundentermin an. Etwa einen Monat später erschien der Patient zum vereinbarten Termin und berichtete misstrauisch und etwas ängstlich, er habe sich seit der Vorstellung in der Rettungsstelle zunehmend „getestet" und beobachtet, teilweise auch verfolgt gefühlt. Zudem habe er Stimmen gehört, die ihn „manipulieren wollten" und er habe angenommen, man könne seine „Gedanken lesen". Er habe nach rationalen Erklärungen gesucht und unter anderem vermutet, es sei „ein Gerät in seinem Ohr implantiert worden".

Unter dem Verdacht auf eine akute schizophreniforme psychotische Störung wurde dem Patienten eine zeitnahe tagesklinische Behandlung empfohlen. Eine antipsychotische Medikation lehnte er ab. Zwei Wochen später erschien der Patient erneut, diesmal in Begleitung seiner Angehörigen, in der Rettungsstelle und imponierte mit ausgeprägter Aufmerksamkeitsstörung, formalen Denkstörungen und akustischen Halluzinationen. Trotz der dringenden Empfehlung lehnte der Patient eine stationäre Aufnahme noch am selben Tag ab, erschien aber drei Tage später auf der Spezialstation für psychotische Erkrankungen zur Aufnahme.

Während der stationären und der anschließenden tagesklinischen Behandlung wurde die Anamnese vervollständigt. Die Symptome hätten etwa fünf Monate vor dem ersten Aufsuchen der Rettungsstelle begonnen, berichtete der Patient. Damals habe er eine Panikattacke erlebt und leide seitdem unter Schlafstörungen, unbestimmten gesundheitsbezogenen Ängsten, Unwohlsein und Nervosität. Im Lauf der Zeit seien weitere Symptome wie Beobachtungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungserleben hinzugetreten, wodurch er sich nicht nur in der Arbeit, sondern auch auf der Straße und in der U-Bahn belastet gefühlt habe. Außerdem habe er geglaubt, mit Außerirdischen in Verbindung zu stehen. Hinzu kam eine intensive Beschäftigung mit religiösen, ethischen und spirituellen Themen. Er habe sich mit Fragen wie „Was ist Realität?" oder Themen wie „der Wert verschiedener Religionen" und „Respekt vor und Toleranz von anderen" befasst. Auch habe er mit auftretenden Stimmen über die genannten Themen Gespräche geführt. Einige Stimmen hätten mitunter „unangenehme" und bedrohliche Fragen gestellt, wie „ob ich mich umbringen möchte".

Fremdanamnese

Ein Familienangehöriger und eine enger Freund erzählten, der Patient sei ihnen bereits einen Monat vor dem ersten Kon-

takt zur Rettungsstelle „deutlich verändert" vorgekommen. Mehrere Tage sei er „vermisst" gewesen, weil er seinen Wohnungsschlüssel verloren und im Park übernachtet habe. Die Intensität der Symptomatik sei „von seiner Tagesform abhängig" gewesen. An manchen Tagen habe er sich stark zurückgezogen, keine Mimik gezeigt und in Gedanken verloren gewirkt. An anderen Tagen habe er sich „normal" unterhalten können. Als Kind und Schüler sei der Patient eher träge gewesen und habe wenig Durchhaltevermögen gezeigt. Jedoch sei er auch durchaus zielstrebig und engagiert aufgetreten, wenn er sich für eine Sache interessierte, etwa für die Arbeitsgemeinschaft Bühnentechnik in der Schule.

Als junger Erwachsener sei der Patient weiterhin wenig gesprächig und eher passiv gewesen. Insbesondere habe auffällig wenig Interesse an Frauen und Beziehungen generell bestanden. In den vergangenen zwei Jahren habe der Patient sehr viel gearbeitet, viele Überstunden erbracht und unregelmäßig geschlafen, obwohl er insgesamt wenig Spaß am Job empfunden hatte. Ausgeprägte Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen oder depressive Symptome wurden in den Jahren zuvor nicht bemerkt.

Familienanamnese

Bei der Großmutter mütterlicherseits habe fraglich eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis bestanden.

Soziobiografische Anamnese

Der Patient sei in Köln geboren und mit zwei Geschwistern (Schwester zwei Jahre älter, Bruder drei Jahre jünger) zunächst dort, später in Berlin aufgewachsen. Als er zwölf Jahre alt war, hätten sich die Eltern getrennt. Danach habe er ausschließlich beim Vater gelebt.

Nach dem Abitur mit Note 3,1 habe der Patient in Karlsruhe Physik und später an der TU Berlin Elektrotechnik studiert, aber beide Male keinen Abschluss erreicht. Daraufhin habe er eine Ausbildung zum Fachinformatiker abgeschlossen. Seit vier Jahren arbeite er als Fachinformatiker in der Softwareentwicklung und sei aktuell krankgeschrieben.

Er lebe allein, aktuell in keiner Beziehung und ohne Kinder. Es bestehe ein kleiner, jedoch enger Freundeskreis zu dem der jüngere Bruder und seine Freunde zählen; der Kontakt zur Familie sei gut.

Psychiatrische Vorgeschichte

Bisher keine fachpsychiatrische oder ambulante psychotherapeutische Behandlung. Keine Suizidversuche in der Anamnese.

Medikamentenanamnese

Zum Zeitpunkt der Aufnahme keine Medikation, bisher auch keine psychotrope Medikation.

Suchtmittelanamnese

Gelegentlicher Konsum von Alkohol bis Oktober 2017. Derzeit abstinent. Der Konsum von illegalen Drogen und Zigaretten wurde glaubhaft verneint.

Somatische Erkrankungen

Keine bekannten Erkrankungen.

Psychopathologischer Befund bei der stationären Aufnahme

Der Patient war im Aufnahmegespräch misstrauisch, aber freundlich und kooperativ. Die Orientierung war intakt, Aufmerksamkeit und Konzentration waren stark eingeschränkt. Psychomotorisch war ein Nesteln ersichtlich. Formalgedanklich war der Patient deutlich verlangsamt, teilweise inkohärent. Es bestand der Verdacht auf ein wahnhaftes Bedrohungs- („war bei der Polizei") und Beziehungserleben. Der Patient berichtete über kommentierende, oft nur summende oder brummende Stimmen. Weiterhin bestanden Ich-Störungen in Form von Gedankenausbreitung und Derealisationserleben. Schlaf und Appetit wurden als normal angegeben. Es lag ein parathymer Affekt und eine ausgeprägte Ambivalenz bezüglich der stationären Behandlung vor. Für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung fanden sich keine Hinweise.

Untersuchungsbefunde

Internistischer Befund

Guter Allgemeinzustand, schlanker Ernährungszustand (176 cm, 73 kg, BMI 23,57 kg/m²). Sehr trockene und stark schuppende Haut. Sonst regelrechter Befund.

Neurologischer Befund

Patient wach und orientiert, kein Meningismus, Hirnnerven intakt, Visus normal. Keine Sensibilitätsstörungen, Pyramidenbahnzeichen, Paresen, ebenso keine Gang- und Standunsicherheit.

Laborwerte

Bis auf ein mit 32,7 nmol/l etwas vermindertes 25-OH-Vitamin D3 (Normwert > 50 nmol/l) keine Auffälligkeiten.

EKG und EEG

Unauffällig.

Kraniale MRT

Geringer Sekretnachweis in den Sinus maxillares beidseits sowie in den Sinus sphenoidales. Sonst unauffällige Darstellung des Neurokraniums.

Liquor

Zellzahl 2/µl, Eiweiss 377 mg/l, Laktat 13,5 mg/dl, keine oligoklonalen Banden im Liquor und Serum. Autoimmunenzephalitis in Serum und Liquor (Panel I 21-Ag Labor Berlin): alle Werte negativ.

Neuropsychologische Untersuchung

Durchschnittliches bis leicht überdurchschnittliches prämorbides und intellektuelles Ausgangsniveau. Defizite konnten in den Bereichen Gedächtnis (verbal, figural und Arbeitsgedächtnis) sowie bei den exekutiven Funktionen objektiviert werden.

Therapie und Verlauf

Der Patient wurde mit einem wahnhaft-halluzinatorischen Syndrom mit Beobachtungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungserleben, anhaltendem religiösem und bizarrem Wahn, formalen Denk- und Ich-Störungen in Form von Gedankenausbreitung und Derealisationserleben, akustischen Halluzinationen, erhöhter Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörungen im Rahmen einer erstmalig aufgetretenen psychotischen Symptomatik stationär aufgenommen.

Diagnostisch bewerteten wir die vorliegende Symptomatik als Erstmanifestation einer paranoiden Schizophrenie. Trotz intensiver Aufklärung über die Erkrankung und die eindringliche Empfehlung einer antipsychotischen Medikation lehnte der Patient eine konse-

quente Medikamenteneinnahme ab. Im Verlauf der stationären Behandlung äußerte er dezidiert den Wunsch nach einer teilstationären Behandlung. Er gab trotz fehlender spezifischer antipsychotischer Medikation einen Rückgang beziehungsweise eine Besserung der wahnhaften Symptomatik, der akustischen Halluzinationen und der formalen Denkstörungen an, sodass nach sechs Wochen die Verlegung in die Tagesklinik erfolgte. Dort wurden die Angaben des Patienten hinsichtlich der klinischen Verbesserungen skeptisch gesehen und es gelang nach wiederholten ausführlichen Aufklärungsgesprächen, darunter auch gemeinsame Gespräche mit Angehörigen, eine spezifische antipsychotische Medikation mit Aripiprazol 5 mg/Tag in aufsteigender Dosierung bis 12,5 mg/Tag zu implementieren.

Der Patient ließ sich von Beginn an gut in das multimodale Therapiekonzept, bestehend aus ärztlichen Visiten, psychotherapeutischen Einzelgesprächen, Bewegungs- und Ergotherapie, Kognitions- und Achtsamkeitsgruppen, Entspannungsverfahren, Job-Beratung, sowie Gestaltungstherapie integrieren. Er nahm auch an einem spezifischen psychotherapeutischen Gruppenprogramm teil. Dieses umfasste neben der Psychoedukation in krankheitsrelevanten Themen auch eine offene Problemlösegruppe. Zudem wurden im Gruppen-Setting Rollenspiele zum Training sozialer Kompetenzen erarbeitet und durchgeführt.

In den Interaktionen mit dem Therapeutenteam und den Mitpatienten wurde ein zurückgezogenes Verhalten beobachtet. Der Patient sprach selten andere aktiv an, war jedoch in Gesprächen durchaus freundlich und zugewandt. Gelegentlich wurde auch ein misstrauisch umherblickendes Verhalten beobachtet. Auch verlief er sich mehrmals in gut bekannter Umgebung. Während der Gruppentherapien fiel auf, dass der Patient teilweise einfache Anweisungen nicht ausführen konnte. In diesen Momenten wirkte der Patient fahrig und unkonzentriert.

Es zeigte sich zudem ein Leistungsabfall im Verlauf des Tages und unverändert die Tendenz, psychotische Symptome zu bagatellisieren. In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen wurden psychoedukative Inhalte besprochen und ein individuelles Störungsmodell erstellt. Des Weiteren wurden Frühwarnzeichen besprochen und ein Notfallplan erarbeitet.

Während der tagesklinischen Behandlung zeigte sich ein leichter Rückgang der Ablenkbarkeit und der Konzentrationsstörungen, sodass der Patient deutlich aktiver am Therapieprogramm teilnehmen und seine Tagesstruktur aufrechterhalten konnte. Weiterhin berichtete er über leisere, freundlichere und insgesamt seltener auftretende Stimmen.

Wir empfahlen dem Patienten neben der regelhaften antipsychotischen Medikation eine ambulante Psychotherapie. Bei gebesserter Positivsymptomatik konnten wir den Patienten schließlich in die ambulante Weiterbehandlung in unsere Spezialambulanz für psychotische Störungen entlassen.

Diskussion

Wir behandelten einen Patienten mit der Erstmanifestation einer paranoiden Schizophrenie. Der Zeitraum vom Beginn der psychotischen Symptomatik bis zum ersten Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem betrug etwa fünf Monate. Weitere zwei Monate vergingen bis zur stationären psychiatrischen Aufnahme und wiederum zwei Monate bis zum Beginn einer antipsychotischen Medikation.

Die Dauer der unbehandelten Psychose wird als negativer Prädiktor für das Kurz- und Langzeitergebnis der Schizophrenie gehandelt [1, 2]. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2014 zeigte, dass eine längere Dauer der unbehandelten Psychose mit einem schlechteren allgemeinen Behandlungsergebnis mit mehr Positiv- und Negativsymptomen, geringerer Wahrscheinlichkeit für eine Remission und schlechterem sozialen Funktionsniveau assoziiert war [3]. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz einer frühen Intervention bei psychotischen Erkrankungen für den mittel- und langfristigen Therapieverlauf [4].

Die Früherkennung psychotischer Erkrankungen in der Prodromalphase mit nachfolgender niederfrequenter Anbindung an das psychiatrische Versorgungsnetzwerk können ein frühes Eingreifen bei Ausbruch der psychotischen Erkrankung ermöglichen. Weitere effektive Strategien zur zeitigen Anbindung von psychotischen Patienten sollten jedoch in Zukunft entwickelt werden [5].

Der hier vorgestellte Fall eignet sich zudem exemplarisch dazu, den Zusammenhang zwischen der Dauer einer unbehandelten psychotischen Symptomatik („duration of untreated psychosis", DUP) und der Therapieadhärenz zu veranschaulichen. Für die DUP gibt es derzeit drei verschiedene konkurrierende Definitionen:

1. Der Zeitraum vom Beginn der psychotischen Symptomatik bis zum Beginn der antipsychotischen Medikation.
2. Der Zeitraum bis zum Beginn einer spezialisierten stationären Behandlung.
3. Der Zeitraum bis zur Etablierung einer adäquaten antipsychotischen Medikation im Rahmen einer spezialisierten stationären Behandlung bei guter Compliance [6].

Insbesondere bei der Anwendung der dritten und strengsten Definition der DUP, welche die Dauer bis zum Erreichen einer stabilen antipsychotischen Medikation bei guter Compliance bemisst, zeigt sich ein prädiktiver Wert der DUP für den Schweregrad der Symptomatik und das funktionelle Ergebnis nach 12, 24 und 36 Monaten [5]. Dieses Ergebnis hebt die Bedeutsamkeit der Etablierung einer stabilen Therapieadhärenz neben der frühen medikamentösen Intervention hervor. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Woo Ri Chae
Prof. Dr. med. Michael Dettling
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

Fragen und Lösungen

Frage 1

Was gehört nicht zu den diagnostischen Kriterien der Schizophrenie nach ICD-10?

a. Verflachte oder inadäquate Affekte
b. Neologismen
c. Bizarrer Wahn
d. Lang anhaltend überwertige Ideen
e. Konzentrationsstörungen

Lösung

Richtig ist Antwort e. Konzentrationsstörungen können bei Schizophrenie als unspezifisches Symptom vorkommen, gehören jedoch nicht zu den diagnostischen Kriterien nach ICD-10.

Für die Diagnose der Schizophrenie nach ICD-10 müssen während der meisten Zeit innerhalb eines Zeitraumes von mindestens einem Monat (oder während einiger Zeit an den meisten Tagen) eine psychotische Episode mit entweder mindestens einem der unter

- 1. aufgezählten Syndrome, Symptome und Anzeichen (a. Gedankenlautwerden, -eingebung, -entzug oder -ausbreitung; b. Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, Wahnwahrnehmungen; c. kommentierende oder dialogische Stimmen; d. anhaltender, kulturell unangemessener oder bizarrer Wahn) oder mit mindestens zwei der unter
- 2. aufgezählten Symptome und Anzeichen bestehen (a. anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet von flüchtigen Wahngedanken oder überwertigen Ideen; b. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt; c. katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor; d. „negative" Symptome wie auffällige Apathie, verflachte oder inadäquate Affekte) [7].

Frage 2

Welche Gegebenheiten können potenzielle Gründe für eine lange medikamentöse Nichtbehandlung psychotischer Störungen sein?

a. Gesellschaftliche Stigmata
b. Fehlende Krankheitseinsicht
c. Allmählicher Beginn der Psychose
d. Negativsymptome
e. Fehlende soziale Unterstützung

Lösung

Alle Antwortmöglichkeiten sind richtig. Die Dauer der unbehandelten Psychose wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die sich ihrerseits ungünstig auf die Prognose auswirken. Daher bestehen methodische Schwierigkeiten, den unabhängigen prognostischen Wert der Dauer einer unbehandelten Psychose zu bestimmen [8].

Frage 3

Eine lange Dauer einer unbehandelten Psychose gilt als negativer Prädiktor für das Therapieergebnis bei Schizophrenie. Welche der folgenden Aussagen ist keine Hypothese zu dieser Annahme?

a. Schizophrenie ist eine neurodegenerative Erkrankung und eine frühzeitige Pharmakotherapie verzögert den neurodegenerativen Prozess.
b. Es gibt eine definierte Zeitspanne zu Beginn der Erkrankung, in welcher der neurodegenerative Prozess gestoppt werden kann.
c. Die Psychose hat „toxische Effekte" auf das Gehirn, vor denen die Pharmakotherapie schützen kann.
d. Zu Beginn einer Psychose genügt eine Minimaltherapie, zum Beispiel eine ambulante Psychotherapie, um eine Remission zu erzielen.
e. Durch eine verlängerte Dauer einer unbehandelten Psychose wird potenziell mehr psychosozialer Schaden angerichtet.

Lösung

Richtig ist Antwort d. Bisher gibt es keine Untersuchungen, die zeigen, dass eine „Minimaltherapie" oder eine alleinige ambulante Psychotherapie für die Behandlung einer Psychose empfehlenswert ist. Alle anderen Antwortmöglichkeiten sind derzeit diskutierte Hypothesen zum negativen prognostischen Effekt der verlängerten Dauer einer unbehandelten Psychose [8].

Frage 4

Welche der nachfolgend genannten Antwortmöglichkeiten wirkt sich auf die medikamentöse Compliance bei psychotischen Erkrankungen eher ungünstig aus?

a. Früher Beginn der medikamentösen Therapie ungeachtet des Patientenwunsches
b. Besprechung der Vor- und Nachteile der Einnahme von Antipsychotika
c. Vermittlung des Unterschieds zwischen Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht
d. Herausarbeiten von Eigenstigmata bezüglich der Diagnose
e. Führen von Tagesprotokollen zur Medikamenteneinnahme

Lösung

Richtig ist Antwort a. Für den Aufbau einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung und die Förderung einer langfristigen Therapieadhärenz ist der frühe Beginn der medikamentösen Therapie ungeachtet des Patientenwunsches nicht empfehlenswert. Bei starker Ambivalenz bezüglich der medikamentösen Therapie stehen Strategien wie die Antwortmöglichkeiten b bis e zur Verfügung [9].

Literatur

1. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. The American journal of psychiatry. 2005; 162 (10):1785-804.
2. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2009; 194(1):18-24.
3. Penttila M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2014; 205(2):88-94.
4. Schimmelmann BG, Huber CG, Lambert M, Cotton S, McGorry PD, Conus P. Impact of duration of untreated psychosis on pretreatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. Journal of psychiatric research. 2008; 42(12):982-90.
5. Golay P, Alameda L, Baumann P, Elowe J, Progin P, Polari A, et al. Duration of untreated psychosis: Impact of the definition of treatment onset on its predictive value over three years of treatment. Journal of psychiatric research. 2016; 77:15-21.
6. Polari A, Lavoie S, Sarrasin P, Pellanda V, Cotton S, Conus P. Duration of untreated psychosis: a proposition regarding treatment definition. Early intervention in psychiatry. 2011;5(4):301-8.
7. Graubner B. ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 11. Revision - German Modification Version 2014. Schorndorff (Deutscher Ärzteverlag).
8. Mayer G, Dekel I, Domrab A, Drobot M, Guttnik Y, Kalman E, et al. Does the duration of untreated psychosis affect prognosis in schizophrenia? The Israel journal of psychiatry and related sciences. 2011;48(2):140-1.
9. Lincoln T. Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie. 2., überarbeitete Auflage 2014, 225 Seiten.

Aktuelle Daten aus dem MS-Register der DMSG für die MS-Forschung

MS in Deutschland: Symptome und Behandlungsdefizite

Über die Situation der Menschen mit Multipler Sklerose war lange wenig bekannt. Verlässliche Daten zur Häufigkeit der Erkrankung und ihren Unterformen gab es nicht. Auch Versorgungsaspekte, wie verlaufsmodifizierende beziehungsweise medikamentöse und nicht medikamentöse symptomatische Therapien der Erkrankung waren nur für einzelne Einrichtungen und ihre Patienten bekannt. Das MS-Register wurde 2001 initiiert, um standardisierte Daten zu diesen Punkten, aber auch über den Einfluss der Erkrankung auf die Berufstätigkeit oder Arbeitsunfähigkeit der Betroffenen zu erhalten. Der nachfolgende Artikel gibt einen Einblick in die aktuelle Versorgungssituation MS-Kranker und gestattet erstmals einen historischen Vergleich.

UWE ZETTL[1], KERSTIN EICHSTÄDT[2], DAVID ELLENBERGER[3], PETER FLACHENECKER[4], TIM FRIEDE[3], JUDITH HAAS[5], CHRISTOPH KLEINSCHNITZ[6], CAROLA MEYER[2], DIETER PÖHLAU[7], OTTO RIENHOFF[8], PAULUS ROMMER[1,9], ALEXANDER STAHMANN[2]

Multiple Sklerose (MS) ist eine immunmediierte Erkrankung des zentralen Nervensystems mit unvorhersehbarem Verlauf. Die Erkrankung tritt oft im jungen Erwachsenenalter auf. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. In Deutschland gibt es mehr als 220.000 Patienten [1, 2, 3].

Es wird zwischen einem zunächst schubförmig remittierenden Verlauf (RRMS) und einer primär chronisch progredienten MS (PPMS) unterschieden [4]. Mit der Dauer der Erkrankung nimmt meist der Grad der Behinderung zu, in deren Folge die Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt wird [5]. Viele MS-Patienten werden vorzeitig berentet [6].

Ziel unserer Analysen war es, die Situation der symptomatischen Behandlung der MS-Patienten in Deutschland aufzuarbeiten. Unser besonderer Fokus lag dabei auf:

- der Symptomhäufigkeit,
- dem Behandlungsgrad der spezifischen MS-Symptome,
- dem Einsatz von symptomatischen Therapiearten,
- der Veränderung des Behandlungsgrades im historischen Vergleich unter Berücksichtigung der weiterhin bestehenden Versorgungsdefizite.

Methoden

Zur Beantwortung der genannten Fragen für ganz Deutschland wurde ein Datenexport aus dem MS-Register der Deutschen MS-Gesellschaft (DMSG), Bundesverband e. V. herangezogen. Seit seiner Initiierung 2001 wird das MS-Register durch die MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH betrieben und weiterentwickelt. Über die Zeit konnte ein Netzwerk von mehr als 150 Zentren aufgebaut werden, die für das MS-Register der DMSG Daten erheben und dokumentieren. Eine aktuelle Darstellung der Zentren in Deutschland zeigt **Abb. 1**.

Inzwischen wurden bereits mehr als 48.000 Patienten für das MS-Register gewonnen. Die Daten unterliegen einer ausgiebigen (syntaxgesteuerten) Qualitätskontrolle, die einen reproduzierbaren Datensatz ermöglicht. Dabei werden sowohl die Vollständigkeit im Hinblick auf einen Minimaldatensatz als auch die Widerspruchsfreiheit (Inkonsistenz der Angaben innerhalb eines Datensatzes) überprüft. Zudem sind nur Daten von Zentren enthalten, welche die Qualitätsanforderungen des Registers erfüllen.

Die vorliegende Analyse basiert auf dem Stand von August 2016 und enthält Daten aus 148 Zentren in Deutschland. Um einen historischen Vergleich sicherzustellen, wurden nur Patienten für die Analyse herangezogen, für die seit 2010 mindestens ein aktueller Datensatz (Untersuchungsbefund) zur Verfügung steht (n = 35.755). Die nachfolgend dargestellten deskriptiven Analysen enthalten Häufigkeiten, Durchschnittswerte sowie Standardabweichungen. Der historische Vergleich der Behandlungsdefizite wurde mittels Chi²-Tests durchgeführt. P-Werte kleiner als 5 % wurden als statistisch signifikant gewertet. Die Analysen wurden mittels R Version 3.3.1 (R Foundation, Wien, Österreich) durchgeführt.

Ergebnisse

Die grundlegenden Daten zur untersuchten MS-Population, aufgeschlüsselt nach den Verlaufsformen und dem kli-

[1] Universität Rostock, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Rostock
[2] MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH, Hannover
[3] Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Statistik, Göttingen
[4] Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof Bad Wildbad
[5] Jüdisches Krankenhaus Berlin
[6] Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen
[7] DRK Kamillus-Klinik Asbach,
[8] Institut für Medizinische Informatik, Universitätsmedizin Göttingen,
[9] Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien, Universitätsklinik für Neurologie, Wien

nisch isolierten Syndrom (CIS), das häufig als Erstmanifestation einer MS auftritt, sind in **Tab. 1** dargestellt. Das Durchschnittsalter bei Beginn der Erkrankung betrug 32,9 (± 10,3) Jahre. 59,5 % der dokumentierten MS-Erkrankten zeigen einen schubförmigen Verlauf (RRMS), 21,8 % einen sekundär progredienten (SPMS) und 6,4 % einen primär progredienten Verlauf (PPMS). Bei 4 % der Patienten wurde ein CIS diagnostiziert. In 8,3 % der Fälle war keine Angabe zur Verlaufsform vorhanden beziehungsweise diese zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht bestimmbar.

Bei der Analyse der Häufigkeit der Symptome wurde jeweils die letzte im Register dokumentierte Untersuchung eines Patienten betrachtet (**Tab. 1**). Das mit Abstand häufigste Symptom ist die Fatigue (58 % der Patienten), dann folgen Spastik (47,5 %), Miktionsstörungen (44 %), Schmerzen (34,1 %), kognitive Störungen (33 %) und Depressionen (32,5 %; **Abb. 2**).

In einem nächsten Schritt wurden die Symptome hinsichtlich ihrer Behandlung analysiert. Dabei zeigte sich, dass die Fatigue nur in rund 34,8 % der Fälle symptomatisch therapiert wird. Bei der Spastik sind es dagegen 78 %. Nur die selten manifesten epileptischen Anfälle (3,3 % der MS-Patienten sind betroffen) werden mit einer Quote von 80,6 % noch besser versorgt. Der Behandlungsgrad ist zwischen den untersuchten Symptomen sehr heterogen. Miktionsstörungen werden in 55,2 % der Fälle, Ataxie in 56,2 %, Schmerzen in 73,9 %, Depressionen in rund 75 %, kognitive Störungen hingegen nur in 27 % der Fälle symptomatisch behandelt. Defäkationsstörungen (50,6 % unbehandelt) und sexuelle Funktionsstörungen (78,8 % unbehandelt) werden nach den okulomotorischen Störungen (79 % unbehandelt) am seltensten symptomatisch therapiert.

Für ausgewählte, häufige Symptome zeigt **Abb. 3** die Art der Behandlung der Symptome, und zwar unterteilt nach:

- medikamentöser/pharmakologischer Therapie,
- nicht medikamentösen Therapien (z. B. Ergo-, Physio-, Psychotherapie und Logopädie),
- Kombination aus beiden Therapiestrategien
- Anteil der unbehandelten Symptome.

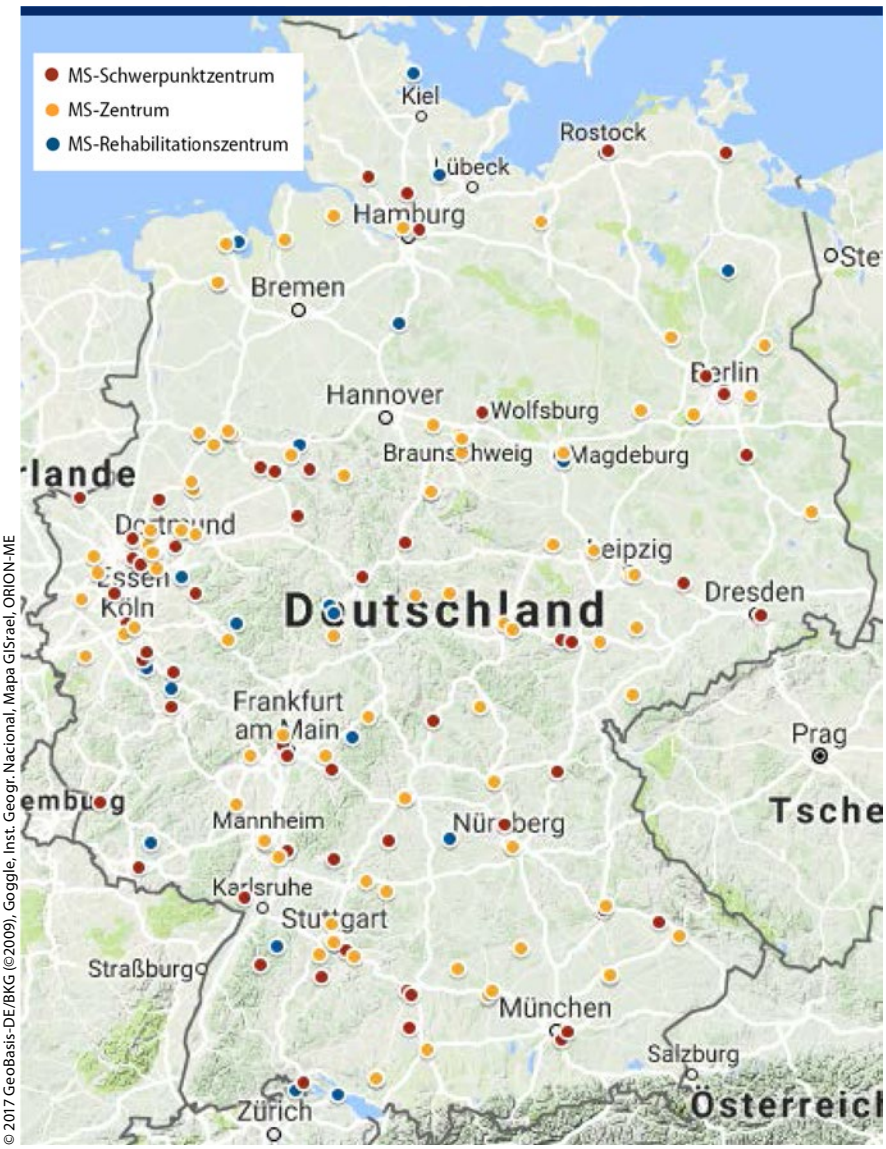


Abb. 1: Übersicht der teilnehmenden MS-Zentren, Stand September 2017

Tab. 1: Basisdaten der untersuchten Population, aufgeteilt nach MS-Verlaufsformen und CIS

	Durchschnittliches Alter (Jahre)	Anteil weiblich	Durchschnittliche MS-Dauer (Jahre)	EDSS-Score (median)
Gesamt (n = 35.755)	46,13 (± 12,16)	70,9 %	12,83 (± 9,75)	3
RRMS (n = 21.261)	42,77 (± 10,89)	73,1 %	10,74 (± 7,99)	2
SPMS (n = 7.803)	54,24 (± 10,08)	68,2 %	21,04 (± 9,75)	6
PPMS (n = 2.289)	56,15 (± 10,52)	58,5 %	14,67 (± 9,92)	5,5
CIS (n = 1.418)	38,11 (± 11,39)	69,5 %	2,7 (± 3,6)	1,5

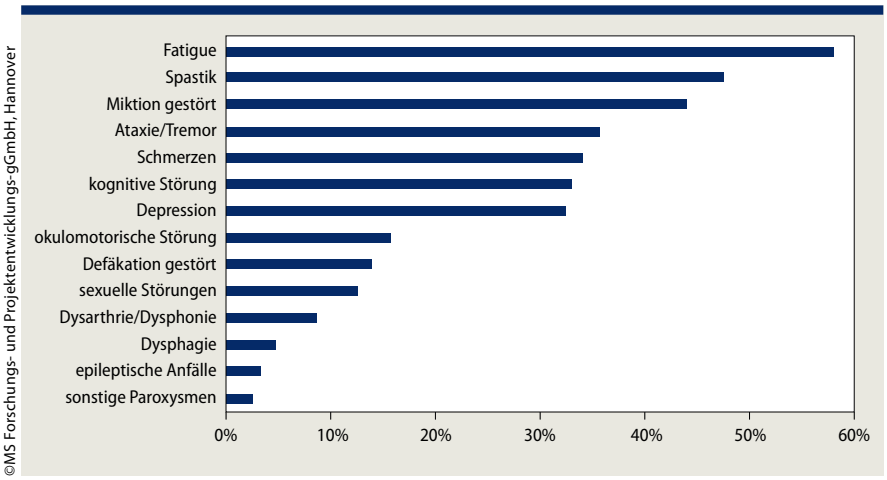


Abb. 2: Symptomhäufigkeit bei MS absolut [7]

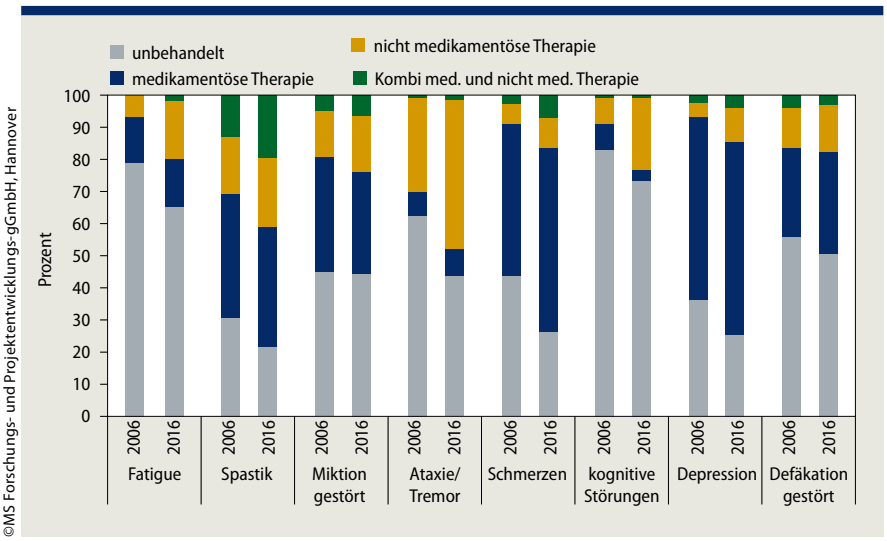


Abb. 3: Darstellung ausgewählter Symptome, sortiert nach ihrer Häufigkeit im historischen Vergleich 2006 versus 2016

Wir bezogen uns dabei auf eine Arbeit von Flachenecker et al. aus dem Jahr 2008 im Deutschen Ärzteblatt, die erstmals auf der Basis der MS-Registerdaten eine Übersicht über die Versorgungssituation der MS-Patienten in Deutschland gegeben hat [6].

Bei dem historischen Vergleich hat uns vordringlich interessiert, inwiefern sich die Versorgung der untersuchten Symptome gebessert hat. Für alle – außer Miktionsstörungen – hat sich über den betrachteten Zeitraum von zehn Jahren die Versorgung signifikant verbessert. Der Anteil der unbehandelten Patienten ist gesunken, und zwar für Fatigue von 79 % auf 65,1 %, für Spastik von 31 % auf 22 %, für Ataxie/Tremor von 62% auf 43,8 %, für Schmerzen von 44 % auf 26,1 %, für kognitive Störungen von 83 % auf 73 %, für Depressionen von 37 % auf 25,5 % und für Defäkationsstörungen von 56 % auf 50,5 %.

Fazit für die Praxis

Basierend auf einer der größten nationalen Datensammlungen zur MS in Europa [8] konnten erstmals Daten in dieser Größenordnung zur Symptomatik und Versorgungssituation von MS-Kranken in Deutschland analysiert werden. Wir haben bewusst möglichst aktuelle Daten (seit 2010 gemeldete Betroffene) von 35.755 Patienten aus 148 MS-Zentren untersucht. Übereinstimmend mit Angaben aus anderen MS-Registern und -Kohorten wurden die Symptome Fatigue, Spastik und Miktionsstörungen als häufigste MS-Symptome zum Zeitpunkt der betrachteten Untersuchung ermittelt.

Die eingesetzten Therapiestrategien umfassen pharmakologische und nicht pharmakologische Optionen. Am häufigsten pharmakologisch behandelt werden epileptische Anfälle, Depressionen und Schmerzen. Am häufigsten nicht pharmakologisch behandelt werden Ataxie/Tremor. Jedoch liegt auch bei diesen Symptomen der Anteil jener Patienten, die unter dem Symptom leiden und keine Therapie bekommen, bei mindestens 20 %. Diese immer noch hohe Quote konnte, wie unser historischer Vergleich zeigt, für fast alle Symptome in der Zeit zwischen 2006 und 2016 signifikant reduziert werden. Weitere Bemühungen sind jedoch notwendig, um insbesondere bei den am seltensten behandelten Symptomen der MS in Deutschland (okulomotorische, sexuelle und kognitive Störungen sowie Fatigue) eine Verbesserung zu erreichen.

Unsere Daten legen den Schluss nahe, dass die Verfügbarkeit einer pharmakologischen Behandlungsoption die Wahrscheinlichkeit einer Therapie des Symptoms erhöht. Dieser Zusammenhang muss in weiteren Analysen noch detaillierter untersucht werden. Sollte er sich bestätigen, ist dies jedoch ein eindeutiger Hinweis darauf, dass neben den immunmodulatorischen Therapieoptionen auch bezüglich der Behandlung der MS-Symptome ein Bedarf an weiterer intensiver Forschung zu pharmakologischen und nicht pharmakologischen Therapieoptionen besteht. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Prof. Dr. med. Uwe Zettl
Universitätsmedizin Rostock
Zentrum für Nervenheilkunde
Klinik und Poliklinik für Neurologie
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
E-Mail: uwe.zettl@med.uni-rostock.de

Hier steht eine Anzeige.

Springer

Literatur

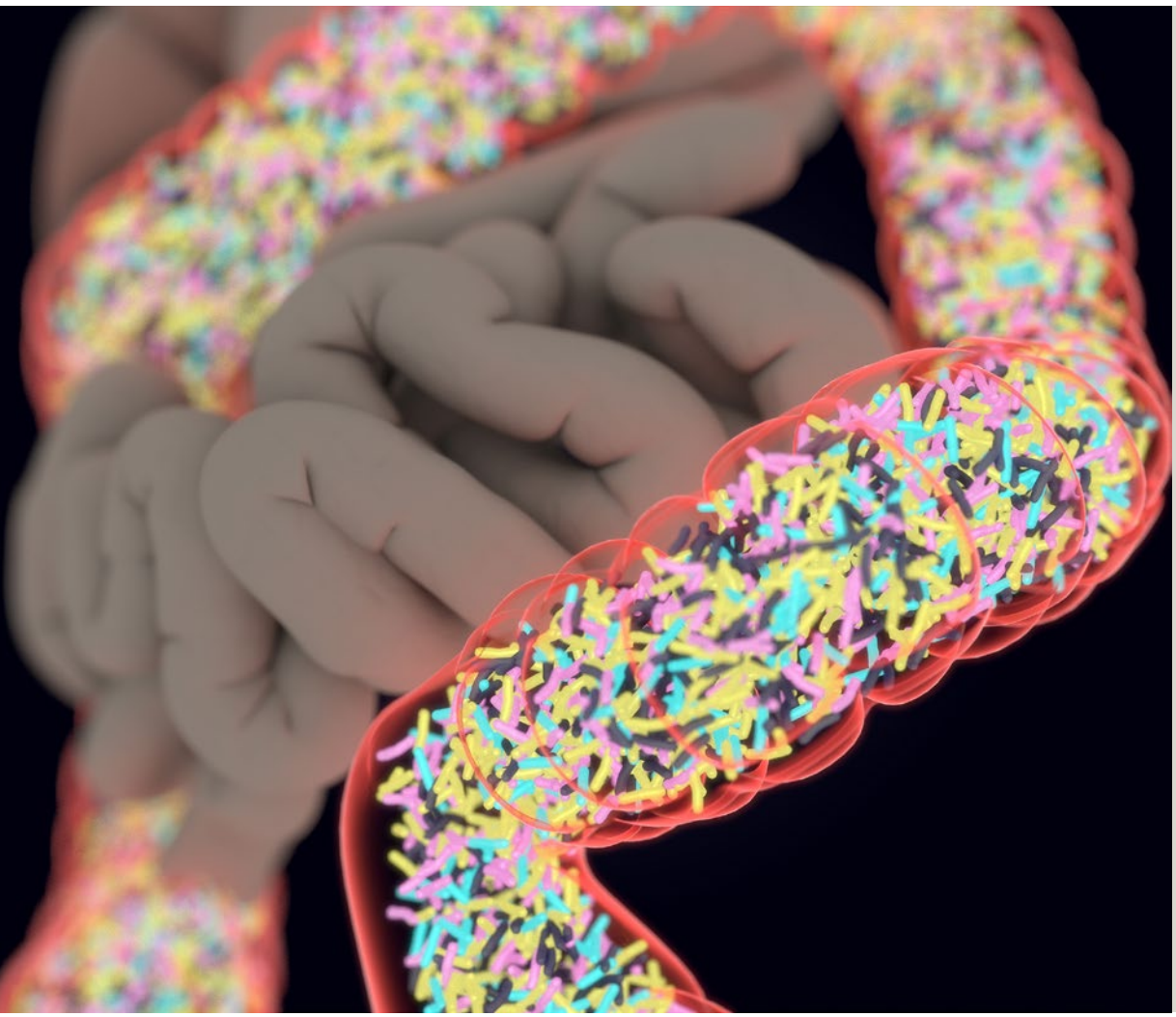
1. Petersen G, Wittmann R, Arndt V, Göpffarth D. Epidemiologie der Multiplen Sklerose in Deutschland. Der Nervenarzt. 2014;85:990–998.
2. Holstiege J, Steffen A, Goffrier B, Bätzing J. Epidemiologie der Multiplen Sklerose - Eine populationsbasierte deutschlandweite Studie. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; 2017
3. Wild F. Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV. 2014 [zitiert 22. Juli 2014];14. Verfügbar unter: http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/MS_in_der_PKV.pdf
4. Weinshenker BG. The natural history of multiple sclerosis: update 1998. Seminars in neurology. Thieme Medical Publishers, Inc.; 1998;301–307.
5. Stuke K, Flachenecker P, Zettl UK, Elias WG, Freidel M, Haas J, u. a. Symptomatology of MS: results from the German MS Registry. J Neurol. 2009;256:1932–5.
6. Flachenecker P, Stuke K, Elias W, Freidel M, Haas J, Pitschnau-Michel D, u. a. Multiple-Sklerose-Register in Deutschland. Dtsch Ärztebl. 2008;105:113–119.
7. Stahmann A, Eichstädt K, Ellenberger D, Meißner T, Meyer C, Zettl UK, u. a. MS in Deutschland: Symptome und Behandlungsdefizite aktuelle Daten aus dem MS-Register der DMSG. 90 Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie - Abstracts - [Internet]. Leipzig; 2017. Verfügbar unter: http://www.dmsg.de/msregister/download/nextCloud/index.php/s/zYYjORbTpxIUQb9
8. Flachenecker P, Buckow K, Pugliatti M, Kes VB, Battaglia MA, Boyko A, u. a. Multiple sclerosis registries in Europe – results of a systematic survey. Multiple Sclerosis Journal. 2014;20:1523–32.

Darm und neurodegenerative Erkrankungen

Die Beteiligung des enterischen Nervensystems bei Morbus Parkinson

Der Darm und die Strukturen des zentralen Nervensystems liegen räumlich weit auseinander, haben jedoch einen gemeinsamen Ursprung im Ektoderm. Die funktionellen und pathophysiologischen Zusammenhänge der beiden Organe werden aktuell intensiv beforscht. Dies trifft für neurodegenerative Erkrankungen wie Morbus Parkinson ebenso zu wie für entzündliche ZNS-Erkrankungen, etwa die Multiple Sklerose. Dabei spielen sowohl die anatomischen Verbindungen (N. vagus – Morbus Parkinson) als auch die immunologische Funktion des Darms (Aktivierung spezifischer Inflammation – Multiple Sklerose) eine Rolle.

DIRK WOITALLA, ESSEN



Als Auslöser für die Ausbreitung der pathologischen Veränderungen steht die Zusammensetzung des Mikrobioms bei Parkinson-Patienten zunehmend im Fokus.

© Anatomy Insider / Adobe Stock

Die Bedeutung des Themas Darm und Morbus Parkinson wird durch die explosionsartige Zunahme wissenschaftlicher Arbeiten hierzu widergespiegelt. Dieser Artikel stellt die aktuellen Erkenntnisse der Beziehung zwischen dem Darm, dessen assoziierten Strukturen und Parkinson dar.

Anatomie des Darms und der neuronalen Strukturen

Die Motilität des Darms wird durch hormonelle und neuronale Faktoren reguliert. Die Bedeutung der inkretorischen Hormone, zum Beispiel des Ghrelin, ist erst partiell erforscht. Sie haben die physiologische Funktion, die sekretorischen Organe und die Verdauung aufeinander abzustimmen und daneben eine Bedeutung für biologisch fundamentale Funktionen wie Hunger und Sättigung. Die Motilität wird überwiegend durch die neuronalen Strukturen des Darms kontrolliert, die unter dem Begriff des enterischen Nervensystems (ENS) zusammengefasst werden.

Dem phylogenetischen Verständnis folgend, reagiert das ENS auf der ersten funktionellen Ebene auf lokale Reize der Nahrung, wobei neben der Konsistenz die Zusammensetzung eine wichtige Rolle spielt. Es werden lokale Reflexe ausgelöst, die durch die lokale Dehnung der Darmwand, die Dehnung der Mukosa und die intraluminalen chemischen Bestandteile getriggert werden. Reflektorisch erfolgt die Ausschüttung von Neurotransmittern, die die Kontraktionsbewegung herbeiführen. Cholinerge Interneurone spielen eine Rolle bei der Koordination dieser Bewegungen, sie werden durch dopaminerge Neurone moduliert.

Ganglienplexus

Anatomisch besteht das ENS aus zwei Ganglienplexus, dem myenterischen Plexus (Auerbach Plexus) und dem submukosalen Plexus, die sich in den inneren submukosalen Plexus (Meissner Plexus), den intermediären Plexus und den äußeren submukosalen Plexus (Schabadasch von Henle-Plexus) gliedern. Wenngleich diese Plexus in enger anatomischer Beziehung zu den intraluminalen Bestandteilen des Darms liegen, ist eine bioptische Untersuchung dieser Strukturen wegen der Perforationsgefahr des Darms nicht ohne Risiken möglich.

Neurotransmitter

Bei der Motilitätssteuerung des Darms spielen viele Neurotransmitter eine Rolle. Der wichtigste ist Acetylcholin, daneben haben vor allem die Neuropeptide eine große Bedeutung. Die monoaminerge Neurotransmission spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Anteile der einzelnen Neurotransmitter in den verschiedenen Darmabschnitten unterscheiden sich.

Sympathische Ganglien und vagale Kontrolle

Auf der nächsten funktionellen Ebene unterliegt die Motilität des Darms der Kontrolle durch die rückenmarksnah gelegenen sympathischen Ganglien einerseits und die vagale Kontrolle anderseits. Der N. vagus stellt gleichzeitig die anatomische und funktionelle Verbindung zum ZNS dar. Die Einflüsse des ZNS auf die Motilität werden zum einen über die hormonellen Verbindungen vermittelt, zum anderen über den N. vagus, der sowohl afferente als auch efferente Funktion besitzt. Der afferente Teil des N. vagus endet im dorsalen Vaguskern im Mittelhirn. Diese Region hat für das pathoanatomische Verständnis des Morbus Parkinson große Bedeutung erlangt.

Das Konzept der Ausbreitung pathologischer Veränderungen

Braak beschrieb in seinem Stufenmodell eine Ausbreitung der pathologischen Veränderungen bei Morbus Parkinson, der Lewy-Körper entlang anatomischer Leitstrukturen [1]. Als erste betroffene Hirnregion konnte der dorsale Vaguskern identifiziert werden. Von dort breiten sich die pathologischen Veränderungen im gesamten Hirn aus, die Beteiligung der Stammganglien führt zu den typischen motorischen Symptomen. Bereits Wakabayashi hatte 1989 gezeigt, dass sich Lewy-Körper bei Parkinson auch in den Plexus des ENS nachweisen lassen [2]. Dies konnte für den gesamten Darm einschließlich des Ösophagus gezeigt werden. Trotzdem sind die Arbeiten von Braak an dieser Stelle hervorzuheben, denn sie haben die bis dahin bestehenden Dogmen der Krankheitsentstehung gebrochen.

„Seeding"-Theorie

Aus Untersuchungen zur Stammzelltransplantation ist bekannt, dass sich pathologische Veränderungen, die das Parkinson-Syndrom kennzeichnen, vom Gehirn in genetisch differentes maximal zehn Jahre altes Gewebe ausbreiten [3]. Daher wird heute eine „Seeding"-Theorie präferiert, der zufolge pathologisch konformiertes Alpha-Synuklein aus Zellen freigesetzt wird und anschließend in benachbarte Zellen eindringt, um in diesen Alpha-Synuklein in eine pathologische Konformation zu drängen. Die Ausbreitung der Erkrankung von Zelle zu Zelle impliziert die Frage nach der Ursprungsregion der pathologischen Veränderungen. Aufgrund der bereits dargestellten Beobachtungen ist dabei das ENS, das enge Verbindungen zum N. vagus besitzt, in den Fokus geraten.

Pathologische Untersuchungen an Resektaten von Patienten, denen Teile des Darms vor Ausbruch der motorischen Symptome des Morbus Parkinson entnommen wurden, haben gezeigt, dass in diesen Darmabschnitten bereits pathologische

Veränderungen nachweisbar waren, die auf eine frühe Beteiligung des ENS vor Ausbruch motorischer Krankheitsmanifestation hindeuten.

Experimentelle und Registerstudien

Die Hypothese einer Ausbreitung pathologischer Veränderungen, die ihren Ursprung im Darm nimmt, wird durch tierexperimentelle Untersuchungen weiter unterstützt. Dresdner Forscher konnten zeigen, dass sich nach Verfütterung eines mitochondrialen Zellgiftes (Rotenon) pathologische Veränderungen des Alpha-Synuklein im ENS nachweisen lassen [4]. Diese Veränderungen lassen sich mit zeitlicher Latenz von Wochen zunächst in den peripheren Abschnitten des N. vagus und dann auch in den Kerngebieten des N. vagus im Hirnstamm nachweisen, bevor sie die Stammganglien erreichen. Durch diese Untersuchungen konnte der Beleg erbracht werden, dass exogene Auslöser über die anatomische Verbindung des N. vagus zu pathologischen Veränderungen im Gehirn führen können. Es handelt sich um die erste experimentelle Arbeit, die die Hypothese zur Krankheitsausbreitung von Braak unterstützt.

Registerstudien aus Dänemark untersuchten den Zusammenhang zwischen einer Vagotomie und der Inzidenz von Parkinson bei Autopsien. Es zeigte sich, dass Menschen, bei denen im Laufe ihres Lebens aus medizinischer Indikation eine Vagotomie durchgeführt wurde, ein vermindertes Risiko besteht, an Parkinson zu erkranken [5].

Mikrobiom

Die Forschung fokussiert sich nun auf die Bedingungen, die für die Auslösung der pathologischen Kaskade verantwortlich sein können. Dabei werden vor allem Veränderungen des Mikrobioms, der bakteriellen Besiedlung des Darms untersucht. Die Ergebnisse dieser Forschungen zeigen noch keine konsistenten Ergebnisse. Es mehren sich Hinweise, dass die Zusammensetzung des Mikrobioms bei Parkinson-Patienten verändert ist, allerdings müssen die Veränderungen der Darmmotilität berücksichtigt werden, die möglicherweise sekundär zu Veränderungen führen.

Marburger Forschern ist es gelungen, Veränderungen des Mikrobioms bei Patienten mit einer REM-Schlafverhaltensstörung nachzuweisen [6]. Menschen mit einer REM-Schlafverhaltensstörung haben eine hohe Wahrscheinlichkeit später an einem Parkinson-Syndrom zu erkranken, die REM-Schlafverhaltensstörung wird daher als fakultatives Frühstadium der Parkinson-Erkrankung betrachtet.

Bedeutung der Darmmotilität als nicht motorisches Symptom des Morbus Parkinson

Gastrointestinale (GI) Symptome bei Morbus Parkinson sind seit der Erstbeschreibung durch James Parkinson bekannt (siehe **Auszug aus der Originalpublikation von James Parkinson 1817**). GI-Störungen zählen zu den häufigsten nicht motorischen Symptomen des Morbus Parkinson [7, 8]. Störungen der oropharyngealen Motilität werden neben der defäkatorischen Dysfunktion am häufigsten beobachtet [8] (**Tab. 1**). Die Häufigkeit der Symptome korreliert dabei sowohl mit dem Lebensalter der Patienten, aber auch mit der Dauer der Erkrankung [8]. 45 % der unbehandelten Parkinson-Patienten leiden unter GI-Beschwerden, jedoch auch 62 % der stabil eingestellten und über 70 % der als kompliziert zu behandelnden Patienten [8].

Die Betrachtung der Darmmotilität wurde lange Zeit als wissenschaftliche Spielerei abgetan, die Publikationen zu diesem Thema finden sich nur in nationalen Journalen. Erst die pathoanatomischen Untersuchungen von Braak haben die Rolle des Darms in einem neuen Licht erscheinen lassen. Unterstützt wurde die zu diesem Zeitpunkt noch theoretische Betrachtung durch die epidemiologischen Arbeiten von Abbott et al. [9], der zeigte, dass die Obstipation ein prämotorischer Marker des Morbus Parkinson ist. Während vor 1991 die GI-Symptome nur kasuistisch aufgearbeitet wurden, hat Jost erstmals die Obstipation als nicht motorisches Symptom der Parkinson-Erkrankung systematisch untersucht [10].

Da der Enddarm anatomisch nicht durch den N. vagus versorgt wird, stellt sich die Frage nach den Symptomen des oberen GI-Trakts. Die Funktionsstörungen des oberen GI-Trakts werden von den Patienten häufig nicht spontan berichtet. Systematische Untersuchungen zeigen jedoch eine hohe Prävalenz dieser Symptome (**Tab. 2**).

Klinische Auswirkungen der Beteiligung einzelner Abschnitte des Verdauungstraktes

Unsere eigenen Arbeiten zur gastralen Kinetik zeigten gravierende Störungen der Magenentleerung bei den Parkinson-Patienten [11]. Dies zeigte sich besonders bei der Untersuchung mit festen Nahrungsbestandteilen, während Flüssigkeiten ohne gravierende Beeinträchtigung den Magen passieren. Diese Funktionsstörungen finden sich bereits bei unbehandelten Patienten, dem frühesten von uns zu erfassenden motorischem Stadium der Erkrankung [12]. Die klinischen Auswirkungen der Beteiligung der einzelnen Abschnitte des Verdauungstraktes, wie auch deren Behandlung werden im Folgenden dargestellt.

Speichelfluss

Speichelfluss ist ein häufiges Symptom bei Parkinson-Patienten, das nicht zuletzt wegen der damit assoziierten Stigmatisierung oft berichtet wird. Als Ursache wird vor allem ein verminderter Schluckakt angenommen, gleichzeitig konnten die typischen pathologischen Synuklein-Einschlüsse des Parkinson-Syndroms auch in den Speicheldrüsen nachgewiesen werden. Therapeutisch wird daher die Anregung des Schluckakts, etwa durch das Kauen auf Kaugummi empfohlen. Medikamentöse Maßnahmen sind in ihrer Effektivität bisher nicht untersucht, allerdings hat jüngst eine Studie den Effekt von Botulinumtoxin auf die Speichelsekretion bei Parkinson nachgewiesen [13].

Dysphagie

Die Dysphagie lässt sich bereits in frühen Stadien der Erkrankung nachweisen und nimmt im Verlauf der Erkrankung stetig zu. 75 % aller Parkinson-Patienten im Stadium IV nach Hoehn und Yahr weisen rezidivierende Aspiration als Ausdruck der Schluckstörung auf. Die Schluckstörung lässt sich durch die fiberendoskopische Untersuchung des Schluckaktes (FEES) objektivieren [14]. Oft beobachtet man die Retention von Nahrung, aber auch Tabletten im Oropharynx. Hierdurch

kann bei einer Vielzahl der Patienten die Ineffektivität einzelner Medikationsgaben erklärt werden. Als ein sinnvolles Screening-Instrument hat sich der Münchner Dysphagiefragebogen erwiesen, der speziell für die Parkinson-Erkrankung validiert wurde. Der Test ist online verfügbar (www.mdt-parkinson.de/).

Ösophagus

Die Kontraktionsbewegung des Ösophagus ist ebenfalls häufig gestört. Dabei findet sich insbesondere eine Störung der Koordination der Bewegungen. Diese Störungen sind meist jedoch klinisch irrelevant, Regurgitationen werden allenfalls in Ausnahmefällen beobachtet.

Gastrale Motilität

Klinisch relevant ist die Störung der gastralen Motilität. Das Zusammenspiel von Magenkontraktion und Verschluss ist von mehreren Faktoren abhängig und setzt eine ungestörte nervale Regulation vor allem des Migrating Motor Complex (MMC) voraus. Die Öffnung des Pylorus ist von der Konsistenz, dem Fett- und Kaloriengehalt der Nahrung abhängig. Gleichzeitig ist die Passage der Medikation durch den Magen Voraussetzung der Resorption im Dünndarm. Dies trifft besonders für Levodopa zu, in gleichem Maße jedoch für alle Parkinson-Medikamente. Die gestörte Entleerung des Magens und die damit einhergehende verzögerte Resorption kann das Ausbleiben eines motorischen Effektes im Sinne eine „dose failure" erklären. Eine Vielzahl der Off-Phasen ohne erkennbaren Bezug zur Medikationseinnahme lässt sich hierdurch erklären. L-Dopa wird im Duodenum resorbiert, eine intakte gastrale Passage ist Voraussetzung der berechenbaren Medikationswirkung, wie sie in den Fachinformationen der Medikamente postuliert wird. Diese ist bei den Parkinson-Patienten allerdings nicht vorhanden.

Vorgehen zur Optimierung der gastralen Kinetik

Die gastrale Motilität sollte bei der Einnahme von L-Dopa immer berücksichtigt werden. Wir empfehlen die Einnahme mindestens 30 Minuten vor Nahrungsaufnahme und bevorzugen dies gegenüber der Einnahme nach den Mahlzeiten, wie es in den Fachinformationen vorgeschlagen wird. Der Aufbau der L-Dopa-Medikation sollte sich immer an den Mahlzeiten orientieren, optional müssen weitere Einnahmezeiten dazwischen gelegt werden. Um die Passage zu optimieren, sollte die Medikation immer mit Flüssigkeit eingenommen werden.

Die Störung der gastralen Entleerung kann zu erheblichen Beschwerden führen. Neben frühem Sättigungsgefühl sind Aufstoßen, aber auch Übelkeit und abdominelle Schmerzen berichtet worden. Da die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie limitiert sind, sollte das Spektrum konservativer Verfahren ausgeschöpft werden. Dazu kann leichte körperliche Aktivität gehören, jedoch ist die reduzierte Belastung der Parkinson-Patienten zu berücksichtigen. Körperliche Aktivität, die als Belastung empfunden wird, verzögert die Magenentleerung zusätzlich und muss daher vermieden werden. Auch die Aufteilung der Nahrung in kleinere Portionen kann empfohlen werden, gleichwohl sind damit stärkere Interaktionen der Nahrung mit den Medikamenten insbesondere beim Übertritt vom Blut in das Gehirn zu erwarten.

Auszug aus der Originalpublikation von James Parkinson 1817

„... so much are the actions of the muscles of the tongue, pharynx and colon impeded by impaired action and perpetual agitation, that the food is with difficulty retained in the mouth until masticated; and then as difficulty swallowed (...) the saliva fails of being directed to the back part of faces, and hence is continually draining from the mouth (...) The bowels which all along had been torpid, now in most cases, demand stimulating medicines of very considerable power: the expulsion of the feces from the rectum sometimes requiring mechanical aid."

Tab. 1: Häufigkeit gastrointestinaler Symptome bei Morbus Parkinson [7, 8]

Speichelfluss[1]	8 – 31,1 %
Dysphagie	7 – 16,1 %
Nausea	9,7 – 13 %
Obstipation	11 – 27,5 %
Defäkatorische Dysfunktion	28 – 35 – %
Unvollständige Darmentleerung	11,4 – %
Inkontinenz	0,8 – %

[1]Speichelfluss wird als eine Folge der gestörten Schluckfunktion betrachtet.

Tab. 2: Symptome des oberen Verdauungstraktes

- Speichelfluss
- Dysphagie
- Völlegefühl/Sättigungsgefühl
- Aufstoßen
- Nausea
- Epigastrischer Schmerz
- Epigastrisches Brennen
- Erbrechen

Die Gabe von Domperidon fördert die gastrale Entleerung, allerdings ist die Einnahme auf zwei Wochen beschränkt worden, sodass diese Möglichkeit als Dauertherapie ausscheidet. Die Entwicklung prokinetischer Medikamente zur Förderung der gastralen Motilität ist angekündigt, bisher sind entsprechende Medikamente noch nicht verfügbar.

Verschiedene Darmabschnitte

Die Störung der Motilität der verschiedenen Darmabschnitte ist nur für die Störungen des Kolons untersucht. Funktionell

führen diese Störungen zur Obstipation, meist in Form einer verlangsamten Passage („slow transit Obstipation"). Ursache der verminderten Stuhlfrequenz trotz normaler Kinetik kann jedoch auch eine Störung der Defäkation sein („outlet obstruktion"). Die Defäkation ist in diesen Fällen schmerzhaft, als Ursache werden dystone Störungen im Bereich des Analsphinkter diskutiert. Klinisch manifestiert sich diese Form der Obstipation in einem Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhö. Die Behandlung besteht genau wie bei der hypokinetischen Variante in einer Beeinflussung der Stuhlkonsistenz. Dies mag angesichts der intermittierenden Diarrhöen paradox erscheinen, der Effekt lässt sich jedoch gut nachvollziehen, wenn das Prinzip der schmerzassoziierten defäkatorischen Dysfunktion berücksichtigt wird.

In jedem Fall sollten die Patienten zu einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme und körperlicher Bewegung angehalten werden. Beides trägt zu einer Verbesserung der intestinalen Motilität bei und kann die Beschwerden effektiv lindern.

Fazit für die Praxis

Die Erkenntnisse über die Beteiligung des enterischen Nervensystems haben das Verständnis der Pathologie der Parkinson-Erkrankung grundlegend verändert. Es ist zu erwarten, dass in naher Zukunft weitere Risikofaktoren identifiziert werden, die zur Parkinson-Erkrankung beitragen. Möglicherweise können hierdurch Risikopersonen identifiziert werden. Inwieweit eine entsprechende Therapie dann die Ausbreitung der Erkrankung verhindern kann, muss abgewartet werden. Mit den jetzt durchgeführten Antikörpertherapien wird ein erster Schritt hierzu gemacht. □

Literatur: www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Prof. Dr. med. Dirk Woitalla
Chefarzt der Klinik für Neurologie
Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH
Heidbergweg 22 – 24, 45257 Essen
E-Mail: d.Woitalla@contilia.de

Interessenkonflikt
Der Autor erklärt, dass er sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließ und dass keine potenziellen Interessenkonflikte vorliegen. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

►Bedside-Diagnose der Polyneuropathie auf pathoanatomischer Grundlage
aus: NeuroTransmitter 4/2018
von: W. Hermann
zertifiziert bis: 13.4.2019
CME-Punkte: 4

►Was können Labor- und EEG-Diagnostik beim ersten epileptischen Anfall leisten?
aus: NeuroTransmitter 2/2018
von: J. Rémi, R. Surges
zertifiziert bis: 2.2.2019
CME-Punkte: 2

►Kardiale Komplikationen nach Schlaganfall
aus: NeuroTransmitter 12/2017
von: A. Mrochen, B. Kallmünzer
zertifiziert bis: 5.12.2018
CME-Punkte: 2

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

Effizient fortbilden, gezielt recherchieren, schnell und aktuell informieren – ein e.Med-Abo bietet Ihnen alles, was Sie für Ihren Praxis- oder Klinikalltag brauchen: Sie erhalten Zugriff auf alle Premiuminhalte von SpringerMedizin.de, darunter die Archive von 99 deutschen Fachzeitschriften. Darüber hinaus ist im Abo eine Springer-Medizin-Fachzeitschrift Ihrer Wahl enthalten, die Ihnen regelmäßig per Post zugesandt wird.

Als e.Med-Abonnent steht Ihnen außerdem das komplette CME-Kursangebot von SpringerMedizin.de zur Verfügung: Hier finden Sie aktuell über 550 CME-zertifizierte Fortbildungskurse aus allen medizinischen Fachrichtungen!

Testen Sie die CME.SpringerMedizin.de 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit einem e.Med-Abo: www.springermedizin.de/eMed

springermedizin.de CME

springermedizin.de CME

CME-Fragebogen

Enterisches Nervensystem und Parkinson-Erkrankung

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

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

FIN gültig bis 28.06.2018:
NT1806EA

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

https://doi.org/10.1007/s15016-018-6213-3

Von welchem der folgenden Faktoren ist die Motilität des Magens und Darms *nicht* abhängig?
- Konsistenz der Nahrung
- Kaloriengehalt der Nahrung
- Fettgehalt der Nahrung
- Basalganglienfunktion
- Enterisches Nervensystem

Welcher folgender Plexus gehört *nicht* zu den Ganglienplexus des enterischen Nervensystems?
- Auerbach Plexus
- Meissner Plexus
- Merkel Plexus
- Schabadasch von Henle-Plexus
- Intermediärer Plexus

Welche Aussage trifft auf die Ausbreitung der pathologischen Veränderungen bei Morbus Parkinson zu?
- Entsprechen einem Krankheitskonzept, das von Heiko Braak postuliert wurde.
- Beginnt obligat im Dickdarm.
- Beginnt obligat in der Nasenschleimhaut.
- Schreitet von kortikalen Strukturen in den Hirnstamm voran.
- Wurde durch die Untersuchungen zu embryonalen Stammzellen widerlegt.

Was gilt für den Nachweis von Lewy-Körpern?
- Typisch für die Alzheimer-Erkrankung
- Gelingt in Resektaten des Darms vor Beginn motorischer Symptome.
- Ist eine etablierte In-vivo-Untersuchung zum Nachweis von Parkinson.
- Geht auf James Parkinson zurück.
- Erklärt den Dopaminmangel bei Parkinson.
- Findet sich bei allen genetischen Varianten des Parkinson-Syndroms.

Welche Aussage trifft auf die pathologischen Veränderungen im Darm zu?
- Sind nachgewiesenermaßen durch das individuelle Mikrobiom begründet.
- Lassen sich durch Vagotomie unterdrücken.
- Finden sich in allen Darmabschnitten.
- Sind in den Lymphknoten lokalisiert.
- Können durch eine Nahrungsumstellung beseitigt werden.

Was trifft auf die gastrointestinalen Symptome bei Morbus Parkinson zu?
- Treten selten auf.
- Treten häufig auf, werden aber selten spontan berichtet.
- Werden häufig spontan berichtet.
- Wurden von James Parkinson nicht beschrieben.
- Korrelieren mit motorischen Symptomen.

Welche Aussage trifft auf die Obstipation bei Morbus Parkinson zu?
- Gliedert sich in eine verlangsamte Passage und eine Störung der Defäkation.
- Findet sich bei etwa 1 % der Patienten.
- Lässt sich durch die Therapie mit L-Dopa behandeln.
- Ist ein spätes Symptom im Verlauf der Erkrankung.
- Behindert die L-Dopa-Resorption.

Was gilt für die Störung der Magenmotilität?
- Findet sich bei etwa 5 % der Patienten.
- Zeigt häufig wahrnehmbare Symptome.
- Verläuft häufig klinisch inapperent.
- Kann durch eine Magenspiegelung nachgewiesen werden.
- Erklärt sich durch die Funktionsstörung der Basalganglien.

Welche Aussage trifft auf die Fluktuationen bei Morbus Parkinson zu?
- Sind durch die Obstipation zu erklären.
- Treten ausschließlich als motorische Fluktuationen auf.
- Lassen sich durch pathologische ZNS-Veränderungen hinreichend erklären.
- Treten nur bei der Gabe von retardiertem L-Dopa auf.
- Können mit einer gestörte Entleerung des Magens in Verbindung stehen.

Welche Aussage zur Störung der gastralen Motilität ist *falsch* ?
- Beeinflusst die Resorption oral verabreichter Medikamente.
- Kann mit Protonenpumpenhemmern behandelt werden.
- Ein häufiges Problem bei Parkinson.
- Findet sich auch bei Diabetikern.
- Ist ein Grund die Einnahmezeiten von L-Dopa und Nahrung zu trennen.

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

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

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf CME.SpringerMedizin.de tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

Literatur

1. Braak H, Del Tredici K, Bratzke H, Hamm-Clement J, Sandmann-Keil D, Rub U. Staging of the intracerebral inclusion body pathology associated with idiopathic Parkinson's disease (preclinical and clinical stages). J Neurol. 2002;249 Suppl 3:III/1-5.
2. Wakabayashi K. [Parkinson's disease: the distribution of Lewy bodies in the peripheral autonomic nervous system]. No To Shinkei. 1989;41(10):965-71.
3. Kordower JH, Brundin P. Lewy body pathology in long-term fetal nigral transplants: is Parkinson's disease transmitted from one neural system to another? Neuropsychopharmacology. 2009;34(1):254.
4. Pan-Montojo F, Anichtchik O, Dening Y, Knels L, Pursche S, Jung R, et al. Progression of Parkinson's disease pathology is reproduced by intragastric administration of rotenone in mice. PLoS One. 2010;5(1):e8762.
5. Svensson E, Horváth-Puhó E, Thomsen RW, Djurhuus JC, Pedersen L, Borghammer P, et al. Vagotomy and subsequent risk of Parkinson's disease. Ann Neurol. 2015;78(4):522-9.
6. Heintz-Buschart A, Pandey U, Wicke T, Sixel-Döring F, Janzen A, Sittig-Wiegand E, et al. The nasal and gut microbiome in Parkinson's disease and idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder. Mov Disord. 2018;33(1):88-98.
7. Edwards LL, Pfeiffer RF, Quigley EM, Hofman R, Balluff M. Gastrointestinal symptoms in Parkinson's disease. Mov Disord. 1991;6(2):151-6.
8. Barone P, Antonini A, Colosimo C, Marconi R, Morgante L, Avarello TP, et al. The PRIAMO study: A multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. Mov Disord. 2009;24(11):1641-9.
9. Abbott RD, Petrovitch H, White LR, Masaki KH, Tanner CM, Curb JD, et al. Frequency of bowel movements and the future risk of Parkinson's disease. Neurology. 2001;57(3):456-62.
10. Jost WH, Schimrigk K. Constipation in Parkinson's disease. Klin Wochenschr. 1991;69(20):906-9.
11. Goetze O, Wieczorek J, Mueller T, Przuntek H, Schmidt WE, Woitalla D. Impaired gastric emptying of a solid test meal in patients with Parkinson's disease using 13C-sodium octanoate breath test. Neurosci Lett. 2005;375(3):170-3.
12. Goetze O, Nikodem AB, Wiezcorek J, Banasch M, Przuntek H, Mueller T, et al. Predictors of gastric emptying in Parkinson's disease. Neurogastroenterol Motil. 2006;18(5):369-75.
13. Jost WH. The option of sonographic guidance in Botulinum toxin injection for drooling in Parkinson's disease. J Neural Transm (Vienna). 2016;123(1):51-5.
14. Suttrup I, Warnecke T. Dysphagia in Parkinson's Disease. Dysphagia. 2016;31(1):24-32.

Siponimod schützt auch die kognitiven Funktionen

Zur Behandlung von Patienten mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) gibt es bislang keine etablierten Therapien. Doch nun tut sich offenbar etwas. In der kürzlich hochrangig publizierten Phase-III-Studie EXPAND senkte der oral verabreichte selektive S1P1- und S1P5-Rezeptormodulator Siponimod im Vergleich zu Placebo die Behinderungsprogression von Patienten mit SPMS signifikant [Kappos L et al. Lancet 2018; 391: 1263 – 73]. Die relative Risikoreduktion für eine über sechs Monate anhaltende Behinderungsprogression betrug zwar nur 26 %, aber die Patienten können offenbar auch kognitiv von dem Wirkstoff profitieren. Das legen auf dem AAN-Kongress in Los Angeles vorgestellte Daten nahe. Demnach zeigte Siponimod einen signifikanten Vorteil bei der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, eine wichtige kognitive Funktion, die im Laufe der Erkrankung bei einem Großteil der Patienten zunehmend beeinträchtigt ist.

Im Rahmen von EXPAND wurden kognitive Tests wie der Symbol-Digit-Modaltest (SDMT) durchgeführt. Im Verlauf verbesserte sich der SDMT-Wert unter Siponimod stetig. Der Unterschied zwischen der Siponimod- und der Placebogruppe betrug nach zwei Jahren im Mittel 2,47 Punkte ($p < 0{,}001$) [Benedict RHB et al. Abstract S 44.004, AAN 2018 Los Angeles]. Der positive Effekt auf die Kognition war sowohl bei Patienten mit Schüben (rSPMS) in den zwei Jahren vor Studieneinschluss als auch bei den Patienten ohne solche Schubaktivität (nrSPMS) festzustellen. Siponimod reduzierte das Risiko einer klinisch relevanten Verschlechterung im SDMT (um 4 oder mehr Punkte) gegenüber Placebo um 21,3 % ($p = 0{,}02$).

Vorausgeplante Subgruppenanalysen ergaben außerdem, dass die Behandlung mit Siponimod das Risiko einer bestätigten Behinderungsprogression bei Patienten mit SPMS senkt, egal ob sie noch Schübe hatten oder nicht [Cree B et al. Abstract S 8.005, AAN 2018 Los Angeles]. In Post-hoc-Analysen wurde der Effekt von Schüben auf die Progression herausgerechnet. Dabei zeigte sich, dass Siponimod das Risiko für eine bestätigte Behinderungsprogression weitgehend unabhängig von Schüben senkt.

Dr. Gunter Freese

70. AAN Annual Meeting, Los Angeles, 21. – 27.4.2018

Depression: patientenrelevante Aspekte bei der Therapieentscheidung berücksichtigen

In einem modernen Therapiekonzept der Depression stellt die Normalisierung des Erlebens positiver Emotionen aus Sicht der betroffenen Patienten das wichtigste Therapieziel dar, noch vor der Verbesserung der depressiven Stimmung. Denn die Depression geht mit einem für die Patienten sehr belastenden Verlust von Freude, Motivation und Interessen einher. Stark ausgeprägte Interesselosigkeit und verminderte Aktivität sind langfristig mit einem schlechteren Outcome assoziiert [Uher R et al. Psychol Med. 2012; 42: 967 – 80]. Zudem ist die Wiederherstellung positiver Emotionen für mehr als drei Viertel der depressiven Patienten das wichtigste Therapieziel [Zimmerman M et al. Am J Psychiatry 2006; 163: 148 – 50].

Wenn ein Patient im Rahmen einer Depression eine ausgeprägte antianhedone Symptomatik aufweist, sollte man bevorzugt Agomelatin (Valdoxan®) einsetzen, riet Professor Michael Landgrebe, Chefarzt der kbo-Lech-Mangfall-Klinik Agatharied. Das Antidepressivum habe in zahlreichen klinischen Studien und auch im klinischen Alltag eine Verbesserung von Anhedonie, psychosozialen Funktionen und depressiver Symptomatik gezeigt. Die positiven Effekte auf das emotionale Erleben sind laut Landgrebe durch die agonistische Wirkung von Agomelatin an MT_1/MT_2-Rezeptoren und die antagonistische Wirkung an $5\text{-}HT_{2c}$-Rezeptoren bedingt, die im frontalen Kortex eine Zunahme der Dopamin- und Noradrenalinfreisetzung zur Folge hat.

Die breite Wirksamkeit von Agomelatin auf das gesamte Symptomspektrum der Depression bei einer zugleich guten Verträglichkeit ermöglichen eine hohe Therapieadhärenz. In einer unabhängigen Netzwerkanalyse von 522 Studien mit 116.477 Patienten zeigte Agomelatin von 21 Antidepressiva die geringste nebenwirkungsbedingte Abbruchrate [Cipriani A et al. Lancet 2018; 391: 1357 – 66]. Nach den Worten von Landgrebe sind vor allem die weitgehende Gewichtsneutralität und der fehlende Einfluss auf die Sexualfunktion für die hohe Akzeptanz seitens der Patienten von Bedeutung. Da das Antidepressivum keinen Einfluss auf Blutdruck, Herzfrequenz und QTc-Zeit habe, sei es auch eine geeignete Therapieoption für depressive Patienten mit kardialen Begleiterkrankungen.

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Depression behandeln – Arzt und Patient im Dialog" im Rahmen des 124. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Mannheim, 16.4.2018; Veranstalter: Servier

MS: Erfolgreiche Therapie dank zufriedener Patienten und lang anhaltender Effektivität

Die Therapie der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose (RRMS) zielt auf eine lang anhaltende Modifizierung des Krankheitsverlaufs, um die Prognose zu verbessern. Bei regelmäßig einzusetzenden Therapien braucht es dazu zufriedene Patienten und wirksame Therapien mit anhaltendem Effekt. Patienten mit RRMS sind nach einem Wechsel von einer Interferon-Therapie auf Teriflunomid (Aubagio®) mit ihrer Behandlung zufriedener. Das belegen zwei klinische Studien, die beim 70. AAN-Kongress Los Angeles vorgestellt wurden [Vermersch P et al. 2018 Neurology 90: (15 Supplement) P6.396]. Die patientenberichtete Behandlungszufriedenheit wurde dabei mit dem Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM) erfasst, der in 14 Items allgemeine Zufriedenheit, Wirksamkeit, Nebenwirkungen und Einfachheit der Therapie abfragt.

In der Phase-IV-Studie Teri-PRO führte die Umstellung von 285 Patienten entweder von Interferon β-1a oder Interferon β-1b auf Teriflunomid in den folgenden 48 Wochen zu einer signifikanten Verbesserung in allen vier TSQM-Domänen. 59 Patienten, die im Rahmen der TENERE-Verlängerungsstudie von Interferon β-1a auf Teriflunomid wechselten, gaben im TSQM vergleichbar ausge-

prägte Verbesserungen in den TSQM-Domänen Nebenwirkungen und Einfachheit an, jeweils nach Woche 48 und Woche 96 im Vergleich zu Baseline.

Die Therapie mit dem Antikörper Alemtuzumab (Lemtrada®) besteht aus zwei mehrtägigen Behandlungsphasen im Abstand von einem Jahr. Danach benötigten 59 % der Patienten mit aktiver RMS der Verlängerungsstudie der CARE-MS I [Vermersch P et al., Neurol 2018; 90: (15 Supplement) P6.376] und 47 % der Patienten der Verlängerungsstudie der CARE MS-II [Singer B et al. Neurology 2018; 90: (15 Supplement) P6.369] über sechs Jahre nach Therapieende keine weitere Behandlungsphase mit Alemtuzumab oder eine andere krankheitsmodifizierende Therapie. Dabei blieben die jährlichen Schubraten der Patienten, die in den Studien mit Alemtuzumab behandelt worden waren, im gesamten Verlängerungszeitraum niedrig (0,13 in CARE-MS I bzw. 0,14 in CARE-MS II in Jahr sieben) und bei 74 % beziehungsweise 69 % trat keine bestätigte Verschlechterung der Behinderung auf; bei 37 % beziehungsweise 44 % kam es sogar zu einer bestätigten Verbesserung der Behinderung. Die Hirnatrophie verlangsamte sich weiter und es gab bei der Mehrheit der Patienten über die sieben Beobachtungsjahre keinerlei Hinweise auf eine Krankheitsaktivität im MRT [Traboulsee A et al. P6.375; Pelletier D et al. P6.367; Neurol 2018; 90: (15 Supplement)].

Die jährliche Inzidenz der meisten unerwünschten Ereignisse war während der Verlängerungsstudien vergleichbar oder niedriger als in den Kernstudien. Die Nebenwirkungen sind durch die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen in aller Regel frühzeitig zu erkennen und gut zu behandeln.

Friederike Klein

70. AAN Annual Meeting, Los Angeles, 21. – 27.4.2018

Episodische Migräne: Antikörper punktet bei erfolglos vorbehandelten Patienten

Patienten mit episodischer Migräne, bei denen mehrere Vorbehandlungen versagt haben, profitierten in einer Studie stark von Erenumab. Unter dem monoklonalen Antikörper war die Wahrscheinlichkeit, dass die Zahl der monatlichen Migränetage um mindestens die Hälfte sank, fast dreimal so hoch wie unter Placebo, so das Ergebnis der Phase-IIIb-Studie LIBERTY.

Bislang verfügbare Therapien zur Behandlung der episodischen Migräne sind aufgrund nicht ausreichender Wirksamkeit und/oder schlechter Verträglichkeit mit niedrigen Adhärenzraten verbunden. In der Phase-IIIb-Studie LIBERTY wurde daher nun die Wirksamkeit des Calcitonin-Gene-related Peptid (CGRP)-Rezeptorblockers Erenumab bei Patienten mit episodischer Migräne untersucht, bei denen zwei bis vier vorherige Therapien fehlgeschlagen waren. Die grundsätzliche Wirksamkeit und Sicherheit von Erenumab bei Patienten mit episodischer und chronischer Migräne war bereits nachgewiesen worden [Goadsby PJ et al. N Engl J Med 2017; 377: 2123 – 32].

In der zwölfwöchigen doppelblinden, randomisierten Studie erhielten 246 Patienten entweder 140 mg Erenumab oder Placebo. Primärer Endpunkt war der Anteil der Patienten, bei denen die Zahl der mittleren monatlichen Migränetage (MMD) in den Wochen 9 bis 12 (Monat 3) um mindestens die Hälfte gesunken war. Sekundäre Endpunkte beinhalteten Veränderungen der MMD und der Zahl der Tage pro Monat, an denen migränespezifische Akutmedikation eingenommen werden musste (MSMD) sowie Sicherheit und Verträglichkeit.

Zu Studienbeginn betrug der Anteil der Patienten, bei denen zwei, drei und vier vorherige Migränetherapien fehlgeschlagen waren, 38,6 %, 37,8 % beziehungsweise 22,8 %. Die mittleren MMD betrug 9,3 (SD: 2,64) und die mittlere MSMD 4,6 (SD: 2,89). Nach zwölf Wochen hatten Patienten unter Erenumab im Vergleich zu Placebo eine 2,73-mal höhere Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion ihrer monatlichen Migränetage um mindestens 50 % (30,3 % vs. 13,7 %; Odds Ratio [95 % KI]: 2,73 [1,43; 5,19]; p = 0,002) (**Abb. 1**). Auch bei den MMD und MSMD schnitt die Erenumab-Gruppe gegenüber Placebo signifikant besser ab (mittlere Differenz [95 % KI] bei MMD: – 1,61 [– 2,70; – 0,52]; p = 0,004; mittlere Differenz [95 % KI] bei MSMD: – 1,73 [– 2,46; – 1,01]; p < 0,001). Das Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil von Erenumab entsprach dem aus früheren Studien und war von Placebo nicht verschieden. Kein Patient in der Erenumab-Gruppe setzte die Studienmedikation nebenwirkungsbedingt ab.

Dr. Gunter Freese

Reuter U et al. Efficacy and safety of erenumab in episodic migraine patients with 2 – 4 prior preventive treatment failures: Results from the Phase 3b LIBERTY study; Emerging Science Session; 70. AAN Annual Meeting, Los Angeles, 21. – 27.4.2018; die Studie wurde unterstützt von: Novartis Pharma AG, Basel, Schweiz

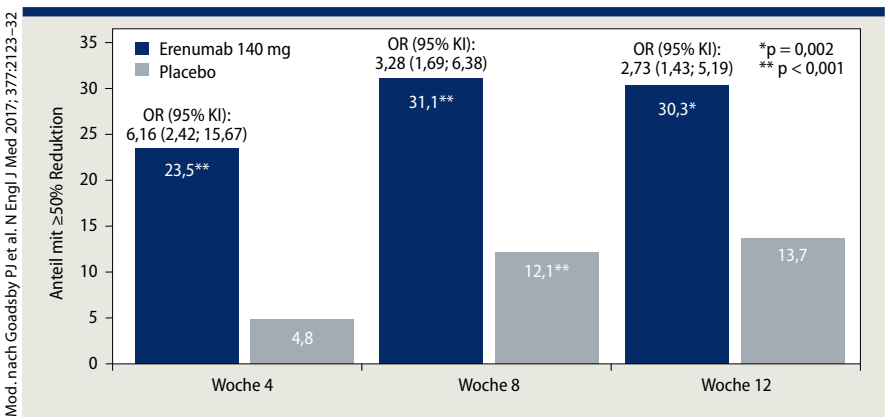


Abb. 1: Anteil der Patienten, die unter Erenumab 140 mg oder Placebo eine mindestens 50 %ige Reduktion der monatlichen Migränetage erreichten.

Morbus Gaucher: orale Therapie bewährt sich im Alltag

Seit drei Jahren steht mit Eliglustat (Cerdelga®) die erste orale Erstlinientherapie für erwachsene Patienten mit Morbus Gaucher Typ 1 zur Verfügung. Eliglustat soll den Patienten im Vergleich zur intravenösen Enzymersatztherapie (EET) mehr Flexibilität und eine höhere Lebensqualität ermöglichen – bei vergleichbarer Wirksamkeit. Bereits die Daten aus der offenen Verlängerung der Phase-III-Studie (ENGAGE) zeigten eine signifikante Verbesserung der entscheidenden Krankheitsparameter (Thrombozytenzahl, Hämoglobinwert, Leber- und Milzvolumen) über einen Zeitraum von 4,5 Jahren. „Diese Ergebnisse werden nun durch Langzeitdaten aus der fortgeführten Phase-II-Studie über acht Jahre [Lau HA et al. Mol Genet Metab 2018; 123:S83] untermauert", bekräftigte Professor Claus Niederau, Oberhausen. Eliglustat ist sowohl als orale Erstlinientherapie geeignet, als auch für einen Wechsel von der EET. **red**

Nach Informationen von Sanofi Genzyme

Depressionen machen keine Sommerpause

Immer noch wird die Gefahr der Photosensibilisierung mit hochdosierten Johanniskrautpräparaten wie Laif®900 in Verbindung gebracht. Bei ausreichendem Lichtschutz ist diese nicht nur gut beherrschbar, sondern zudem sehr gering. Es besteht also kein Grund, durch eine sommerliche Behandlungspause die Gefahr von Rezidiven und schwereren oder gar chronischen Verläufen zu riskieren! **red**

Nach Informationen von Bayer Vital

Otsuka Team Award Psychiatry

Die Otsuka Pharma GmbH schreibt erstmals den Otsuka Team Award Psychiatry in Höhe von 20.000 € zur Förderung interdisziplinärer Behandlungskonzepte psychisch kranker Patienten aus. Teams aus Kliniken, klinischen Einrichtungen und Praxen sind aufgerufen, ihre erprobten interdisziplinären und interprofessionellen Behandlungskonzepte bis zum 30. Juni 2018 an team-award@otsuka.de einzureichen. Weitere Informationen unter: www.otsuka-europe. com/de/team-award-psychiatrie **red**

Nach Informationen von Otsuka

Faszien geschmeidig halten, Nervenregeneration unterstützen

Faszien enthalten eine große Anzahl von Schmerzrezeptoren wie auch Propiozeptoren; die Spannung des Faszienapparates steht unter dem Einfluss des autonomen Nervensystems. Dies macht verständlich, warum auch die Psyche einen deutlichen Einfluss auf die Faszien- und Muskelspannung ausüben kann.
Bewegungsmangel, Haltungsfehler, einseitige Ernährung, zunehmendes Alter und anhaltender Stress reduzieren zum einem die Fähigkeit des Fasziengewebes, Wasser zu binden, zum anderen verliert dieses durch permanente Spannung seine Flexibilität. Die Faszien verhärten, sie werden zunehmend unflexibel und verwachsen miteinander. Dies schränkt die Bewegung der Muskulatur ein und führt durch Druck und Schädigung der Nerven und gleichzeitige Reizung der Rezeptoren zu mitunter heftigem Schmerz – sehr häufig im Bereich des Rückens. Ziel der Behandlung – oder noch besser der Vorbeugung – von chronischen Rückenschmerzen ist daher, die Elastizität und volle Funktionalität der verschiedenen Gewebe wieder herzustellen. Eine wichtige Säule der Therapie ist dabei das Faszientraining. Es zielt darauf ab, das Körpergefühl zu fördern, die Gewebe durch Rückfederung zu kräftigen, die Flexibilität zu steigern und durch Stoffwechseltraining die Wasserbindungsfähigkeit wieder zu steigern. Faszientraining sollte am besten unter professioneller Anleitung durchgeführt werden.
Neben diesem Training kann die Nervenregeneration auch dadurch beschleunigt werden, dass dem Körper die dafür nötigen Ressourcen von außen zugefügt werden. Studiendaten belegen, dass bei schmerzhaften Bewegungseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule die kombinierte Verabreichung von Uridinmonophosphat (UMP), Vitamin B12 und Folsäure, wie sie in Keltican forte vorliegt, als Maßnahme zur Unterstützung der körpereigenen Reparaturprozesse sinnvoll ist und gleichzeitig zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. UMP besitzt vielfältige Funktionen im Zellstoffwechsel und in der Zellregeneration. Es trägt zusammen mit Vitamin B12 und Folsäure zum Wiederaufbau und zur Regeneration der peripheren Nerven bei. **red**

Nach Informationen von Trommsdorff

Leitliniengerechtes Vorgehen bei Erwachsenen mit ADHS

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) kann heute zuverlässig diagnostiziert und mit einer multimodalen Therapie aus Psychoedukation, Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung individuell behandelt werden. Die neue S3-Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen" weist hier den Weg. Man geht davon aus, dass in bis zu 80 % der Fälle von ADHS einige oder zum Teil sogar alle Symptome der Störung im Erwachsenenalter weiter bestehen. Professor Manfred Döpfner, Zentrum für Neurologie und Psychiatrie am Universitätsklinikum Köln, stellte die Behandlungsoptionen gemäß der neuen Leitlinie vor. Dabei spielt bei Erwachsenen mit ADHS vor allem die psychosoziale Intervention eine Rolle. Sie wird besonders empfohlen bei Patienten

- mit milden Symptomen und weniger starken Beeinträchtigungen,
- die erst als Erwachsene mit AHDS diagnostiziert wurden und die die Diagnose gut akzeptiert haben,
- die eine nicht medikamentöse Therapie bevorzugen,
- die nach einer medikamentösen Therapie Restsymptome und Beeinträchtigungen zeigen,
- mit Kontraindikationen für eine Pharmakotherapie,
- die die Diagnose nur schwer akzeptieren können und denen eine schlechte Compliance vorausgesagt wird.

Bei starker Ausprägung wird den Patienten zu einer Pharmakotherapie zusammen mit einer Beratung und begleitender psychosozialer Intervention geraten. Bei der The-

rapie sind Stimulanzien (z. B. Medikinet® adult) nach wie vor Mittel der ersten Wahl. Da bei rund 80 % der ADHS-Patienten Komorbiditäten vorliegen, gibt die Leitlinie auch hier Empfehlungen: Bei ADHS und Tics können Stimulanzien oder Atomoxetin (bei Jugendlichen auch Guanfacin) eingesetzt werden, bei AHDS und Angststörung Stimulanzien oder Atomoxetin und bei ADHS und Substanzmissbrauch Stimulanzien oder Atomoxetin (bei Jugendlichen auch Guanfacin).

Sollte der Therapieversuch mit dem ersten Präparat wirkungslos bleiben, kann auf ein zweites Stimulanz oder Atomoxetin (bei Jugendlichen auch Guanfacin) gewechselt werden. Antipsychotika sollten für die Behandlung nicht herangezogen werden. Auch andere Wirkstoffe wie etwa selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Modafinil, Selegilin oder Bupropion können momentan nicht empfohlen werden. „Darüber herrschte 100 % Konsensus unter den Leitlinienautoren", so Döpfner. Auch Cannabis sollte nicht zur Therapie eingesetzt werden.

Dr. Nicola Zink

12. International Conference on ADHD, Berlin, 21.4. 2018; Veranstalter: Medice

MS: Kognition erhalten und verbessern

Schon früh im Verlauf einer schubförmigen Multiplen Sklerose (RMS) berichten Patienten über Beeinträchtigungen von Lernen, Gedächtnis und Informationsverarbeitung. Eine wirksame Therapie muss auch diese Zeichen der Krankheitsaktivität adressieren. Dazu sollte sie ihre Wirksamkeit lang anhaltend unter Beweis stellen.

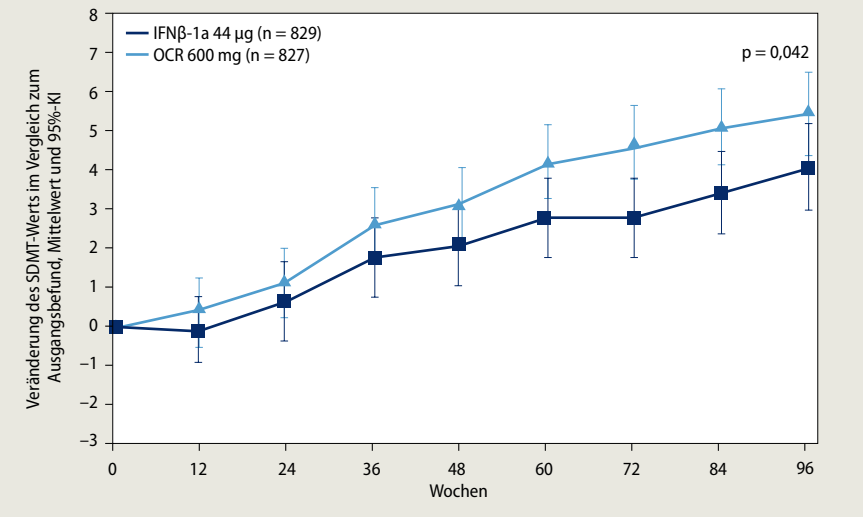
Eine gepoolte Post-hoc-Analyse der Studien OPERA I und -II belegt, dass die Therapie mit Ocrelizumab (Ocrevus®) die Zunahme kognitiver Defizite im Krankheitsverlauf der RMS reduzieren kann [Cohan S et al. 2018, Neurology 90 (15 Supplement AAN): S44.005]. Analysiert wurden in einer modifizierten Intention-to-Treat (mITT)-Analyse Patienten mit Ergebnissen aus dem Symbol-Digit-Modalities-Test (SDMT) zu Studienbeginn und zu einem späteren Zeitpunkt. Eine Veränderung des SDMT-Werts um mindestens 4 Punkte gilt als klinisch relevant [Benedict RHB et al. 2017, Mult Scler 2017; 23: 721 – 33]. Der zu Beginn in beiden Armen vergleichbare SDMT-Wert verbesserte sich über 96 Wochen unter Ocrelizumab signifikant deutlicher als unter IFN β-1a (+ 5,43 Punkte vs. + 4,05 Punkte; p = 0,0422; **Abb. 1**) [Cohan S et al. 2018, Neurology 90 (15 Supplement AAN): S44.005, Miller AE et al. CMSC 2017; Abstract DX09]. Das Risiko einer klinisch relevanten und über zwölf Wochen bestätigten Verschlechterung des SDMT um mindestens 4 Punkte war unter Ocrelizumab signifikant geringer (Hazard Ratio [HR] 0,62; 95 %-Konfidenzintervall [KI] 0,48; 0,79; p < 0,001). Nach einer Subgruppenanalyse profitierten sowohl Patienten mit einer bereits zu Beginn der Studien verschlechterten Kognition (zwei Standardabweichungen unter der Norm) als auch Patienten ohne eine solche Beeinträchtigung.

In den Verlängerungsphasen der OPERA-Studien setzte sich die Reduktion der Krankheitsaktivität bei RMS über eine vier Jahre andauernde Therapie mit Ocrelizumab fort. In den regelmäßig durchgeführten Magnetresonanztomografien (MRT) traten kaum gadoliniumanreichernden Läsionen in der T1-gewichteten MRT (0,017 – 0,00 T1-Läsionen pro Scan) oder neue/sich vergrößernde T2-Läsionen auf [Arnold DL et al. 2018, Neurology 90 (15 Supplement): S6.002]. Patienten, die zu Beginn der Verlängerungsphase von Interferon β-1a auf Ocrelizumab wechselten, zeigten eine komplette Hemmung der T1-Läsionen (T1G+) pro Scan sowie eine Abnahme der T2-Läsionen um 85 % beziehungsweise 96 % nach ein- oder zweijähriger Behandlung.

Auch die annualisierte Schubrate und das über 24 Wochen bestätigte Fortschreiten der Erkrankung blieb bei den mit Ocrelzumab behandelten Patienten sehr niedrig [Hauser S et al. 2018, Neurology 90 (15 Supplement): P1.366]. Bei Patienten, die von Interferon β-1a zu Ocrelizumab wechselten, reduzierte sich die jährliche Schubrate auf ein Niveau ähnlich dem von Patienten, die von Beginn an mit Ocrelizumab behandelt worden waren.

Friederike Klein

70. AAN Annual Meeting; Los Angeles, 21. – 27.4.2018



Mod. nach Cohan S et al. 2018, Neurology 90 (15 Supplement AAN): S44.005 ; Miller AE et al. CMSC 2017; Abstract DX09

Abb. 1: Der Symbol-Digit-Modalities-Test (SDMT) zeigt eine signifikant deutlichere Verbesserung der Kognition unter einer Therapie mit Ocrelizumab als unter Interferon beta 1a (gepoolte Intention-to-Treat-Population OPERA I und II).

Spinale Muskelatrophie

Trockenblut-Gentest ermöglicht frühe Diagnose und Therapie

Mit einem Gentest per Trockenblutkarte kann der Verdacht auf eine spinale Muskelatrophie (SMA) im Praxisalltag unkompliziert bestätigt werden. Der für niedergelassene Neurologen und Pädiater kostenfreie SMA-Gentest unterstützt eine frühzeitige Diagnose. Die Patienten können dadurch früher als bisher an einen SMA-Spezialisten überwiesen werden, der dann die weiteren Therapieoptionen besprechen kann. Der Test ist einfach durchzuführen und für die Patienten wenig belastend. Das Management der SMA, eine der häufigsten genetisch bedingten Todesursachen im Kindesalter, wird dadurch weiter verbessert.

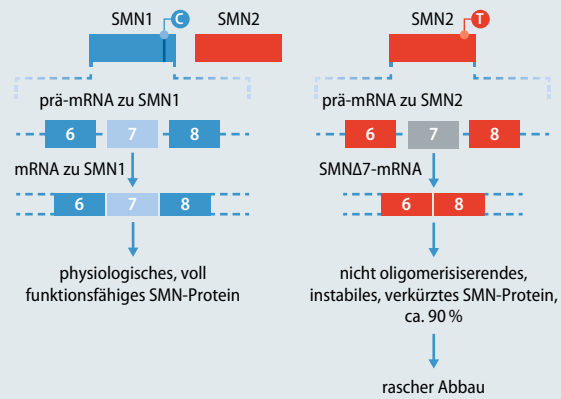
Die SMA ist eine schwerwiegende autosomal-rezessiv vererbte neuromuskuläre Erkrankung. Die Motoneuronen im Vorderhorn des Rückenmarks und im unteren Hirnstamm degenerieren und die Muskeln bauen immer mehr ab [1]. Neben der Skelettmuskulatur können auch die Atemmuskulatur und weitere Organe betroffen sein [2]. Ursache sind Mutationen wie Deletionen im SMN1-Gen, das für die Synthese des Proteins SMN maßgeblich verantwortlich ist. SMN wird u.a. im Rückenmark exprimiert und ist für das Überleben der Motoneuronen unerlässlich [1]. Homozygote Deletionen in den Exons 7 oder 8 des SMN1-Gens auf Chromosom 5 führen zu einer beträchtlich verringerten Proteinmenge [1]. Viele Patienten mit 5q-assoziierter SMA tragen zwar eine bis mehrere Kopien des Duplikat-Gens SMN2. Dieses kodiert jedoch für ein überwiegend instabiles, verkürztes SMN-Protein, sodass der Verlust des SMN1-Gens nicht vollständig ausgeglichen wird (**Abb. 1**). Da aber jede SMN2-Genkopie zu immerhin rund 10 % funktionsfähiges SMN-Protein bildet, kann die Kopienzahl ein wichtiger Prädiktor für den Schweregrad der SMA sein. Obschon die SMA mit einer Inzidenz von schätzungsweise 1:10.000 Neugeborenen selten ist, handelt es sich um eine der häufigsten genetisch bedingten Todesursachen bei Säuglingen und Kleinkindern [1, 3].

Unterschieden werden die infantile SMA, die bereits im Säuglingsalter auftritt, und eine später einsetzende SMA, die sich im Alter >6 Monaten manifestiert. Patienten mit infantiler SMA bilden sehr wenig SMN-Protein und sind meist unfähig, motorische Meilensteine zu erreichen. Erste Anzeichen können fehlende Kopfkontrolle, Zungen-Faszikulationen, Areflexie sowie Schluck- und Atemprobleme sein. Patienten mit infantiler SMA müssen meist intensivmedizinisch und supportiv behandelt werden. Der Tod aufgrund der respiratorischen Insuffizienz tritt oft in den ersten beiden Lebensjahren ein. Patienten mit einer später einsetzenden SMA bilden größere Mengen an SMN-Protein. Bei ihnen ist die Symptomatik weniger stark ausgeprägt und schreitet langsamer fort. Im Laufe ihres Lebens kann jedoch die Muskelschwäche in Armen und Beinen zunehmen, wodurch bereits erlernte motorische Fähigkeiten wieder verlorengehen [1, 3, 4].

In Deutschland werden Patienten mit SMA in spezialisierten Zentren für neuromuskuläre Erkrankungen behandelt. Da es sich um eine seltene Erkrankung mit umfangreicher Differenzialdiagnose, schweren Begleitsymptomen und variablem Schweregrad handelt, wird die Diagnose manchmal erst spät gestellt. Eine Erhebung aus den USA zeigte, dass die richtige Symptomzuordnung und die korrekte Diagnose viele Arztbesuche und Untersuchungen erfordert [5]. Dabei sollte die SMA so früh wie möglich diagnostiziert werden, um das Fortschreiten der Muskelschwäche aufhalten zu können. Dies gilt umso mehr, da seit 30. Mai 2017 mit Nusinersen (Spinraza®) erstmals eine zielgerichtete und krankheitsmodifizierende Therapie der 5q-assoziierten SMA zugelassen ist [6].

Innovative molekulare Therapie

Nusinersen greift als Antisense-Oligonukleotid auf der Ebene des Spleißens im Zellkern in die Biosynthese des SMN-Proteins ein. Nusinersen erhöht die Anzahl der SMN2-Gentranskripte, die das Exon 7 enthalten, indem es sich mit dem Intron Splicing Silencer N1 (ISS-N1) im Intron 7 paart und mit hnRNP A1/2 um die Bindung an



ASO=Antisense-Oligonukleotid; mRNA=Messenger-RNA; SMA=Spinale Muskelatrophie; SMN=Survival Motor Neuron

Abb. 1: SMN2-Gen als therapeutische Zielstruktur von Antisense-Oligonukleotiden (mod. nach [1, 7])

Literatur
1. Lunn MR, Wann CH, Lancet 2008, 371:2120–2133
2. Darras BT, Pediatr Clin North Am 2015, 62:743–766
3. D'Amico A et al., Orphanet J Rare Dis 2011, 6:71
4. Kolb SJ, Kissel JT, Neurol Clin 2015, 33:831–846
5. https://www.togetherinsma.com/en_us/home/introduction-to-sma/diagnosis.html; letzter Aufruf: 16.02.2018
6. Fachinformation Spinraza®, Stand: November 2017
7. Zanetta C et al., Clin Ther 2014, 36:128–140
8. Finkel RS et al., N Engl J Med 2017, 377:1723–1732
9. Mercuri E et al., N Engl J Med 2018, 378:625–635
10. ClinicalTrials.gov; NCT02386553

die ISS-N1-Stelle konkurriert. Dadurch können trotz des defekten SMN1-Gens größere Mengen an vollständigem und funktionsfähigem SMN-Protein gebildet werden, sodass die Funktion von Motoneuronen erhalten bleibt [1, 7]. Nusinersen wird intrathekal mittels Lumbalpunktion in den Liquorraum des Wirbelkanals injiziert [6]. An die Aufsättigungsphase mit je einer Injektion an den Tagen 0, 14, 28 und 63 schließt sich die Erhaltungstherapie mit je einer Injektion alle vier Monate an [6]. Die Behandlung sollte nur durch Ärzte erfolgen, die in der Durchführung einer Lumbalpunktion erfahren sind [6]. Die Antisense-Therapie sollte zudem so früh wie möglich nach der Diagnose der SMA begonnen werden [6].

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Nusinersen wurden in den zulassungsrelevanten randomisierten, doppelblinden Phase-III-Studien ENDEAR bei infantiler SMA (n=122) [8] und CHERISH bei später einsetzender SMA (n=126) nachgewiesen [9]. In der ENDEAR-Studie erreichte ein signifikant höherer Anteil der mit Nusinersen behandelten Säuglinge die motorischen Meilensteine als in der Kontrollgruppe mit Scheinintervention (51 % vs. 0 %; p<0,0001). Nusinersen war gut verträglich; es gab keine Therapieabbrüche aufgrund von Nebenwirkungen [8]. Die Therapie reduzierte das Risiko für Mortalität und maschinelle Beatmung um 47 % (p<0,01) [8]. Nach etwa einem Jahr lebten noch 84 % der Säuglinge im Verumarm und 61 % in der Kontrollgruppe (Hazard Ratio 0,372; p=0,0041) [8]. Den Ergebnissen der CHERISH-Studie zufolge ist Nusinersen auch bei späterem Symptombeginn wirksam und gut verträglich [9]. Zudem deuten Interimsdaten aus der unverblindeten Phase-II-Studie NURTURE darauf hin, dass präsymptomatische Patienten mit diagnostizierter SMA von dem Wirkstoff stark profitieren können [10].

Schnelle Diagnose durch einfachen Trockenbluttest

Da Patienten mit SMA nun erstmals kausal behandelt werden können, ist eine schnelle Diagnose noch dringlicher. Um die Zeitspanne zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Diagnose zu verkürzen, bietet eine Diagnostik-Initiative niedergelassenen Neurologen und Pädiatern die Bestimmung der zugrundeliegenden SMN1-Genmutation per Trockenblutkarte kostenfrei an. Das Bewusstsein für die SMA soll dadurch geschärft und die Bereitschaft erhöht werden, bei Verdacht auf eine SMA den Patienten schnell zu testen, um früh eine mögliche Therapie besprechen zu können.

Für den neuen Gentest werden nur wenige Tropfen Blut benötigt; er ist somit auch für Säuglinge und Kleinkinder geeignet. Mittels quantitativer PCR wird die Probe auf Deletionen in den SMN1-Exons 7 oder 8 getestet. Werden zwei Deletionen nachgewiesen, ist die Diagnose SMA bestätigt. Findet sich keine Deletion, ist die Diagnose mit Einschränkung ausgeschlossen. Denn sehr wenige Patienten weisen auf beiden SMN1-Allelen kleine Mutationen auf, die mit dem Deletionstest nicht nachgewiesen werden können. Wenn eine 5q-assoziierte SMA bestätigt wurde, wird als nächstes die Anzahl der SMN2-Genkopien bestimmt.

Bei Proben mit nur einer Deletion auf einer SMN1-Genkopie erfolgt eine Gensequenzierung, um kleine Mutationen wie Punktmutationen aufzuspüren. Wenn sich Punktmutationen auf einem SMN1-Allel und eine Deletion auf dem anderen Allel nachweisen lassen, ist die Diagnose SMA ebenfalls bestätigt. Wird hingegen bei der Gensequenzierung keine Mutation gefunden, so handelt es sich um einen Überträger der Mutation, der meist nicht symptomatisch ist. In diesem Fall sollte nach anderen Ursachen für die Symptome des Patienten gesucht werden.

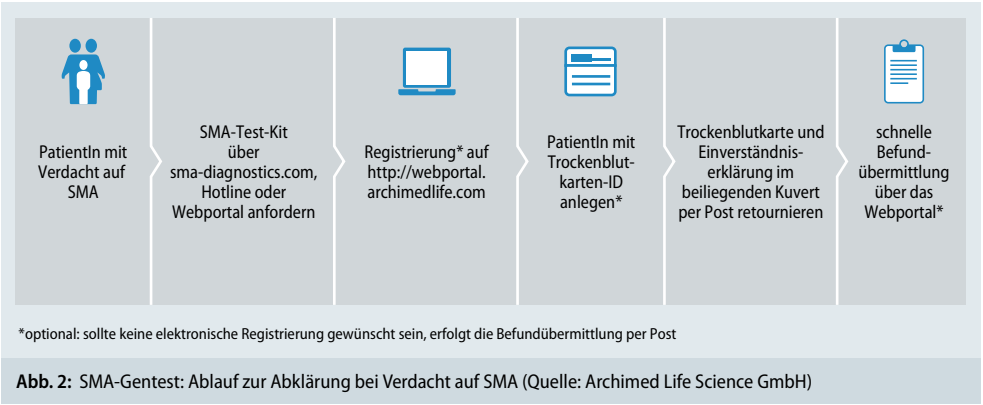


Abb. 2: SMA-Gentest: Ablauf zur Abklärung bei Verdacht auf SMA (Quelle: Archimed Life Science GmbH)

Vorgehen bei Verdacht auf SMA

Sobald der Verdacht auf eine SMA besteht, fordert der behandelnde niedergelassene Pädiater oder Neurologe den Test-Kit an.* Krankenhäusern und SMA-Behandlungszentren wird der kostenlose Test aus Compliance-Gründen nicht angeboten. Der Kit besteht aus der Trockenblutkarte, der vorbereiteten Einverständniserklärung und einem Rücksendekuvert sowie Hinweisen zur Blutentnahme und zum Auftropfen auf die Filterkarte. Der Arzt entnimmt Kapillarblut durch Fersen- (bei Neugeborenen) oder Fingerbeerenpunktion. Alternativ kann auch venöses Blut entnommen werden. Die Trockenblutkarte wird zusammen mit der unterschriebenen Einverständniserklärung eingesandt (**Abb. 2**). Meist erhält der Arzt das Testergebnis innerhalb einer Woche – im Falle eines positiven Befundes mit einer Empfehlung zur sofortigen Überweisung an ein spezialisiertes SMA-Behandlungszentrum**, ansonsten wird eine weitere Abklärung empfohlen.

*bei Archimed Life Science GmbH: entweder telefonisch unter 0800 4430420 oder im Internet auf sma-diagnostics.com

**Eine aktuelle Liste der Kliniken kann unter http://bit.ly/SMA-DGM abgerufen werden.

Impressum

Pharmawissen aktuell 449110 in:

Monatsschrift Kinderheilkunde 6/2018

NeuroTransmitter 6/2018

Literaturarbeit

Bericht: Abdol A. Ameri, Weidenstetten

Redaktion: Sabine Jost

Leitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner (verantwortlich)

Springer Medizin Verlag GmbH
Heidelberger Platz 3
14197 Berlin

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Die Springer Medizin Verlag GmbH ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Nature.

© Springer Medizin Verlag GmbH

Mit freundlicher Unterstützung der Biogen GmbH, Ismaning

Die Herausgeber der Zeitschrift übernehmen keine Verantwortung für diese Rubrik.

NS-GER-0233

Von der Strafe Gottes zum künstlerischen Stimulans

Vom literarischen Wandel der Syphilis – Teil 2

Bordellszene im 16. Jahrhundert (Braunschweiger Monogrammist, 1517). Neben Söldnerheeren waren wohl auch Bordelle, über die im Übrigen oft hohe geistliche Würdenträger die Aufsicht führten, Orte der Ansteckung mit Syphilis gewesen.

© Wikimedia Commons

58 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Geschichte der Syphilis – Teil 2
Die Infektionskrankheit gerät langsam in den Fokus des Diskurses in der Literatur. Der Bogen spannt sich von satirischen, komischen bis hin zu prophylaktischen Aspekten in der Auseinandersetzung mit der Krankheit.

62 Neurotransmitter-Galerie

Ein moderner Romantiker
Frühromantiker Caspar David Friedrich schuf ähnlich wie 200 Jahre später Tim Eitel den Betrachtern seiner Bilder einen meditativen Reflexionsraum, indem eine Figur in Rückenansicht die reflexive Haltung im Angesicht der Größe der Natur vorlebte.

Wo die Infektionskrankheit Syphilis entstanden sein mag und welchen Weg sie um den Erdball genommen hat, ist unter Experten umstritten. Hatte sie Seefahrer Christoph Kolumbus im Gepäck, als er nach Europa kam? Von wo haben dann aber die Wikinger die Seuche schon im 11. Jahrhundert, also lange vor Kolumbus, mit in die Heimat gebracht? Antworten wurden auch schon in den Sternen gesucht und entsprechende planetarische Konstruktionen eingepasst in die große Weltliteratur. Schriftsteller bis in die Neuzeit verwoben die über lange Zeit nebulöse Krankheit in ihren Werken.

Vielfach ist in der wissenschaftlichen Literatur die These zu finden, mit der Heimkehr des Kolumbus am 15. März 1493 sei eine „neue, bisher unbekannte Krankheit" nach Europa gekommen, die sich von den Bordellen Barcelonas über ganz Europa ausgebreitet und die ihren Ursprung auf der Insel Hispañola habe. Barcelona sei deshalb der Ausgangspunkt, weil sich die katholischen Majestäten zum damaligen Zeitpunkt gerade in jener Stadt aufhielten, wo sie den Bericht des Kolumbus entgegennahmen. In zeitgenössischen Beschreibungen ist jedoch ausdrücklich die Rede davon, dass die Krankheit durch Geschlechtsverkehr übertragen wird. Söldner, die in verschiedenen europäischen Armeen dienten, trugen erheblich zu ihrer Verbreitung bei. Wenn man bedenkt, dass jeder Söldner-Tross von zahlreichen Prostituierten begleitet wurde, kann man sich die Multiplikation leicht erklären. Während das französische Heer von einem „Mal de Naples" (Neapolitanische Krankheit) sprach, verurteilten die Italiener das „Mal francese". Später sprachen die Polen von der „Deutschen Krankheit", indes in Russland von der „Polnischen Seuche" die Rede war, während in Indien wiederum Vasco da Gama für die „portugiesische Krankheit" verantwortlich gemacht wurde, die man in Japan die „Kanton Krankheit" nannte. Birgit Adam schreibt in ihrer Kulturgeschichte der Geschlechtskrankheiten: „Bereits 1496 erschien in Nürnberg ein Flugblatt des Stadtarztes Teodoricus Ulsenius, der in einem Gedicht aus hundert Hexametern über die neue Seuche aufklärte." Und der Astronom Joseph Grünpeck, Sekretär Kaiser Maximilians I., riet: „Ein jeglicher fliehe von denselben Menschen, die diese Krankheit haben", steckte sich aber bei einem Gastmahl in Augsburg, bei dem „außer Ceres und Bacchus auch Venus zugegen war", selbst mit Syphilis an.

Ein Hauptargument der Medizinhistoriker gegen die „Kolumbus-Theorie" besteht darin, „dass aus dem präkolumbianischen Amerika keine ähnlichen Epidemien bekannt" sind. Mittlerweile ist diese These, es handle sich um eine „Europäische Krankheit", aufgrund neuerer archäologischer Funde nach sorgfältigen zell- und entwicklungsbiologischen Untersuchungen sehr umstritten. Durch molekularbiologische Untersuchungstechniken gewonnene Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass von den Schiffsbesatzungen der spanischen Entdecker erstmals ein südamerikanischer Stamm des Bakteriums Treponema pallidum nach Europa eingeschleppt wurde. Dieser hat sich anschließend sehr schnell ausgebreitet, da die europäische Bevölkerung gegenüber diesem Erregerstamm keinerlei Anpassung aufwies.

Welchen Weg die Syphilis um die ganz Welt genommen hat und wo sie entstanden sein mag, darüber sind sich die Experten uneins. Schwedische Archäologen sind sicher, dass die Wikinger die Seuche schon im 11. Jahrhundert, lange vor Kolumbus, von einer Fahrt mitgebracht haben. Rund 100 Wikinger-Skelette mit den syphilistypischen Knochenveränderungen fand man in einer alten Kirche bei Lund in Schweden. Auch auf der dänischen Insel Fünen sind uralte syphilitische Knochenreste ausgegraben worden.

Syphilis am Hofe des Sonnenkönigs

Neben den Söldnerheeren dürften mittelalterliche Badehäuser und Spinnstuben, Frauenhäuser und Bordelle, über die hohe geistliche Würdenträger die Aufsicht führten und Maria Magdalena zur Schutzheiligen der Dirnen machten, Orte der Ansteckung gewesen sein. Immerhin wurde der Bau der Sixtinischen Kapelle mit Einnahmen aus kirchlichen Bordellen und dem sogenannten „Hurenzins" finanziert (Adam).

Der enge Zusammenhang von Geschlechtskrankheiten und höfischer Kultur ist ein weites Feld, zu dem auch Begriffe wie Mätressenwirtschaft, Luxusbordelle für den Adel, aber auch mangelnde hygienische Verhältnisse relevante Kategorien sind. Jedenfalls war die Syphilis am Hofe des Sonnenkönigs

© Wikimedia Commons

Frontispiz von Grimmelshausens Roman „Der abentheuerliche Simplicissimus" (1669). Auch dieser Schriftsteller der Neuzeit kommt nicht ohne die Schilderung syphilitischer Hauptfiguren aus.

so geläufig wie bei Iwan dem Schrecklichen und Peter dem Großen im fernen Russland, während Katherina die Große eigens einen Stab von „Épreuveses" (Prüferinnen) beschäftigte, welche die auserwählten Liebhaber zuerst einschlägig zu testen und zu untersuchen hatten.

Neben der Kolumbus-Theorie gab es weitere Modelle zur Erklärung der Herkunft dieser Krankheit, die sich literarisch niederschlugen. Während Paracelsus (1529), vehement von Hutten widersprechend, an die Entstehung durch den Geschlechtsakt eines leprösen Mannes mit einer an Tripper erkrankten Frau glaubt, aber bereits eine erbliche Syphilis in Betracht zieht, spielt die Barockliteratur gerne mit der Miasma-Theorie, die von einer seltenen Konjunktion der Planeten Saturn und Jupiter im Zeichen des Skorpions und Hauses des Mars ausgeht und darin die Ursache der Epidemie sieht: „Der gute Jupiter unterlag den bösen Planeten Saturn und Mars und das Zeichen des Skorpions, dem die Geschlechtsteile untergeben sind, erklärt, weshalb die Genitalien der erste Angriffspunkt der neuen Krankheit waren", heißt es in „De morbo Gallico" des Benedictus Rinius.

Syphilis im Simplicissimus

Es darf erstaunen, dass ausgerechnet Hans Jakob Christoffel von Grimmelshausen, einer der bedeutendsten deutschen Schriftsteller der Neuzeit, nicht ohne Schilderung syphilitischer Hauptfiguren in seinen Werken „Der abentheuerliche Simplicissimus Teutsch" und „Trutz Simplex oder Ausführliche und wunderseltzame Lebensbeschreibung der Ertzbetrügerin und Landstörtzerin Courasche" auskommt. Der „Simplicissimus" ist der erste deutschsprachige Abenteuerroman und steht in der Tradition des Picaro- oder Schelmenromans, der seine Wurzeln im Spanischen hat. Kennzeichnend ist die Trias im Aufbau, die von der meist blutig ablaufenden Initiation über die desillusionierende Reise durch die unterschiedlichen Gesellschaftsschichten zur Selbsterkenntnis und schließlich zum Rückzug, zum „Adieu, Welt" führt.

Obgleich bei Grimmelshausen hohe autobiografische Anteile erkennbar sind, handelt es sich ausdrücklich nicht um einen Schlüsselroman. Der Roman hat in der Drastik der Darstellung eine Vorliebe für physische, ästhetische und moralische Abnormitäten, die sich zu einem Pandämonium aus Armut, Krankheit, Falschheit, Rohheit, Laster und Verbrechen aufbauen. Man verfehlt allerdings den Sinn des Romans, wenn man den Lebenslauf des Protagonisten im Sinne einer Entwicklung versteht.

Zu Beginn des vierten Buches reist Simplicius Simplicissimus nach Paris und feiert dort Erfolge als Liebling des weiblichen Publikums, erhält den Ehrennamen des „Beau Alman" und wird, als Folge seines Auftritts in der königlichen „Comödia", „wider seinen Willen in den Venus-Berg", will sagen in ein „Lust-Hauß" geführt, wo er ein einwöchiges Abenteuer mit einer schönen Unbekannten erlebt, die alles ablegt bis auf ihre Maske. Simplicius wird reich belohnt, materiell und körperlich, bis er in einer „Gutsche" weggebracht und vermeintlich (!) von der französischen Krankheit heimgesucht wird. Darin artikuliert sich die Doppelgesichtigkeit eines Strafmodells getreu dem Grundsatz, dass „womit einer sündigt, er damit auch gestraft wird".

Wollust und Luxuria sind zwei Seiten ein und derselben Münze. Die Entsprechung von Sünde und Strafe sind die Kennzeichen dieser Paris-Episode des Picaros. Der Genfer Grimmelshausen-Forscher Maximilian Bergengruen schreibt dazu: Da Simplicius „in Sachen Luxuria gesündigt hat, erwartet er für sich die entsprechende Strafe der Syphilis. Aber Grimmelshausens medizinisch und moralisch anscheinend sehr erfahrener Gott, der die Strafe durchführen muss, denkt komplexer, als Simplicius (erwartet). Er verfolgt mit seiner Strafaktion (…) drei Ziele: Erstens ruft er mit den Blattern das benannte analog funktionierende Strafmodell als solches hervor, zweitens einen – pädagogisch wertvollen – Schreck, der Simplicius seine luxurischen Sünden erkennen und bereuen lässt. Drittens straft Grimmelshausens Gott an Simplicius jedoch nicht die Luxuria, sondern die Superbia oder besser gesagt, die Superbia in der Luxuria (…). Denn Simplicius hat, wie er wenig später feststellt, keine syphilitischen, sondern „Kinds-Blattern", er wird also, obwohl er bereits im Fieber wie ein „Hirnschelliger" redet, keinen syphilitischen Wahnsinn zu gewärtigen haben."

Bezeichnenderweise wird Simplicius beraubt und verstoßen und muss sich als landfahrender Quacksalber durchschlagen und den ahnungslosen Bauern unnütze Mittel aufschwatzen, bis er erneut unter Räuber und Diebe fällt. Der enge Zusammenhang von Geschäftstüchtigkeit (Merkur), Wollust (Venus) und Jupiter manifestiert sich in jener Phase, die dem Paris-Abenteuer vorausgeht: dem Aufenthalt in Köln als der „Jupiterstadt", in der Simplicius bereits „in Wollüsten ersoffen" in vielerlei venerische Abenteuer verstrickt ist. Allerdings ist beim Zusammentreffen von Merkur, Venus und Jupiter die Medizin nie fern. Gerade weil die Symptome der auftretenden Krankheit bei Simplicius detailliert beschrieben werden, kommt bei Trutz Simplex der Verdacht auf, es handle sich um Lues venerea, wogegen allerdings die Migräneattacken und der mehrtägige Fieberwahn sprechen. Die Behandlung durch den Priester ist dagegen sehr allgemein

und nicht krankheitsspezifisch. Vom moralisch-theologischen Standpunkt aus wäre sein Verhalten durchaus eine „Rechtfertigung" für die Krankheitsstrafe. Wenn die Syphilis dennoch eine wichtige Rolle im Roman spielt, so liegt diese Bauerkämper zufolge gerade in ihrer Abwesenheit begründet. Die Erkrankung an den Blattern stellt den Tiefpunkt von Simplicius Lebensreise dar und wird dadurch zum „Ausdruck seiner größten moralischen Dekadenz. Der Krankheit wegen verliert er alles: Geld, Schönheit, Stimme, Reputation. Zugleich stellt die Krankheit auch einen Neuanfang dar, den Simplicissimus jedoch nicht nutzt".

Während die Darstellung der Pariser Abenteuer im Simplicissimus breiteren Raum einnimmt, wird in der Courasche, das im Landsknechtsjargon „Scheide" bedeutet, der Sachverhalt knapp, aber bilderreich umrissen. Courasche bekennt freimütig ihre „unersättliche Natur": „da bekam ich das jenige, was mir bereits vor zwölff oder funffzehn Jahren rechtmässig gebührte hätte, nemlich die lieben Frantzosen mit wohlgeneigter Gunst. Diese schlugen aus und begunten, mich mit Rubinen zu zieren, als der lustige und fröhliche Frühling den gantzen Erdboden mit allerhand schönen wohlgezierten Blumen besetzte. Gesund war mirs, dass ich Mittel genug hatte, mich wiederum davon curirn zu lassen, welches dann in einer Stadt am Bodensee geschahe. Weil mir aber meines Medici Vorgeben nach das geblüt noch nicht vollkommen gereinigt gewesen, da riethe er mir, ich sollte die Sauerbrunnen-Cur brauchen, und also meine vorige Gesundheit desto völliger wiederum erholen."

Auffällig sind die Metaphorisierung der Symptome (Rubine) sowie die gelassene Selbstverständlichkeit, mit der die Courasche zu ihrer Krankheit steht. Sie ist nicht die geeignete Figur, den männlichen Leidenden in der Nachfolge des leidenden Christus zu ersetzen. Dennoch rückt allmählich die weibliche Sünderin, die Prostituierte oder die verführerische Frau an die Stelle der personifizierten Syphilis. Man könnte von einer Maria Magdalena-Verschiebung sprechen. Jedoch erhält die Verknüpfung der Lues venerea mit dem „Trutz"-Motiv die Krankheit der Courasche „eine gesteigerte semantische und strukturelle Bedeutung" (Bauerkämper). Immerhin ist die Courasche auch die erste literarische weibliche Protagonistin, die sich zu ihrer Krankheit bekennt.

Syphilis – komisch und inspirativ

Bauerkämper hat in seiner Untersuchung der europäischen Pikareske des 17. Jahrhunderts herausgearbeitet, dass durchweg von einer komisch-satirischen Funktion der Syphilis ausgegangen werden muss, in der die Infizierten erstaunlich schnell geheilt werden und lediglich um ihr soziales Ansehen und ihre körperliche Schönheit fürchten müssen. Überdies sind in den untersuchten Schelmenromanen ausschließlich die Frauen infiziert, sieht man einmal von der Pseudoinfektion des Simplicissimus ab, und von einem Mann, der die Krankheit weiter gibt, ist nirgendwo die Rede.

In der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts entsteht die Theorie, der weibliche Körper sei der Verursacher der Syphilis, deren Übertragung durch Geschlechtsverkehr während der Menstruation stattfinde, und erst der Verkehr mit einer Jungfrau verschaffe dem Kranken wieder Heilung. Totentanzdarstellungen von „Mädchen und Tod" veranlassen Anja Schonlau zu der These, die Ikonografie der Syphilis stehe auch in Zusammenhang mit den Vanitas-Darstellungen der frühen Neuzeit, während gegen Ende des 16. Jahrhundert die ersten Anzeichen dafür zu finden seien, die Syphilis könne im Ruf stehen, die Inspiration zu fördern. Mit der Herausbildung der Beziehung zwischen Genie und Krankheit hat sich Schonlau zufolge die kulturelle Konstruktion der Krankheit für gut zwei Jahrhunderte gefestigt.

Die Syphilis gerät in den Fokus des Diskurses über Fragen zu Moral, Epidemiologie und sogar Prophylaxe in erster Linie durch die Franzosen Montesquieu, Voltaire und Diderot. Die Auswirkungen dieses Paradigmenwechsels in der Auseinandersetzung mit der Krankheit auf die Literatur sind insbesondere bei den englischen Schriftstellern Defoe und Fielding ablesbar. Defoes Roman „The Fortunes and Misfortunes of the Famous Moll Flanders" (1722) rückt gesellschaftliche und sexuelle Abhängigkeiten in die Verbindung mit der Infektion.

Das 17. Jahrhundert entdeckt das komische Potenzial der Syphilis und weiß um sein in dieser Hinsicht kenntnisreiches Publikum. Das gilt für Shakepeares „Hamlet" ebenso wie für den Epilog der Figur des Pandar in „Troilus und Cressida". Der komisch-polemische Zugriff auf die Krankheit wird gerne in der ebenso anzüglichen wie bühnenwirksamen Entstellung der Nase (auch stellvertretend für den Penis) zum Ausdruck gebracht. Die Poetisierung der Krankheit nimmt hier den Weg über das Komische und Satirische, der dankbar von Voltaire in seinem „Candide" weiter entwickelt wird, wenn Pangloss „voller Einverständnis mit seiner Syphilis einen euphorischen Vortrag über die beste aller möglichen Welten beginnt. Mit den physischen Schrecken der Syphilis verspottet Voltaire hier den leibnizschen Gedanken aus der ‚Theodizee' (1710), dass Gott die Welt nicht erschaffen hätte, wenn sie nicht unter allen möglichen die beste wäre. Die Geschlechtskrankheit repräsentiert im Roman eine Extremform des physischen Leidens" (Schonlau).

Das Bedeutungsfeld des Diskurses wird erweitert durch Schillers „Räuber" (1781), in dem Franz Moor Amalia einzureden versucht, ihr Geliebter Karl sei nach dem Kontakt mit einer „Metze" an Syphilis erkrankt, wobei er in seinen infamen Ausführungen besonders auf Aspekte des Ekels abhebt. Mit dem „Ekel" aber gerät eine neue, nunmehr schauerlich inszenierte Dimension in die Auseinandersetzung mit der Krankheit, während Mephisto in Goethes „Faust" im Gespräch mit Marthe Schwerdtlein über den Verbleib ihres Mannes noch kokett auf Neapel als mutmaßlichen Ausgangspunkt der Epidemie anspielen kann.

In der nächsten Ausgabe Teil 3: Die Syphilis erfährt in Moral, Medizin und Ästhetik jenen folgenreichen Paradigmenwechsel, der auch den literarischen Umgang mit dieser Krankheit verändert.

Literatur beim Verfasser

AUTOR

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

Tim Eitel – ein moderner Romantiker

© courtesy Galerie EIGEN+ART Leipzig/Berlin / Foto: Uwe Walter, Berlin

Wohltuend unaufgeregt präsentieren sich die Werke Tim Eitels, dem gerade in Kasteel Wijlre (Niederlande) eine große Werkschau gewidmet wurde. Der Künstler, der als einer der wichtigsten zeitgenössischen deutschen Maler gilt, und in Deutschland von der renommierten Galerie EIGEN+ART in Berlin vertreten wird, bekennt sich ohne Allüren zur Malerei als Ausdrucksform und komponiert seine Bilder präzise und auf den Punkt.

Tim Eitel: „Untitled (Mountains)", 2018, Öl auf Holz, 22 × 27 cm

© courtesy Galerie EIGEN+ART Leipzig/Berlin / Privatsammlung

Tim Eitel: „Reflector", 2015, Öl auf Leinwand, 220 × 320 cm

© courtesy Galerie EIGEN+ART Leipzig/Berlin / Foto: Uwe Walter, Berlin

Tim Eitel: „Seated Figure", 2018, Öl auf Leinwand, 210 × 190 cm

Tim Eitel ist einer der bekanntesten Künstler der „Neuen Leipziger Schule", ein Label, das Schülern, die in Leipzig vor allem bei Arno Rink studierten, von den Medien verliehen wurde. Prägend für die „Bewegung" ist dabei vor allem eine neue Wertschätzung der figurativen Malerei. Eitel schloss sich nach seinem Studium mit einigen anderen Künstlern zusammen, um Anfang der 2000er-Jahre in Berlin eine Produzentengalerie (Liga) gemeinsam zu eröffnen. Auch wenn diese nur kurz Bestand hatte, verschaffte sie der einprägsamen Art der Malerei dieser Gruppe international Aufmerksamkeit.

In Konkurrenz zu Fotografie und Film

Die Bedeutung der Malerei auch in Konkurrenz zu Fotografie und Film erklärt Eitel unter anderem so: „Malerei denkt ganz anders über das Bild nach als das Foto. Sie hat einen anderen Bezug zur Realität, indem sie das Bild in einen Dialog mit der Wirklichkeit treten lässt. Sie versucht ein Äquivalent zu bilden, das aussagt, in welchem Verhältnis wir zur Realität stehen." Ein gemaltes Bild vermag so viel mehr über uns und unser erlebtes Leben auszusagen.

Kennzeichnend für Eitels Bilder sind auf den ersten Blick schlichte Szenerien, in denen wenig Äußerliches das Auge ablenkt. Sie entfalten sich oft in den vorrangigen Lebensräumen des Künstlers und der Malerei selbst, in Museen, Kunstinstitutionen und Atelierräumen. Er bevölkert sie dabei bevorzugt mit einzelnen Personen von hinten, selten ist ein Gesicht zu sehen. Wie Eitel meint, möchte er nicht, dass man sich beim Betrachten nur auf das Gesicht konzentriert, was unweigerlich geschehen würde. Eitel deutet in seinen Gemälden auch eher eine Haltung als eine Geschichte an. Er zeigt Momente des Innehaltens, der Reflexion und erzeugt dadurch im Betrachter selbst eine Gedankenbewegung. Ohne Effekthascherei fordern die meisten seiner Werke das Auge auf subtile Weise heraus. So scheint die von hinten porträtierte Frau in „Mountains" in die Betrachtung einer Landschaft versunken. Erst bei genauerem Hinsehen erschließt sich, dass sie vermutlich in einem Museum vor dem Bild einer Landschaft sitzt. Das 2018 geschaffene Bild erinnert in Ausdruck und Komposition überdies an eines der stilprägendsten Gemälde der Frühromantik: An die „Frau vor aufgehender Sonne" von Caspar David Friedrich (siehe Ausschnitt auf der Titelseite dieser Ausgabe). Dieser wohl bekannteste Frühromantiker (1774 – 1840) prägte den Typus der romantischen Rückenansicht. Ähnlich wie Eitel 200 Jahre später, schuf er den Betrachtern seiner Werke einen meditativen Reflexionsraum, indem eine Figur in Rückenansicht die reflexive Haltung im Angesicht der Größe der Natur vorlebte. Eitel dreht die Interpretationsspirale allerdings noch eine Windung weiter, indem die Frau in „Mountains" eben nicht direkt in Anschauung einer Landschaft versunken ist, sondern das Gemälde einer Landschaft betrachtet. Das Bild eröffnet so mit einem Augenzwinkern einen Diskurs zur modernen Malerei und ihrer Stellung in der Kunstgeschichte.

Versteckte Selbstporträts

Eine Ausnahme von den fast durchgängigen Rückenporträts Eitels (siehe auch „Reflector" oben) bilden einige seiner neueren Bilder, auf denen er erstmals sich selbst oder seine Lebensgefährtin darstellt. Flankierend zum Berliner Gallery Weekend zeigte die Galerie EIGEN+ART einige davon. Gleich eingangs war ein riesiges Selbstporträt des Künstlers zu sehen. Nachdenklich blickt hier Tim Eitel in den gedachten Bildraum. Ein großes Bild (das an „Mountains" erinnert) lehnt, einen klaren Schatten werfend, hinter ihm an der Wand. Wie Eitel meint, „drehen sich ohnehin alle Bilder um einen selbst und sind versteckte Selbstporträts, da sie meinen Blick auf die Welt offenbaren".

Die Werke des in Berlin und Paris lebenden Künstlers wirken mit ihren ruhigen und tiefsinnigen Kompositionen wie kleine Wellnesskuren auf das Auge, das nach den vielen Übereizungen des hektischen Kunstbetriebs wieder lernen kann, was es eigentlich heißt zu sehen. □

AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

www.eigen-art.com
www.pacegallery.com

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2018		
Datum / Zeit / Ort	**Landesverband / Titel / Themen**	**Anmeldung**
13.6.2018 in Nürnberg Averna Park, Görlitzer Str. 51 16:00 – 18:00 Uhr *Referent: Dr. Gunther Carl*	BVDN/BDN/BVDP-Seminare **zur Abrechnung und Berufspolitik** Im Vordergrund werden aktuelle EBM- und GOÄ-Abrechnungsfragen stehen, ebenso Grundzüge möglicher EBM- und GOÄ-Änderungen mit unseren honorarpolitischen Zielvorstellungen. Des Weiteren werden aktuelle gesundheitspolitische Fragestellungen besprochen, wie zum Beispiel Geriatrie und Heimversorgung, PIAs, Home Treatment, ASV, Wartezeitenregelung, Medikamentenregresse und Praxisaufkauf durch die KV.	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, Fax: -45469-25 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
7.7.2018 in Stuttgart Arcotel Camino, Heilbronner Str. 21	**Praxisstart in Neurologie und Psychiatrie** Seminar zum Praxiseinstieg oder Neugründung – Erfolg als fachärztlicher Jungunternehmer *Referenten:* Dr. Gunther Carl, Neurologe und Psychiater, Stellvertretender Vorsitzender BVDN, Dr. Christian Vogel, Psychiater, Landessprecher Bayern BVDP	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, Fax: -45469-25 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
19. – 20.10.2018 in Irsee Kloster Irsee, Klosterring 4 8 CME-Punkte	**91. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte in Kloster Irsee** Fortbildung und Mitgliederversammlung	Bildungswerk Irsee, Dr. med. Angela Städele Klosterring 4, 87660 Irsee Tel.: 08341 9066-03, Fax: -9066-05 E-Mail: staedele@bildungswerk-irsee.de www.bildungswerk-irsee.de
28.10.2018 in Dortmund 8 CME-Punkte	Das Asperger-Syndrom und andere Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) im Erwachsenenalter/Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im Erwachsenenalter *Referenten:* PD Dr. Maria Strauß, Psychiatrische Universitätsklinik Leipzig, Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst, Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-16, Fax: -20555-11 E-Mail: info@akademie-psych-neuro.de www.akademie-psych-neuro.de
Fortbildungsveranstaltungen 2018		
22. – 23.6.2018 in Berlin Seminaris Hotel, Takustr. 39	**AGNP-Psychopharmakologie-Tage** *Wissenschaftliche Leitung:* Prof. Dr. Borwin Bandelow	E-Mail: tagung@agnp.de www.agnp.de
23.6.2018 in München AZIMUT Hotel, Kronstadter Str. 6 – 8	**5. Münchner Neurologie Forum**	RG Gesellschaft für Information und Organisation mbH Würmstr. 55, 82166 Gräfelfing Tel.: 089 8989948-0, Fax: -89809934 | www.rg-web.de
5. – 7.7.2018 in Günzburg Schloss Reisensburg	**Intensivseminar Medizinische Begutachtung** Curricular-Veranstaltung, Block 1	Dt. Gesell. f. Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V. Manderscheider Str. 37, 60529 Frankfurt am Main Tel.: 069 8720-3755, E-Mail: info@dgnb-ev.de
6. – 8.7.2018 in Magdeburg Herrenkrug Parkhotel, Herrenkrug 3	**15th Interdisciplinary Cerebrovascular Symposium**	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Franka Kümmel/Anja Barz Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-334/-331, Fax: -3116-243 E-Mail: ics2018@conventus.de | www.conventus.de
6. – 10.7.2018 in Wien Hilton Wien, Am Stadtpark 1	**ICNMD 2018 – 15th International Congress on Neuromuscular Diseases**	ICS – International Conference Services GmbH Gonzagagasse 17, 1010 Wien Tel.: +43 677 6163 1003 E-Mail: ICNMD2018@icsevents.com

Fortbildungsveranstaltungen 2018		
7. – 11.7.2018 in Berlin CityCube Berlin Berlin ExpoCenter City, Messedamm 26	**11th FENS – Forum of Neuroscience**	Kenes Group, c/o Kenes International Rue François-Versonnex 7, 1207 Genf/Schweiz Tel: +41 22 501-7904 www.eso-conference.com/
18.7.2018 in München Klinikum Bogenhausen, Hörsaal 16:00 – 20:00 Uhr CME-Punkte	**10. Symposium neurologische Bewegungsstörungen des Klinikums Bogenhausen und Klinikums Rechts der Isar**	Klinikum Bogenhausen Englschalkinger Str. 77, 81925 München E-Mail: olaf.eberhardt@klinikum-muenchen.de
19. – 22.8.2018 in Lyon/ Frankreich Convention Centre, 50, quai Charles de Gaulle	**XXIII World Congress on Parkinson's Disease and Related Disorder**	INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG Kaiser-Wilhelm-Str. 93, 20355 Hamburg Tel.: 040 325092-37, Fax: -325092-44 E-Mail: IAPRD@interplan.de | www.interplan.de
29. – 30.8.2018 in Zürich/ Schweiz Hilton Flughafen, Hohenbühlstr. 10	**4th World Congress on Parkinson's & Huntington Disease**	Conference Series LLC Ltd 47 Churchfield Road , W3 6AY, London Tel.: 0-800-014-8923 E-Mail: parkinson@neuroconferences.com
21. – 22.9.2018 in Bochum Veranstaltungszentrum Saal 1, Ruhr-Universität Bochum, Universitätsstr. 150	**Jahrestagung der Sektion Periphere Nerven der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) e. V.**	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Anja Barz Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-331, Fax: -3116-243 E-Mail: anja.barz@conventus.de | www.conventus.de
10. – 12.10.2018 in Berlin City Cube Messe Berlin, Messedamm 26	**ECTRIMS – 34th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sklerose**	Congrex Switzerland Ltd. Peter Merian-Str. 80, P.O. Box 4002 Basel/Switzerland Tel.: 061 686-7777, Fax: -686-7788 E-Mail: registration.ectrims@congrex.com www.ectrims-congress.eu
11. – 13.10.2018 in Nürnberg Convention Center Ost, Messezentrum	**26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e. V.**	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Tina Markert/Dirk Eichelberger Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-367/-305, Fax: -3116-243 E-Mail: info@dgsm-kongress.de | www.conventus.de
18. – 20.10.2018 in Kassel Tagungszentrum Haus der Kirche, Wilhelmshöher Allee 330	**Intensivseminar Medizinische Begutachtung** Curricular-Veranstaltung, Block 2	Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e. V. Manderscheider Str. 37, 60529 Frankfurt am Main Tel: 069 8720-3755 E-Mail: info@dgnb-ev.de
16. – 17.11.2018 in Frankfurt/M.	**12. Frankfurter Refresher-Seminar Neurologische Begutachtung**	Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e. V. Tel.: 069 8720-3755, E-Mail: info@dgnb-ev.de
30.10. – 3.11.2018 in Berlin Messe Berlin, Eingang Süd Jafféstraße	**Neurowoche 2018**	Dienstleistungsgesellschaft mbH DGN David Friedrich-Schmidt und Antje Herwig Landry Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin Tel.: 030 53143-7943, Fax: -53143-7939 E-Mail: kongress@dgn.org

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

1. Vorsitzende der Landesverbände
Baden-Württemberg: Volker Bretschneider
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 Saßmanshausen

Ansprechpartner für Themenfelder
EBM/GOÄ: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl
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, Markus Weih
Ambulante Neurologische Rehabilitation: Paul Reuther
Ambulante Psychiatrische Reha/ Sozialpsychiatrie: Norbert Mönter
Weiterbildungsordnung: Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl, Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim
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, Neuroophtalmologie: 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

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

BDN

Berufsverband Deutscher Neurologen

www.neuroscout.de

Vorstand des BDN
1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich
2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg
Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach
Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten
Beisitzer: Elmar Busch, Moers; Klaus Gehring, Itzehoe; Martin Südmeyer, Potsdam; Heinz Wiendl, Münster
Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

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

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

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

BDN-Landessprecher
Baden-Württemberg: Wolfgang Freund
Bayern: Thomas Gilleßen
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf
Bremen: N.N.
Hamburg: Heinrich Goossens-Merkt
Hessen: Rupert Knoblich
Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Richard Rohrer
Sachsen: Mario Meinig
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke
Thüringen: Dirk Neubert
Westfalen: Martin Bauersachs

BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP
1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: P. Christian Vogel, München
Schriftführer: P. Christian Vogel, München
Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt
Beisitzer: Sabine Köhler, Jena, Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate
ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto
Autismusspektrumstörungen: Christa Roth-Sackenheim
Forensik: P. Christian Vogel
Gutachterwesen: P. Christian Vogel
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:
Brandenburg: Delia Peschel
Bremen: N.N.
Hamburg: Ute Bavendamm
Hessen: Martin Finger
Mecklenburg-Vorpommern: Caterina Jacobs
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Egbert Wienforth
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: David Steffen
Sachsen: Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Sabine Köhler
Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN

Berufsverband Deutscher Neurologen BDN

Berufsverband Deutscher Psychiater BVDP

Ich will **Mitglied** werden!

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

- ☐ **Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, 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**
- ☐ **Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG**
- ☐ **Die Rehabilitation**
- ☐ **Aktuelle Neurologie**
- ☐ **Psychiatrische Praxis**
- ☐ **Psychotherapie im Dialog**

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

- ☐ **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.)

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

Name	Ort	BVDN	Delegierter	Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
BVDN-Landesverband:	**BADEN-WÜRTTEMBERG**					
Dr. J. Braun	Mannheim	ja	KV/ÄK	0621 12027-0	0621 12027-27	juergen.braun@dgn.de
Prof. Dr. M. Faist	Oberkirch	ja	ÄK	07802 6610	07802 4361	michael.faist@web.de
Dr. P. Hezler-Rusch	Konstanz	ja	ÄK	07531 18330	07531 18338	paula.hezler-rusch@online.de
BVDN-Landesverband:	**BAYERN**					
Dr. G. Carl	Würzburg	ja	KV/ÄK	09321 24826	09321 8930	carlg@t-online.de
Dr. K. Ebertseder	Augsburg	ja	KV	0821 510400	0821 35700	dr.ebertseder@t-online.de
Dr. Angelika Lüthe	München	ja	KV/ÄK	089 713729	089 71090537	angela.luethe@gmx.de
Dr. Eckhard Pachale	Bamberg	nein	KV/ÄK	0951 27674	0951 27619	Pachale@bnv-bamberg
BVDN-Landesverband:	**BERLIN**					
Dr. Gerd Benesch	Berlin	ja	KV	030 3123783	030 32765024	Dr.G.Benesch@t-online.de
Dr. R. A. Drochner	Berlin	ja	KV/ÄK	030 40632381	030 40632382	ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**BRANDENBURG**					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband:	**BREMEN**					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**HAMBURG**					
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neurorensch@aol.com
BVDN-Landesverband:	**HESSEN**					
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
S. Specht	Griesheim	ja	KV	06155 878400	06155 878420	stefan.specht@web.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband:	**MECKLENBURG-VORPOMMERN**					
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**NIEDERSACHSEN**					
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**NORDRHEIN**					
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband:	**RHEINLAND-PFALZ**					
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. M. Michel	Landau	ja	ÄK	06341 929490	06341 929490	post@dr-michel.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stepahn	Mainz	ja	KV/ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
Dr. C. Werner	Mutterstadt	ja	ÄK	06234 920092	06234 920093	dr.ch.werner@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SAARLAND**					
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	KV/ÄK	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN**					
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SACHSEN-ANHALT**					
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband:	**SCHLESWIG-HOLSTEIN**					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband:	**THÜRINGEN**					
Dr. D. Neubert	Arnstadt		KV	03628 602597	03628 582894	dirk@neubert.net
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	**WESTFALEN**					
Dr. M. Bauersachs	Dortmund	ja	KV	0231 142818		info@klemt-bauersachs.de
Rüdiger Saßmannshausen	Bad Berleburg	ja	ÄK/KV	02751 2785	02751 892566	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

Dr. Uwe Bannert
Oldesloerstr. 9, 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551 969661, Fax: -969669
E-Mail: uwe.bannert@kvsh.de

Dr. Martin Bauersachs
Ostenhellweg 61, 44135 Dortmund
Tel.: 0231 142818
E-Mail: info@klemt-bauersachs.de

Dr. Ute Bavendamm
Oskar-Schlemmer-Str. 15, 22115 HH
Tel.: 040 71591223, Fax: -7157422
E-Mail: dr.bavendamm.strobel@freenet.de

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

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

Ralf Berkenfeld
Hochstr. 22, 47506 Neukirchen-Vluyn
Tel.: 02845 295223, Fax: -32878
E-Mail: berkenfeld@t-online.de

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

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

Dipl. Med. Ralf Bodenschatz
Hainische Str. 4 – 6, 09648 Mittweida
Tel.: 03727 941811, Fax: -991013
E-Mail: rbodenschatz@t-online.de

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

Dr. Volker Bretschneider
Sternplatz 1, 89573 Ehingen
Tel.: 07391 72646, Fax: -72648

PD Dr. Elmar W. Busch
Asberger Str. 55, 47441 Moers
Tel.: 02841 1072460, Fax: -1072466
E-Mail: ne.busch@st-josef-moers.de

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

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

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

Dr. Joachim Elbrächter
Gertrudenstr. 14, 48149 Münster

Dr. Günther Endrass
Obersülzer Str. 4, 67269 Grünstadt
Tel.: 06359 93480, Fax: -934815
E-Mail: g.endrass@gmx.de

Dr. Martin Finger
Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt
Te.: 069 77067605, Fax: -77067607
E-Mail: praxis-finger@gmx.de

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

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

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

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

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

Dr. Thomas Gilleßen
Eversbuschstr. 111, 80999 München
Tel.: 089 8180-1700, Fax: -8180-1701
E-Mail: info@neurologie-gillessen.de

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

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

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

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

Dr. Katrin Hinkfoth
Ulmenallee 10 – 12
18311 Ribnitz-Damgarten
Tel: 03821 8898010, Fax: -8898011
E-Mail: katrin.hinkfoth@gmx.de

Dr. Guntram Hinz
Harksheider Str. 3, 22399 Hamburg
Tel.: 040 6067-9863, Fax: -6067-9576
E-Mail: guntram.hinz@yahoo.de

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

Dr. Werner E. Hofmann
Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 449860, Fax: -44986244

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

Dr. Caterina Jacobs
Eichenallee 18, 1812 Gelbensande
Tel.: 038201 60899, Fax:-60897

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

Prof. Dr. Reinhard Kiefer
Elise-Averdieck-Str. 17
27356 Rotenburg
Tel.: 04261 772219, Fax: -772149
E-Mail: kiefer@diako-online.de

Dr. Rupert Knoblich
Albert-Schweitzer-Str. 8
64711 Erbach
Tel.: 06062 94160, Fax: -941699
E-Mail: r.knoblich@neuro-centrum-odenwald.de

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

Dr. Fritz König
Sandstr. 18 – 22, 23552 Lübeck

Dr. Monika Körwer
Am Ziegelkamp 1F, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 6008150, Fax: -6008160
E-Mail: Nervenpraxis@t-online.de

Dr. Bernhard Kügelgen
Neversstr. 7 – 11, 56068 Koblenz
Tel.: 0261 303300, Fax: -3033033

Holger Marschner
Zossener Damm 33, 15827 Blankenfelde
Tel.: 03379 371-878, Fax: 371-879
E-Mail: bvdn@nervenarztpraxis-marschner.de

Prof. Dr. Harald Masur
Piusallee 143, 48147 Münster

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

Dipl.-Med. Mario Meinig
Barbara-Uthmann-Ring 157
09456 Annaberg-Buchholz
Tel.: 03733 672625, Fax: -672627
E-Mail: mario.meinig@t-online.de

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

Dr. Uwe Meier
Am Ziegelkamp 1f, 41515 Grevenbroich
Tel.: 02181 7054-811, Fax: -7054-822
E-Mail: umeier@t-online.de

Dr. Christoph Meyer
Darmstädter Str. 44, 64625 Bensheim
Tel.: 06251 4444, Fax: -4141
E-Mail: info@therapiegemeinschaft.de

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

Prof. Dr. Gereon Nelles
Werthmannstr. 1, 50935Köln
Tel.: 0221 7902-161, Fax: -7902-474
E-Mail: gereon.nelles@uni-due.de

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

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

Bernhard Otto
Th.-Heuss-Str. 28, 38444 Wolfsburg
Tel.: 05361 772744. Fax: -875763
E-Mail: bernhard.otto@dgn.de

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

Dr. Walter Raffauf
Dircksenstr. 47, 10178 Berlin
Tel.: 030 28327-94 Fax: -28327-95

Dr. Nikolaus Rauber
Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 97172-33, Fax: -97172-35
E-Mail: zns.sb-rastpfuhl@t-online.de

Dr. Elisabeth Rehkopf
Möserstr. 52 – 54, 49074 Osnabrück
Tel.: 0541 358560
E-Mail: elisabeth.rehkopf@web.de

Dr. Dr. habil. Paul Reuther
Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel.: 02641 98040, Fax: -98044
E-Mail: preuther@rz-online.de

Dr. Richard Rohrer
Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 4051, Fax: -4021
E-Mail: rohrer@zns-igb.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach
Holzhofstr. 5, 55116, Mainz
Tel.: 06131 222377, Fax: -227939
E-Mail: w.rossbach@gmx.de

Dr. Christa Roth-Sackenheim
Breite Str. 63, 56626 Andernach
Tel.: 0160 97796487, Fax: -964096
E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Dr. Greif Sander
Bödekerstr. 73, 30161 Hannover
Tel.: 0511 667034, Fax: -621574
E-Mail: dr.sander@posteo.de

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

Dr. Volker Schmiedel
Wiesestr. 5, 07548 Gera
Tel.: 0365 8820-386, Fax: -8820-388
E-Mail: dr.v.schmiedel@telemed.de

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

Dr. David Steffen
Lothringer Str. 1, 66740 Saarlouis
Tel.: 06831 42084, Fax: -124175
E-Mail: mail@praxissteffen.de

Prof. Dr. Martin Südmeyer
Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 24137102, Fax: -24137100

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

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

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch
Am Tannenwald 1, 79215 Elzach
Tel.: 07682 801-870, Fax: -801-866
E-Mail: klaus.wallesch@neuroklinik-elzach.de

Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl
UK Münster, Albert-Schwietzer-Campus 1A, 48149 Münster
Tel.: 0251 8346810, Fax: -8346812
E-Mail: heinz.wiendl@ukmuenster.de

Egbert Wienforth
Cecilienstr. 1, 53840 Troisdorf
Tel.: 02241 77848, Fax: -77881
E-Mail: E.Wienforth@gmx.de

Prof. Dr. Markus Weih
Allersberger Str. 89, 90461 Nürnberg
Tel.: 0911 464400, Fax: -4719130
E-Mail: markus.weih@gmx.de

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)
von BVDN und BDN
Sprecher: Dr. Dr. Paul Reuther
Schülzchenstr. 10, 53474 Ahrweiler
E-Mail: preuther@rz-online.de

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

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

Deutsches Institut für Qualität in der Neurologie (DIQN)
Schanzenstr. 27, Schlosserei 4
51063 Köln, Tel.: 0221 955615-95
Mobil: 0173 2867914
E-Mail: info@diqn.de

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

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

Spitzenverband ZNS (SpiZ)
RA Bernhard Michatz
Geschäftsführer
Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763
E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

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

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
Geschäftsführung:
Dr. Thomas Thiekötter
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
www.dgn.org

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

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e. V. (BV ANR)
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: info@bv-anr.de
www.bv-anr.de

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)
Vorsitzender: Rolf Radzuweit
Godeshöhe, Waldstr. 2 – 10
53177 Bonn-Bad Godesberg
Tel.: 0228 381-226 (-227)
Fax: -381-640
E-Mail: r.radzuweit@bv-neurorehagodeshoehe.de
www.bv-neuroreha.de

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e. V.
Geschäftsstelle Fulda
Postfach 1105, 36001 Fulda
Tel.: 0700 46746700
Fax: 0661 9019692
E-Mail: fulda@gnp.de
www.gnp.de

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)
Vorsitzender: Dr. Mario Prosiegel
Fachklinik Heilbrunn
Wörnerweg 30
83670 Bad Heilbrunn
Tel.: 08046 184116
E-Mail: prosiegel@t-online.de
www.dgnkn.de

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)
Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
Tel.: 030 284499 22
Fax: -284499 11
E-Mail: gs@dgnc.de
www.dgnc.de

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)
Alte Jakobstr. 77, 10179 Berlin
Tel.: 030 284499 33
Fax: -284499 11
E-Mail: gs@bdnc.de
www.bdnc.de

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e. V. (DGNR)
Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin
Geschäftsstellenleiter:
Florian Schneider
Geschäftsstellenassistenz und Mitgliederverwaltung:
Melek Mirzanli
Tel.: 030 916070-70, Fax: -22
E-Mail: dgnr@neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096601/02
Fax: -8093816
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP) e. V.
Postfach 1366, 51675 Wiehl
Tel.: 02262 797683, Fax: -9999916
E-Mail: GS@dggpp.de
www.dggpp.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096519, Fax: -28096579
E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de, www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)
Rhabanusstr. 3, 55188 Mainz
Tel.: 06131 6938070, Fax: -6938072
E-Mail: mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)
Brücker Mauspfad 601
51109 Köln
Tel.: 0221 842523, Fax: -845442
E-Mail: staeko@vakjp.de

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

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

NEUROTRANSMITTER

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

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN), Vorsitzende Dr. med. Sabine Köhler (sk), Dornburger Str. 17a, 07743 Jena, Tel.: 03641 443359, E-Mail: sab.koehler@web.de, und Vorsitzender Dr. med. Klaus Gehring (kg), 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

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100 %. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer Science+Business Media GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science+Business Media GmbH ist die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH, die 100 % der Anteile hält. Die Springer Science+Business Media Deutschland GmbH ist eine 100 %ige Tochtergesellschaft der Springer SBM Two GmbH. Die Springer SBM Two GmbH ist eine 100 %ige Tochter der Springer SBM One GmbH. Die Springer Nature GmbH (73,116 %), die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (26,595 %) und die Springer SBM One GmbH (0,285 %) sind Gesellschafter der Springer SBM One GmbH. An der Springer Nature GmbH hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47 % der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53 % der Anteile.

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

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@springernature.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)

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

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springernature.com)
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 20 vom 1.10.2017.

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

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 12-mal jährlich (inkl. einer Sonderausgabe). 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 28 €, Jahresabonnement 225 € (für Studenten/AIP: 135 €), jeweils inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland 34 €, Ausland 54 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 64 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

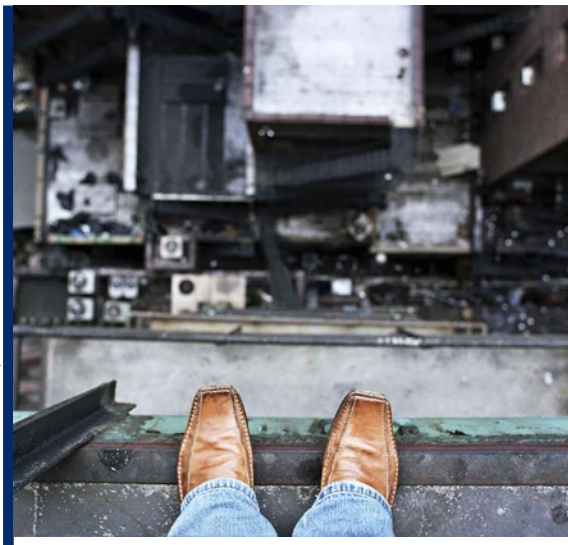
Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur Publikation 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 Gebrauchs-/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

LA-MED geprüft Facharzt-Studie 2016



© Jitalia / Adobe Stock (Symbolbild mit Fotomodell)

Vorschau

Ausgabe 7–8/2018

August

erscheint am 16. August 2018

Pharmakotherapie der Suizidalität

Es existieren nur wenige plazebokontrollierte prospektive Studien zur antisuizidalen Wirkung von Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Neuroleptika. Dies gilt aber nicht für Lithium, das in einer Reihe retrospektiver und einzelner prospektiver Studien einen deutlichen antisuizidalen Effekt zeigt, der bei Moodstabilizern weniger stark ausgeprägt zu sein scheint.

Neuropathieschmerz auf der Spur

Neuropathische Schmerzen sind mit einer Vielzahl positiver und negativer somatosensorischer Symptome assoziiert. Diese standardisiert zu messen und zu objektivieren ist eine diagnostische Herausforderung.

Entzugstherapie im Strafvollzug

Die Zahl der Suchtkranken, die in einem Zwangskontext behandelt werden, und die parallel dazu eine Freiheitsstrafe verbüßen, steigt. Das hat auch Auswirkungen auf die Therapie.

Hier steht eine Anzeige.

Springer