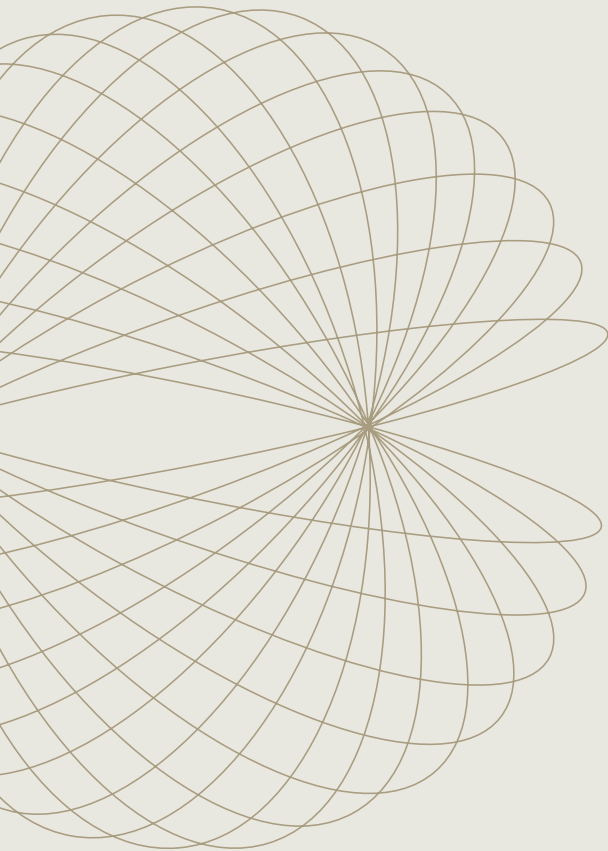


7–8

August 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)



Psychisch Kranke

Deutscher Ärztetag will Versorgung stärken

Arzthelferinnen fördern

**Abgabengünstige Gehaltsaufstockung
für MFA**

Status epilepticus

Prognose im Erwachsenenalter vorhersagen

CME: Pharmakotherapie der Suizidalität

Prävention oder Promotion?

NeuroTransmitter-Telegramm 3/2018
Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände

**„Off-label-Regressanträge der
Krankenkassen bei Neuroleptika“**

Hier steht eine Anzeige.





„Die Novelle der Richtlinien-Psychotherapie schafft zweifelsfrei einen schnelleren Erstzugang, was eindeutig als Erfolg gewertet werden kann. Dies geschieht jedoch bisher auf Kosten einer nachhaltigen Behandlung.“

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

Haben die neuen Psychotherapie-Leistungen die Versorgung verbessert?

Am 1. April 2017 ist die Novellierung der Richtlinien-Psychotherapie in Kraft getreten und die neuen Leistungen der „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ und „Psychotherapeutischen Akutbehandlung“ sind seitdem für uns verfügbar.

Ein großes Ziel der Reform insbesondere seitens des GKV-Spitzenverbandes war, die mittlerweile fast 30.000 Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in die niederschwellige Sprechstundenversorgung zu bringen, ja im Grunde zu zwingen. Seitens der Politik herrscht die Auffassung, dass es eine „Versorgungslücke“ für die schnelle Diagnostik von Menschen mit psychischen Störungen gebe. Die Sprechstundenversorgung, die wir Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologen und Nervenärzte schon lange erbringen, kann den steigenden Bedarf nicht decken.

Verlagerung bei den beanspruchten Leistungen

Was wissen wir nach ungefähr 15 Monaten über die Veränderung der Versorgungssituation durch die neuen Leistungen?

Die Psychotherapeutische Sprechstunde wurde von den Psychotherapeuten sofort flächendeckend angenommen, umgesetzt und ist vollumfänglich in der Versorgung angekommen. Dafür sind die probatorischen Sitzungen sowie die Kurzzeittherapien in sehr deutlichem Ausmaß zurückgegangen. Auch die Nutzung der Psychotherapeutischen Akutbehandlung nimmt kontinuierlich zu. Gleichzeitig haben sich natürlich die Kapazitäten für Langzeittherapieplätze verringert. Das haben wir als Verbände schon vor Einführung der Reform kritisch gesehen, und genau so ist es auch gekommen.

Für uns Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte sowie Neurologen mit Zusatztitel Psychotherapie oder Psychoanalyse bedeutet die Reform, dass der psychotherapeutische Teil unserer Sprechstundentätigkeit, den wir sonst innerhalb unserer 10-Minuten-Leistungen budgetiert miterbracht haben, nun extrabudgetär vergütet im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Psychotherapeutischen Akutbehandlung erbringbar ist. Das freut uns einerseits, es ist andererseits aber auch mit ambivalenten Gefühlen verbunden, da unsere eigentliche, hochkomplexe psychiatrisch-psychotherapeutische fachärztliche Tätigkeit weiterhin benachteiligt

bleibt. Unsere Fachgruppen haben die neuen Leistungen ebenfalls flächendeckend angenommen, setzen sie aber sehr differenziert und eher sparsam ein. Eine Tendenz, dem finanziellen Anreiz folgend in hohem Umfang die 10-Minuten-Ziffern durch die Psychotherapeutische Sprechstunde zu ersetzen, ist nicht erkennbar. Wie sollten wir sonst auch den hohen Patientenzahlen und dem resultierenden Versorgungsdruck gerecht werden können?

Schnellerer Erstzugang

Für die Patienten bedeutet die Reform, dass sie recht schnell einen ersten Termin zur Psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten können. Sie können sich zudem selbst an die Terminservicestellen wenden, ohne den entsprechenden Dringlichkeitscode, wenn sie den Eindruck haben, sie haben ein psychisches Problem. Damit sind sie aber noch längst nicht am Ziel einer passgenauen Versorgung.

Mein Fazit: Die Novelle der Richtlinien-Psychotherapie schafft zweifelsfrei einen schnelleren Erstzugang, was eindeutig als Erfolg gewertet werden kann. Dies geschieht jedoch bisher auf Kosten einer nachhaltigen Behandlung. Sie bringt nicht, wie von den Krankenkassen erhofft, „psychotherapeutisch fehlplatzierte Patienten“ aus dem System heraus, sondern schafft durch den niederschweligen Zugang noch mehr Bedarf, der aber durch die Reform selbst schon weniger gedeckt werden kann.

Die Antwort kann nur sein, dass es auch mehr Fachärzte unserer Fachgruppen geben muss, um die „Versorgungslücke“ zu schließen.

Herzliche Grüße,
Ihre



6 Versorgung psychisch Kranker stärken

Eines der Hauptthemen beim 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt war die Versorgung psychisch Kranker. Die Delegierten fassten mehrere wichtige Beschlüsse, die – sofern sie dann irgendwann auch in der Praxis ankommen – die Versorgungssituation Betroffener, aber auch die Rolle der behandelnden Ärzte stärken. Aber auch zur Musterweiterbildungsordnung sowie zur Fernbehandlung wurden Beschlüsse gefasst, die sich unmittelbar auf die ärztliche Tätigkeit auswirken.

20 Arzthelferinnen fördern

In manchen Gebieten herrscht schon seit längerem ein Mangel an qualifizierten medizinischen Fachangestellten. Übertarifliche Gratifikationen, die steuerbegünstigt und/oder von Sozialleistungen befreit sind, können eine attraktive Möglichkeit sein, neue Arzthelferinnen zu finden beziehungsweise bewährte Kräfte an die Praxis zu binden. Da die Details komplex sind, empfiehlt es sich, den Steuerberater zurate zu ziehen.

In dieser Ausgabe!

Auf Seite 48 der Medizin Report aktuell „Negativsymptomatik bei Schizophrenie: Cariprazin unterstützt die Rückkehr in ein aktives Leben“.

Titelbild (Ausschnitt): „Der Adler“
von Ronald Knoll

Inhalt 7-8

August 2018

3 Editorial

Haben die neuen Psychotherapie-Leistungen die Versorgung verbessert?

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Die Verbände informieren

6 Deutscher Ärztetag will die Versorgung psychisch Kranker stärken

Berichte vom 121. Deutschen Ärztetag

Christa Roth-Sackenheim, Andernach, und Roland Urban, Berlin

12 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Telematikinfrastruktur: Installation bleibt Pflicht

— Evaluationsbericht Terminservicestellen 2017: Nervenärzte gesuchteste Fachgruppe

Gunther Carl, Kitzingen

14 Recht

— Praxisübliche Zeiten nicht in Stein gemeißelt: Sprechstunde auch am Samstag erlaubt

— Plausibilitätszeiten überschritten: Angebliches schnelleres Arbeiten zieht vor Gericht nicht

Bernhard Michatz, Berlin

15 Nachschlag bei der Vergütung mitnehmen!

BVDN-Landesverband Westfalen-Lippe

Friederike Klein, München

Rund um den Beruf

18 Beinahe die Quadratur des Kreises ...

Frankreich im „Länderprofil Gesundheit“ der OECD

Markus Weih, Nürnberg

20 Gute Arzthelferinnen an die Praxis binden

Steuerbegünstigte Zusatzentlohnung

Gunther Carl, Kitzingen

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

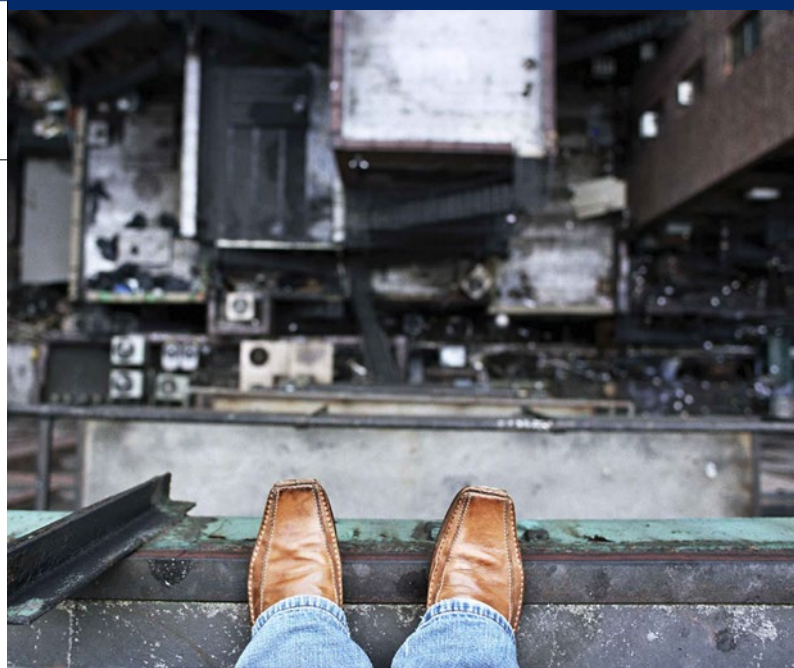
Fortbildung

- 24 Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher im Maßregelvollzug**
Rückfallmanagement umfasst Suchtmittel und Straftaten
Birgit von Hecker, Bad Emstal
- 30 Prognosevorhersage bei Status epilepticus im Erwachsenenalter**
Zahlreiche Ansätze – wenig Sicherheit
Caroline Reindl, Dominik Madžar, Erlangen
- 34 Messen wir in der Schmerzdiagnostik was Patienten fühlen?**
Schmerzfragebogen und quantitativ-sensorische Testung im Vergleich
Nanne Gierthmühlen, Ralf Baron, Kiel
- 38 CME: Prävention oder Promotion?**
Pharmakotherapie der Suizidalität
Thomas Bronisch, München
- 44 CME-Fragebogen**

Journal

- 50 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Von der Strafe Gottes zum künstlerischen Stimulans
Vom literarischen Wandel der Syphilis – Teil 3
Gerhard Köpf, München
- 54 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Schaffe lieber ungewöhnlich
Metallbildhauer Ronald Knoll
Angelika Otto, München

- 11 Kleinanzeigen**
45 Pharmaforum
56 Termine
58 Verbandsservice
63 Impressum/Vorschau



38 Pharmakologische Therapie von Suizidalität

Lithium zeigte in retrospektiven und einzelnen prospektiven Studien einen deutlichen antisuizidalen Effekt, der für Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Neuroleptika bisher nur in sehr wenigen placebokontrollierten prospektiven Studien direkt untersucht wurde. Die Pharmakotherapie der Suizidalität kann jedoch anhand empirischer Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, aber auch ihres eventuellen Gefährdungspotenzials beurteilt werden.

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)





121. DÄT in Erfuth

Deutscher Ärztetag will die Versorgung psychisch Kranker stärken

Einen ganzen Vormittag lang widmeten sich die Delegierten des 121. Deutschen Ärztetags (DÄT), der vom 8. bis 11. Mai in Erfurth stattfand, den psychischen Erkrankungen. Das Thema war der Bundesärztekammer zunehmend wichtiger geworden, nachdem es im vergangenen Jahr eine heftige Debatte um Modellstudiengänge zur Psychopharmakaverordnung durch Psychologische Psychotherapeuten gegeben hatte. Die zentrale Aussage der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Medizinische Behandlung muss in allen Fächern die psychische Komponente mitdenken und versorgen.

Der Debatte vorangestellt wurden drei Impulsreferate. Den Anfang machte Professor Stephan Zipfel, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Tübingen, der den Teilnehmern einen Überblick zum Thema „Psychische und psychosomatische Störungen als gesellschaftliche und medizinische Herausforderung“ gab. Allgemeiner Stressor Nummer 1 sei laut einer Erhebung der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2013 bei Frauen und Männern die Arbeitswelt, unmittelbar gefolgt von hohen Anforderungen an sich selbst. Die häufigsten psychosomatischen Beschwerden sind demnach Rückenschmerzen und Muskelverspannungen. Weiterer Schwerpunkt des Vortrags war

die erhebliche Auswirkung von psychischen Komorbiditäten auf die Prognose körperlicher Erkrankungen. Zudem beschrieb Zipfel die Entwicklung der ärztlichen Psychotherapie in den letzten 60 Jahren und stellte fest: „Die Psychotherapie ist ein Bestandteil der Medizin!“ Seine Schlussforderung lautete: „Bessere Vernetzung der Sektoren, eigenständige Bedarfsplanung für alle ZNS-Fächer, gezielte Förderung der ‚Sprechenden Medizin‘“.

Anschließend referierte Professor Jochen Gensichen, Leiter des Institutes für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München zum Thema „Patienten mit psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis“. Die große Herausforderung sei zum einen die zunehmende psy-

chische Komorbidität insbesondere älterer Menschen, zum anderen jedoch auch die Tatsache, dass 61 % der depressiv Erkrankten ausschließlich hausärztlich versorgt würden und die psychotherapeutische Versorgung bei 75 % der depressiven Patienten in der psychosomatischen Grundversorgung der Hausärzte bestehe. Gensichen stellte ein von ihm entwickeltes Modell des telefonischen Depressions-Monitorings mittels eines Gesundheitsfragebogens durch die Medizinische Fachangestellte vor. Allein das Gefühl, „es kümmert sich jemand“, habe bereits die Depressionssymptome der Patienten gelindert. Sein Fazit: „Die Hausarztpraxis ist ein zuverlässiger Ort für die Langzeitversorgung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen ... insbesondere auch mit psychischer Komorbidität.“



Über die wichtigsten Aspekte der „Sektorübergreifenden, integrativen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ informierte Dr. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin und Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Alexianer St. Joseph Krankenhauses Berlin Weißensee sowie Past-Präsidentin der DGPPN. In ihrem Vortrag bezifferte sie die enorm hohe Zahl der von einer psychischen Krankheit Betroffenen mit 17,8 Millionen Erwachsenen jährlich, von denen jedoch pro Jahr nur 18,9 % Kontakt zu Leistungsanbietern im deutschen Gesundheitswesen aufnahmen. Obwohl die Prävalenz psychischer Erkrankungen nicht zugenommen habe, sei die Inanspruchnahme deutlich gestiegen. Dennoch sei nur jeder fünfte Patient in spezialisierter Behandlung. Die Lebenserwartung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sei im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um zehn Jahre geringer. Die Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen hätten seit 1993 um 80 % zugenommen und nur 10 % der psychisch erkrankten Menschen befänden sich noch im ersten Arbeitsmarkt. Die direkten Kosten aufgrund psychischer Erkrankungen betrügen 44,4 Milliarden €.

Anschließend stellte Hauth die vertragsärztliche und stationäre Versorgungssituation detailliert dar (**Abb. 1, Abb. 2, Abb. 3, Tab. 1**). Ihre aus fünf Punkten bestehende Zusammenfassung, die von uns Berufsverbänden vollumfänglich unterstützt wird, brachte das Wesentliche auf den Punkt (siehe **Ver-**

tragsärztliche und stationäre Versorgungssituation).

Nach diesen drei Impulsvorträgen debattierten die Delegierten des DÄT mit über 40 Redebeiträgen über drei Stunden und verabschiedeten schließlich ein Paket von elf Anträgen. Der Antrag des Vorstands nachfolgend im Wortlaut:

TOP II Psychische Erkrankungen: Versorgung aus ärztlicher Sicht

Titel: Weiterentwicklung des Behandlungs- und Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem gesundheitspolitischen Schwerpunkt machen

EntschlieÙung

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache II – 01) fasst der 121. Deutsche Ärztetag 2018 folgende EntschlieÙung: Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 ruft den Gesetzgeber sowie die Institutionen der Selbstverwaltung dazu auf, sich stärker für die besonderen Bedürfnisse und Interessen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen einzusetzen und die Weiterentwicklung des bestehenden Behandlungs- und Versorgungssystems im ambulanten und stationären Bereich im Sinne einer verbesserten sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zu einem Schwerpunkt gesundheitspolitischer Maßnahmen zu machen.

Begründung

Psychische und psychosomatische Erkrankungen wie Depressionen, Angststö-

rungen, somatoforme Störungen, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zählen zu den häufigsten, aber hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung nicht selten unterschätzten Erkrankungen. Psychische und psychosomatische Erkrankungen bedeuten enormes Leid für die Betroffenen und ihr Umfeld. Etwa ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands ist jedes Jahr von ih-

Vertragsärztliche und stationäre Versorgungssituation (Dr. I. Hauth)

1. Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten; 30 % der erwachsenen Bevölkerung sind betroffen; der Behandlungsbedarf sowohl ambulant als auch in der Klinik ist in den letzten 20 Jahren deutlich gestiegen.
2. Deutschland verfügt über ein differenziertes, aber fraktioniertes Versorgungs- und Finanzierungssystem.
3. Die ambulante Regelversorgung durch Fachärzte für Psychiatrie und Nervenärzte ist durch ausreichende Honorierung und Nachwuchsgewinnung zu sichern.
4. Für die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und für die Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie sind Personalausstattungen zu definieren, die leitlinienorientierte Behandlung ermöglichen und seitens der Kostenträger refinanziert werden.
5. Zur Qualitätssicherung der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine strukturierte verbindliche Kooperation aller Leistungserbringer im Sinne der sektorübergreifenden Versorgung zu fördern.

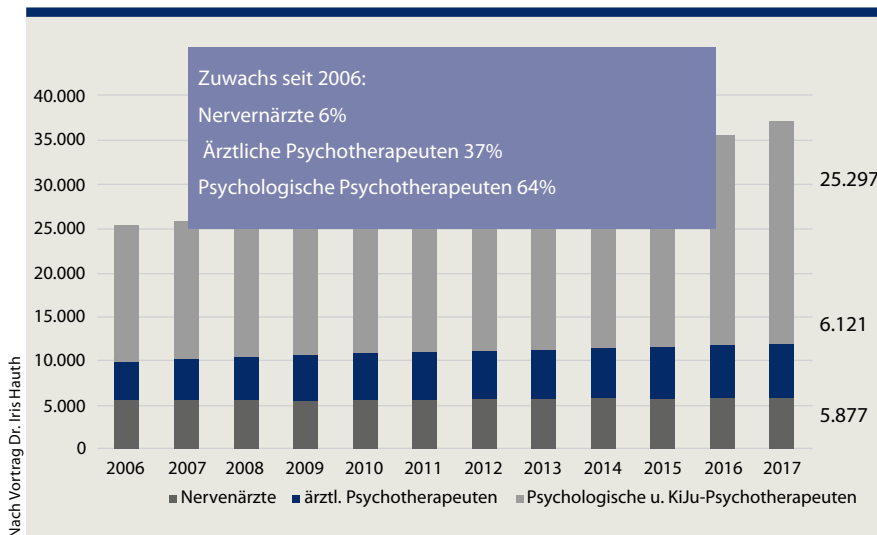


Abb. 1: Regelversorgung muss gewährleistet werden

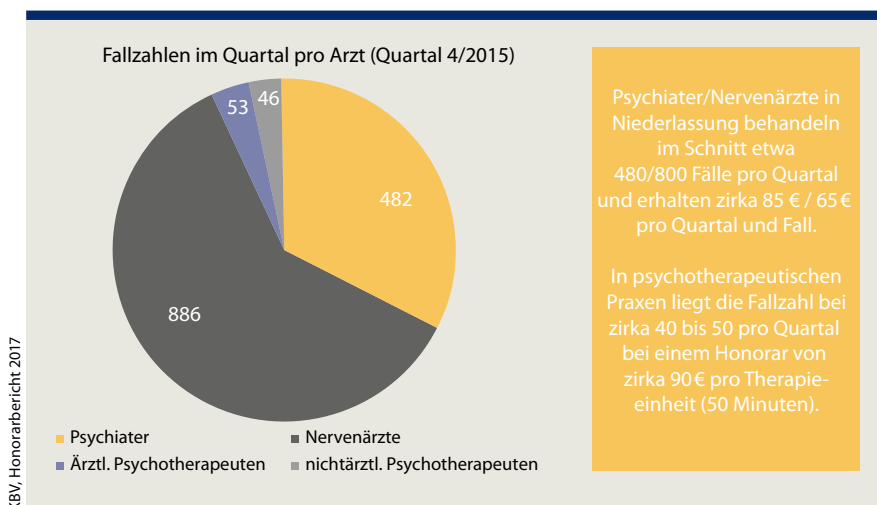


Abb. 2: Mangelhafte Honorierung der Psychiater/Nervenärzte

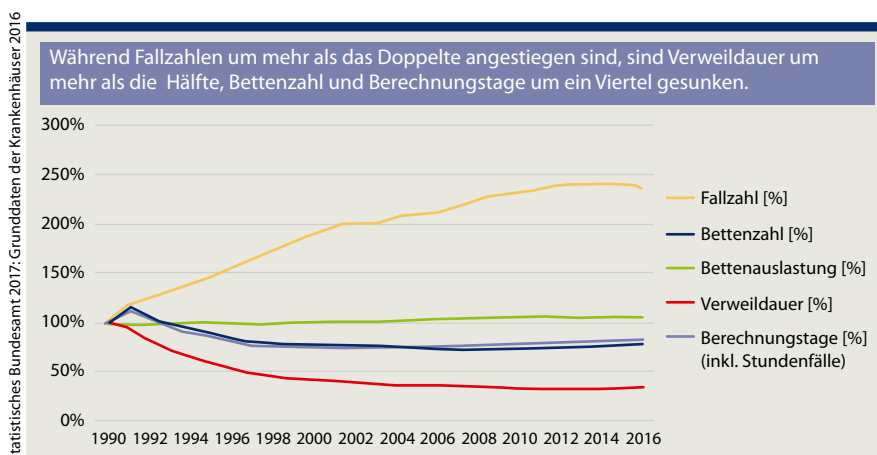


Abb. 3: Leistungsverdichtung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

nen betroffen – unabhängig von Alter oder sozialem Status. Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben zudem eine um zehn Jahre verminderte Lebenserwartung. Psychische und psychosomatische Erkrankungen stellen auch für die Volkswirtschaft eine große Belastung dar. Sie verursachen in Deutschland über 44 Milliarden € an jährlichen Kosten und sind die häufigste Ursache für Erwerbsminderungsrenten. Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten. Deshalb stellt die Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine große Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem dar. Dies gilt erst recht für die durchgängige Integration und Inklusion von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Deutschland verfügt über ein umfangreiches und im internationalen Vergleich hoch komplexes Versorgungssystem mit einer psychosomatischen Grundversorgung durch Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sowie einer fachärztlichen Versorgung durch Nervenärztinnen und -ärzte, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie weiteren Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie. Zudem tragen psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen zur Versorgung bei. Die Finanzierung der Leistungen erfolgt über unterschiedliche Kostenträger (gesetzliche Kranken- und Rentenversicherer, Sozialhilfeträger, kommunale und regionale Behörden, Arbeitsverwaltung und Wohlfahrtsverbände). Diese Fragmentierung des Versorgungssystems führt leider nicht selten zu vermeidbaren Behandlungsabbrüchen.

Um dies zu beheben, muss der gesetzliche Rahmen für eine sektorenübergreifende Vernetzung aller Angebote zur Förderung strukturierter und bedarfsgerechter Versorgungsangebote geschaffen und die Umsetzung gezielt erprobt werden. Dabei ist die Stärkung der zu-

verlässigen und kontinuierlichen hausärztlichen Versorgung und Koordination für Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zu betonen. Zum anderen müssen auch die strukturellen Bedingungen des Finanzierungssystems darauf ausgerichtet werden, den in diesem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzten die notwendigen Ressourcen für eine adäquate Behandlung zur Verfügung zu stellen. In erster Linie sind dies ausreichend Zeit für diagnostische und therapeutische Gespräche, medizinische Interventionen sowie Koordinationsleistungen im Versorgungsnetz der Patientinnen und Patienten und die Anleitung von Bezugspersonen. Schließlich ist einer der wichtigsten Qualitätsparameter der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen die umfassende Teilhabe in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Diese zu erhalten oder wiederherzustellen muss das Ziel der zukünftigen politischen Maßnahmen sein.

Weitere Anträge

Außerdem wurden weitere Anträge angenommen (Auswahl und Zusammenfassung):

- Keine Substitution indizierter psychotherapeutischer Behandlungen

Tab. 1: Psychiatrische und psychosomatische stationäre Versorgung

	Fachkliniken und Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern	Bettenanzahl	Fallzahl 2016
Psychiatrie und Psychotherapie	409	55.976	823.182
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	145	6.175	59.023
Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik	253	10.857	84.600
Insgesamt	807	73.008	966.805

Statistisches Bundesamt 2017: Grunddaten der Krankenhäuser 2016

- Stigmatisierung psychisch Erkrankter abbauen
- Die Speicherung der Daten psychisch Kranker wird abgelehnt
- Gesetzliche Grundlage für eine „Arbeitsminderung“ schaffen (d. h. auch in der Krankheit weiter unter geschützten Bedingungen arbeiten dürfen)
- Sprechende Medizin endlich stärken

Fazit für die Praxis

Obwohl auf dem 121. DÄT in Erfurt mehrere die Deutsche Ärzteschaft existenziell betreffende Themen auf der

Agenda standen (Lockerung des Fernbehandlungsverbots, Musterberufs- und Musterweiterbildungsordnung, GOÄ) wurde in großer Ernsthaftigkeit und Intensität zum Thema der Versorgung psychischer Störungen aus ärztlicher Sicht debattiert und es wurden Beschlüsse gefasst. Wir Verbände werden die Umsetzung einfordern! □

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim
Vorsitzende des BVDP

DEUTSCHER ÄRZTETAG 2018

Viele Beschlüsse mit Auswirkungen auf die tägliche ärztliche Arbeit

Auf dem 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt gab es neben dem besonders wichtigen Hauptthema der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen (siehe Artikel oben) eine Reihe weiterer Beschlüsse, etwa zur Musterweiterbildungsordnung, zur Fernbehandlung oder zur Notfallversorgung, die erhebliche Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit haben, auch für uns Nervenärzte, Neurologen und Psychiater. Ein Überblick.

So diskutierten die Delegierten ausführlich über die neue Musterweiterbildungsordnung (M-WBO), die schließlich ohne Gegenstimmen in der vom Präsidium vorgestellten Form verabschiedet wurde. Bei der M-WBO gibt es eine Veränderung im Grundkonzept: Es

geht nicht mehr um definierte Einzelzahlen und einzelne Zeiten, sondern um den Versuch, eine kompetenzbasierte Weiterbildung zu erreichen. Es wird nun darauf ankommen, wie die Landesärztekammern die M-WBO umsetzen, die ja nur eine Rahmenvorgabe darstellt.

Im Bereich der Psychiatrie und der Neurologie hatte es bis kurz vor dem Ärztetag noch Diskussionen darüber gegeben, ob das verpflichtende Jahr im komplementären Fach weiterhin Bestand haben sollte oder nicht. Dabei waren es die Vertreter der Neurologen, die meinten, auf das Jahr Psychiatrie verzichten zu können, während die Psychiater eindeutig an dem Jahr im komplementären Fach festhalten wollen. So hat es der Ärztetag nun auch beschlossen.

Paragraf 219a

Der § 219a StGB war von der Laienpresse bereits im Vorfeld des Ärztetages mehrfach aufgegriffen worden und auch

in den Ärztekammern wurde dieses Thema diskutiert. Insofern war es nicht überraschend, dass sich auch die Teilnehmer des Deutschen Ärztetages intensiv und teilweise auch sehr kontrovers über die Gestaltung des § 219a austauschten.

In den Redebeiträgen zeigte sich das gesamte Spektrum der Meinungen, von einer Forderung nach völliger Abschaffung des § 219a, bis hin zu einer unveränderten Beibehaltung. In der teilweise recht emotional geführten Debatte wurde deutlich, dass eigentlich alle Redner eine Bestrafung von Ärzten ablehnen, die sachlich auf die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs in ihrer Praxis hinweisen. Deutlich wurde in der Debatte, dass die Begriffe „Werbung“ und „Information“ unterschiedlich verstanden und interpretiert werden. Im Verlauf der Diskussion stellte sich rasch heraus, dass ein Versuch, den Gesetzgeber zu einer völligen Streichung des § 219a zu bewegen, wenig Aussicht auf Erfolg haben dürfte. Stattdessen wird angeregt, der Gesetzgeber möge den § 219a so präzisieren, dass Rechtssicherheit für Ärzte besteht, die sachlich auf die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs in ihrer Praxis hinweisen wollen.

Fernbehandlungsverbot ist Geschichte

Viel Aufmerksamkeit zog die Änderung zur Fernbehandlung in der Musterberufsordnung auf sich. Künftig soll nun auch eine ausschließliche Fernbehandlung möglich sein, also auch ohne dass es jemals zu einem direkten persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patienten kommt. Diese Neuerung wurde aus Sicht der Befürworter nötig, da sich außerhalb Deutschlands (Schweiz, Dänemark, Großbritannien) Callcenter-artige Einrichtungen etabliert haben, die eine derartige ausschließliche Fernbehandlung anbieten. Man müsse jetzt handeln, um diesen privaten Anbietern im Ausland das Feld nicht komplett zu überlassen. Darüber hinaus werde eine Verbesserung der Patientenversorgung durch diesen Wegfall des Fernbehandlungsverbotes möglich. Konkret hat sich der Ärztetag zu einem Kompromiss durchgerungen, der eine Fernbehandlung „im Einzelfall“ erlaubt, wenn dies „ärztlich

vertretbar“ ist. Es sollen ausschließlich Vertragsärzte im Rahmen des Sicherstellungsauftrages eine Fernbehandlung im vertragsärztlichen Sektor durchführen dürfen. Eine Krankschreibung soll im Rahmen einer Fernbehandlung ohne persönlichen Kontakt mit dem Patienten nicht möglich sein.

Inwieweit wir Nervenärzte, Neurologen und Psychiater von dieser Neuregelung profitieren können und vor allem auch inwieweit dies unsere Arbeit erleichtern oder verbessern kann, wird die Zukunft zeigen. Ob die Einschränkungen, die der Patientensicherheit dienen sollen, eine Wirkung haben werden, bleibt ebenfalls abzuwarten. Außerdem gilt es zu verfolgen, ob es durch die erweiterten Möglichkeiten der Fernbehandlung tatsächlich zu der mehrfach beschworenen Verbesserung der Versorgungssituation vor allem auf dem Lande kommen wird.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, verkündete auf der Bühne stolz, dass nur wenige Minuten nachdem die Delegierten das ausschließliche Fernbehandlungsverbot gekippt hatten, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ihm einen Glückwunsch per Textnachricht geschickt habe. Ob diese Tatsache etwas Positives ist oder nicht, sei dahingestellt.

Auch die von der Laienpresse teilweise unkritisch gelobte Entscheidung des Deutschen Ärztetages kann nicht darüber hinweg täuschen, dass bei der Fernbehandlung noch viele Fragen offen sind. In vielen Medien wurde nicht deutlich, dass eine Fernbehandlung auch bislang schon möglich war, und dass das wirklich Neue in der Möglichkeit einer ausschließlichen Fernbehandlung besteht.

Qualifikation ausländischer Ärzte

Die Sicherstellung der beruflichen Qualifikation in Deutschland tätiger ausländischer Ärzte diskutierten die Delegierten streckenweise sehr kontrovers und auch emotional. Dabei ging es sowohl um das fachliche als auch das sprachliche Wissen von Kollegen in erster Linie aus sogenannten Drittstaaten (Nicht-EU-Staaten). Einige Diskutanten wiesen darauf hin, dass es in verschiedenen Ländern völlig unproblematisch sei, ge-

fälschte Zeugnisse zu erwerben, die als Fälschungen nicht erkennbar seien. Andere betonten, es könne nicht angehen, alle Ärzte aus Drittstaaten unter einen Generalverdacht zu stellen. Wer jedoch bereits selbst Fachsprachprüfungen durchgeführt hat, weiß, dass die Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte teilweise als definitiv nicht ausreichend für eine Kommunikation mit Patienten und Kollegen angesehen werden müssen. Allein diese Tatsache stimmt nachdenklich. Eine Wissensprüfung von ausländischen Ärzten, die ihren Facharztstitel in einem EU-Mitgliedsland erworben haben, ist aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Anders ist es bei Ärzten aus Drittstaaten. In welchem Ausmaß eine Prüfung dieser Ärzte gerechtfertigt sein kann, wurde lebhaft diskutiert.

Streckenweise entstand der – möglicherweise falsche – Eindruck, dass es den Klinikern und auch den Klinikbetreibern darum geht, den Ärztemangel durch ausländische Ärzte aufzufangen, während die niedergelassenen Delegierten hier größere Schwierigkeiten für die Versorgung sahen. Die Delegierten waren sich schließlich einig, dass Ärzte aus Drittstaaten einen medizinischen Kenntnisstand nachweisen müssen, der dem von Ärzten entspricht, die ihre Ausbildung in Deutschland absolviert haben.

Notfallversorgung

Auch über die Notfallversorgung diskutierten die Teilnehmer ausführlich. Dabei wurde deutlich, dass die Interessen der Kliniken offenbar weit von denen der niedergelassenen Ärzte abweichen. Einhelligkeit bestand allerdings darin, dass eine wirksame Steuerung von Patienten in der Notfallversorgung erreicht werden müsse. In weiteren Wortmeldungen betonten Teilnehmer, dass der Anteil an Notfallversorgung, der in den ärztlichen Praxen schon immer geleistet wurde und weiterhin geleistet wird, besser anerkannt werden müsste. Da es sich hier um eine Tätigkeit handelt, die sektorenübergreifend honoriert wird, waren die Redebeiträge teilweise entsprechend pointiert. Einigkeit bestand dahingehend, dass es um eine Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor gehen und dass die Honorierung extrabudgetär erfolgen müsse.

Psychotherapeutenausbildung

Für viele Delegierte offenbar von geringerem Interesse war der – nichtsdestotrotz sehr wichtige – Beschluss des Deutschen Ärztetages, die geplante Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zur Reform der Ausbildung der psychologischen Psychotherapeuten abzulehnen. In der Debatte wurde deutlich, dass der Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums aus Sicht der Ärzteschaft das ärztliche Berufsbild und die ganzheitliche Versorgung der Patienten bedrohen.

In diesem Zusammenhang forderte der Ärztetag den Gesetzgeber auf, den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als ein von den drei relevanten Berufsgruppen paritätisch besetztes Gremium beizubehalten.

Neue Zusatzweiterbildungen

Es wurde schließlich auch über eine Vielzahl von Zusatzweiterbildungen diskutiert. Für die niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater könnte künftig eventuell wichtig werden, dass unter anderem die neuen Zusatzweiterbildungen „Geriatric“ sowie „Sexualmedizin“ eingeführt wurden. Denn damit wird impliziert, dass wir Nervenärzte, Psychiater und Neurologen in unserer Weiterbildung nicht genügend Kenntnisse in diesen Bereichen erworben haben, um hier eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Ob sich dies schlussendlich auf die Arbeits- und Abrechnungsmöglichkeiten der niedergelassenen Nervenärzte auswirken wird, bleibt abzuwarten.

GOÄ – noch kein Ende in Sicht

Und dann gab es natürlich auch noch das Dauerthema GOÄ. Allerdings konnte eigentlich keine weitere Entwicklung berichtet werden: Die Legendierung ist im Wesentlichen komplettiert, was jetzt noch fehlt, ist offenbar die Berechnung der Vergütung. Die Bundesärztekammer wurde aufgefordert, weiterhin an der Fortentwicklung der GOÄ-Novellierung zu arbeiten. □

AUTOR

Dr. med. Roland Urban, Berlin
Schriftführer des BVDN

Kleinanzeigen aus der Praxis

Inserieren Sie kostenlos im NeuroTransmitter!

Inserieren Sie 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: bvdn.bund@t-online.de. Bei aktueller Verbandsmitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsten Ausgabe abgedruckt.

zeige in der nächsten Ausgabe abgedruckt.

Einsendeschluss für den nächsten NeuroTransmitter ist der 27. August 2018.

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

Praxisbörse

Halber Sitz Psychiatrie/Psychotherapie in Offenburg (in Mittelbaden) zur Abgabe oder Anstellung. Weitere Infos gerne persönlich.

Kontakt: praxis.dr.benker.dr.liedtk@gmail.com
(Mobil 0160 96227494)

Halber Praxissitz in Nürnberg von FA für Nervenheilkunde abzugeben.

Kontakt: halber.na.sitz@gmx.de

Psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis am Niederrhein sucht Nachfolger oder Mitarbeiter (m/w). Die weiteren Kausalitäten wollen wir in einem persönlichen Gespräch besprechen. Alles ist möglich. Weiterbildungsermächtigung liegt vor.

Kontakt: Dr.Karl-heinzlinder@t-online.de

KV Sitz (Praxis) in Köln abzugeben für Neurologie und/oder Psychiatrie.

Kontakt: maelgerrm@hotmail.de
(Mobil 0170 4164197)

WB-Assistent (m/w) für vielseitige neurologisch-psychiatrische Praxis in Ulm ab 10/2018 gesucht, WBE 18 Monate Psych./PT

Kontakt: ulrich.rausch@dr-rausch-ulm.de

Umsatzstarke nervenärztliche Einzelpraxis mit neurologischem Schwerpunkt in Baunatal bei Kassel mit vielen Stammpatienten, zahlreichen Gutachten, moderner Ausstattung und Fahrstuhl demnächst abzugeben. Gemeinsame Übergangszeit möglich.

Kontakt: neuroschrimer@gmail.com
(Tel.: 0561 4911040)

FA für Neurologie und Psychiatrie in Speyer-Zentrum sucht Nachfolger (m/w) wegen Ausscheidens aus Altersgründen Ende 2018 oder erstes Halbjahr 2019; die wirtschaftliche Situation der Praxis ist aufgrund der langjährigen Patientenbindung hervorragend; gute Geräteausstattung (Doppler Sonografie, EEG [neu], NLG/EMG [neu]) vorhanden; Zentrum und Parkplatzmöglichkeiten fußläufig, gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel; sehr gut funktionierendes Praxisteam (MFAs). Jobsharing als Einstieg möglich.

Kontakt: praxis-speyer@gmx.de
(Mobil 0179 6933674)

FA (m/w) für Nervenheilkunde oder Psychiatrie für halben Versorgungsauftrag in Berlin gesucht, Übernahme des Versorgungsanteils möglich!

Kontakt: praxis@alicia-navarro-urena.com
(Mobil 0172 3066887)

Attraktive, gut vernetzte Nervenarzt-Gemeinschaftspraxis in der Altstadt von Bielefeld sucht zwecks Nachfolge Nervenarzt, Psychiater, Neurologen (m/w). Hoher Privat- und Gutachtenanteil.

Kontakt: swiehler@wiehler-neurologie.de
(Mobil 0152 22704200)

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

Postleitzahlengbiet 1: Nadelldrucker OKI Microline 390FB (für BTM-Rezepte, Durchschlagformulare o.ä.), unkaputtbar, läuft emuliert mit Epson-Treiber auch unter Windows7, voll funktionstüchtig, inklusive 2 Farbbändern, Preis 30 € VB brutto, zur Selbstabholung.

Kontakt: info@nervenarztpraxis-marschner.de
(Tel.: 03379 371878)

Verkaufe drei Pakete EEG-Papier für Nihon-Kohden NKD 210 T, 5600G, 210 mm × 300 mm × 1.000 sheet. VB 40 €.

Kontakt: szypkowski@lang-bettermann.de
(Tel.: 069 800873919 Frau Szypkowski)

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Installation bleibt Pflicht

➔ Ende Mai 2018 hatten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) auf eine für die Vertragsärzte deutlich günstigere Abstaffelung der Finanzierung der Anbindungskosten an die Telematikinfrastruktur (TI) geeinigt. Die Abstaffelung der Finanzierung gilt ausschließlich für den Konnektor. Die Finanzierungsbeträge der Krankenkassen für die anderen Komponenten wie stationäre und mobile Kartenlesegeräte (435 € bzw. 350 € einmalig), SMB-C-Karte (23,50 € je Quartal), Installationskosten (900 € einmalig) und laufende Betriebskosten (248 € je Quartal) haben sich nicht geändert und werden auch nicht zeitlich abgestaffelt. Die Finanzierung des Konnektors seitens der Krankenkassen wurde von 1.910 € (zweites Quartal 2018) auf 1.719 € (drittes Quartal 2018) und 1547 € (ab viertes Quartal 2018) jeweils einmalig nach Installation festgelegt und damit im Vergleich zur bisherigen Regelung deutlich erhöht.

Es ist nicht erforderlich, einen Antrag für die Erstattung der Pauschalen zu stellen. Die KVen ermitteln die Anspruchsberechtigung für alle Ärzte/Praxen, die sich bereits an die TI angeschlossen haben. Beim ersten erfolgreichen Versicherten-Stammdatenabgleich (VSDA) erzeugt die Praxissoftware eine vir-

tuelle Abrechnungsnummer, die an die KV mit der Quartalsabrechnung als Nachweis übermittelt wird. Die KVen überweisen die den Ärzten zustehenden Summen automatisch mit der nächstmöglichen Restzahlung und weisen die Beträge im Honorarbescheid aus. Die KVen kennen die angemeldete Praxisstruktur und wissen, ob es sich um eine Einzel-, eine Gemeinschaftspraxis oder eine Nebenbetriebsstelle mit abweichender Betriebsstättennummer handelt. Eine Überprüfung der Voraussetzungen erfolgt dabei jedes Quartal erneut, da sich eine Anspruchsberechtigung unter Umständen erst im Laufe der Zeit ergibt oder ändert. Dies betrifft sowohl die grundsätzlich erforderliche erfolgreiche Durchführung des VSDA als auch die mindestens drei Haus- oder Heimbefuche bei der Finanzierung eines mobilen Kartenlesegerätes.

Zwischenzeitlich sind zwei Konnektoren zugelassen (Hersteller: CompuGroup sowie Telekom, letzterer steht jedoch erst ab September zum Verkauf). Dazu kommen zwei stationäre Kartenlesegeräte (Hersteller: ORGA sowie Cherry. Das Gerät von Cherry ist gegenwärtig aber noch nicht lieferbar). Es gibt mittlerweile auch drei zugelassene mobile Kartenlesegeräte (Hersteller: ORGA, Cherry sowie ZEMO), die aber keinen Online-VSDA zulassen, sondern die Daten nur verschlüsseln. Teils muss lediglich ein Update auf ein bestehendes mobiles Gerät aufgespielt werden. Nicht alle Geräte sind bereits lieferbar.

Kommentar: Leider haben sich die ärztseitigen Erwartungen für die Initialisierungsphase der TI im GKV-Bereich nicht bestätigt. Die Industrie stellte die Geräte extrem verzögert zur Verfügung. Es findet weder ein Geräte- noch ein Preiswettbewerb statt. Die Auswahl für interoperable Geräte – in Sonderheit für den Konnektor – durch installierende Praxen steht nicht zur Verfügung. Die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) weigern sich „Fremdkonnektoren“ anzuschließen. Denn sie befürchten, dass das Gerät doch nicht mit der eigenen PVS-Software kompatibel ist. Daher raten wir in Übereinstimmung mit den KVen nun zu Folgendem: Praxen, deren PVS-Hersteller den CompuGroup-Konnektor verwenden, können ein diesbezügliches Angebot



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

»Es ist sehr schwer vorstellbar, dass bis Jahresende noch über 120.000 Praxen, Krankenhäuser und Zahnärzte an die TI angeschlossen werden können.«

annehmen. Voraussetzung ist, dass die Gesamtkosten nicht über den Pauschalen, die von den Krankenkassen erstattet werden, liegen. Sollte der PVS-Hersteller einen höheren Preis verlangen, sollten Sie nachverhandeln. Die gesamte einmalige Erstattungssumme für die Erstinstallation einer Einzelpraxis beträgt im dritten Quartal 2018 ohne mobiles Kartenlesegerät 3.245 €, ab dem vierten Quartal 2018 sind es 3.054 €. Wir schätzen die Verhandlungslage mit den Krankenkassen und den unbedingten Willen der Politik, auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen keinesfalls zu verzichten, mittlerweile so ein: Die Telematik wird sich nicht verhindern lassen. Die Konditionen für die Gegenfinanzierung in den Praxen werden sich nicht weiter verbessern. Der angeordnete Honorarabschlag von 1 % ab 1. Januar 2019 für Praxen, die die TI nicht installiert haben, wird vermutlich nochmals verschoben. Sobald ein Großteil der Praxen angeschlossen ist, dürfte es für Säumige tatsächlich zu Strafzahlungen kommen.

Derzeit sind nach Angaben der KBV etwa 8.000 Praxen tatsächlich wirksam und funktionierend an die TI angeschlossen. Die PVS-Hersteller sprechen zwar von etwa 25.000 Praxen, hier dürfte es sich aber um die Anzahl abgeschlossener Verträge oder „angemeldete“ Praxen handeln. Es ist sehr schwer vorstellbar, dass bis zum Jahresende noch über 120.000 Praxen, Krankenhäuser und Zahnärzte an die TI angeschlossen werden können.



Für bestimmte Praxen ist es bereits jetzt empfehlenswert, den Anschluss an die Telematikinfrastruktur durchzuführen.

Ein weiteres wichtiges Problem wurde bisher nur am Rande beleuchtet: Es handelt sich um Schäden, die durch Ausfall oder Funktionsstörungen der TI in den Praxen entstehen. Hier sind Schäden am eigenen Computersystem denkbar, zusätzlicher Wartungsaufwand durch die

PVS-Hersteller und vor allem Umsatzausfälle durch stillstehende Praxis-EDV. Als Betreiber verantwortlich für die TI dürften die Krankenkassen sein. Betroffene Praxen werden ihre Ansprüche wohl dort geltend machen müssen. Ob dies tatsächlich so zutrifft wird derzeit infor-

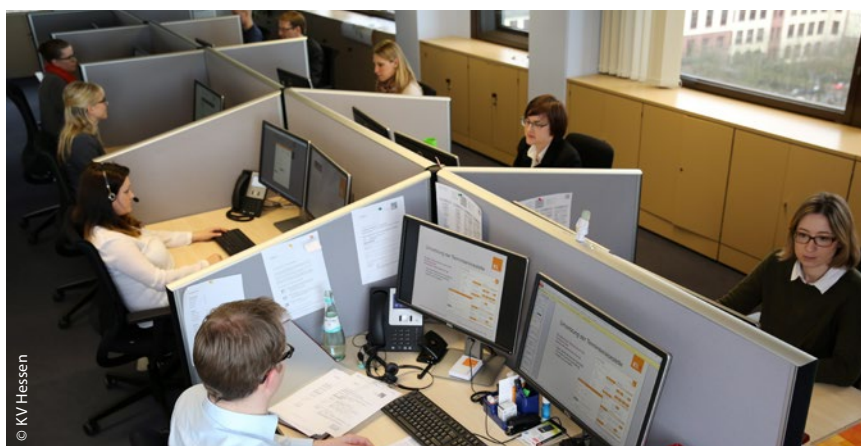
ge eines beim Deutschen Ärztetag 2018 gestellten Antrags von der Bundesärztekammer geklärt. Bei der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Juni 2018 wurde per Antrag die KBV beauftragt, hierzu ebenfalls Ermittlungen anzustellen. **gc**

EVALUATIONSBERICHT TERMINSERVICESTELLEN 2017

Nervenärzte gesuchteste Fachgruppe

➔ Im Juni 2018 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den gesetzlich geforderten Evaluationsbericht zur Arbeit der Terminservicestellen erstellt. Bundesweit nahmen die Telefonanrufe bei den Terminservicestellen vom ersten Quartal 2016 bis zum vierten Quartal 2017 von 38.000 auf etwa 116.000 je Quartal zu. Besonders viele Anrufe je 100.000 Einwohner fielen in Niedersachsen (1.560) und in Berlin (780) an, der Durchschnitt lag im Jahr 2017 bei 480. 49 % der Anrufer hatten einen berechtigten Anspruch auf Vermittlung eines Termins beim Facharzt, bei den anderen Bestand dieser Anspruch nicht. Insgesamt waren es im Jahr 2017 391.000 Anrufe.

Anspruchsberechtigt sind Versicherte, die über eine Überweisung zum Facharzt mit Angabe der Dringlichkeit und gegebenenfalls den Hinweis auf eingeschränkte Mobilität verfügen. Besteht der Wunsch nach einem Termin beim Augenarzt, Frauenarzt oder für eine Psychotherapeutische Sprechstunde beziehungsweise Psychotherapeutische Akutbehandlung ist keine Überweisung erforderlich. Die Vermittlungsstelle muss innerhalb einer Woche nach Anruf des Patienten einen Behandlungstermin bei einem entsprechenden Facharzt zur Verfügung stellen. Dabei darf die Wartezeit auf den letztendlichen Behandlungstermin höchstens vier Wochen betragen. Es darf sich nicht um Bagatellerkrankungen oder Routineuntersuchungen handeln. Insgesamt wurden 2017 ungefähr 171.000 berechnete Termine vermittelt. Die durchschnittliche Vermittlungsquote lag bei 90 %. Die Vermittlung an einen Wunscharzt ist nicht Aufgabe der Terminservicestellen. 32 % der Vermittlungswünsche richteten sich an einen Psychotherapeuten (keine Überweisung erforderlich). 24,1 % der Anrufer verfügten über eine Überweisung zum Nervenarzt (Neurologen, Psychiater). Die



Statt – wie hier – zehn Mitarbeiter zum Start sitzen in der Terminservicestelle der KV Hessen heute nur noch sieben Mitarbeiter: Einige KVen haben aufgrund der geringen Nachfrage Stellen abgebaut.

nächsthäufigen Vermittlungswünsche gingen an Kardiologen (6,3 %), Radiologen (6,0 %), Rheumatologen (4,6 %) Augenärzte, 3,8 %) Hautärzte (3,7 %), Orthopäden (3,5 %), Gastroenterologen (3,4 %) und Pneumologen (3,1 %). Dabei sind die Rheumatologen die Fachgruppe mit den meisten Anfragen pro Rheumatologen (14,1). Bei Nervenärzten (Neurologen, Psychiater) liefen je Arzt 7,8 Anfragen auf, bei Endokrinologen 5,5. Deutschlandweit sagten im Schnitt 6,6 % der Patienten direkt gegenüber der Terminservicestellen ihren Termin wieder ab. Besonders häufig geschah dies in Bayern (26 %) und Nordrhein (12 %). Zur Anzahl der letztendlich nicht wahrgenommenen Sondertermine bei den Praxen können die Terminservicestellen keine Aussage machen.

Kommentar: Das Ergebnis der Evaluation bei den Terminservicestellen ergab, was wir schon immer wussten aber nie beweisen konnten: Nervenärzte, Neurologen und Psychiater sind

die gefragtesten Fachgruppen. Die Versorgung von ZNS-Erkrankungen ist offenbar nicht ausreichend gewährleistet. Sowohl die Morbidität im Rahmen der demografischen Entwicklung als auch die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten haben sich in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt. Die Zahl von 400.000 Anrufen von Versicherten bei den Terminservicestellen in 2017 hört sich hoch an. Dies entspricht jedoch nur 0,07 % der ambulanten Behandlungsfälle. Umfragen bei Kollegen ergeben, dass nur etwa die Hälfte der von den Terminservicestellen angemeldeten Patienten diese besonderen Termine tatsächlich auch wahrnimmt. Insgesamt sprechen die Zahlen nicht unbedingt für eine Existenzberechtigung der Terminservicestellen. Für unsere Kollegen Nervenärzte, Neurologen Psychiater ließ sich aber bestätigen, warum die Wartelisten mit Patienten, die überwiegend per Überweisung in unserer Behandlung kommen wollen, so lang sind.

gc



PRAXISÜBLICHE ZEITEN NICHT IN STEIN GEMEISSELT

Sprechstunde auch am Samstag erlaubt

➞ Arbeitnehmer, die samstags definitiv nicht arbeiten wollen, sollten dies ausdrücklich so in ihrem Arbeitsvertrag festhalten. Denn auch wenn bei Vertragsschluss an Samstagen nicht gearbeitet wird, kann dies später betriebsüblich werden, wie das Landesarbeitsgericht (LAG) Rheinland-Pfalz in Mainz im Fall einer radiologischen Arztpraxis entschied (Az.: 3 Ca 13/17).

Die Klägerin arbeitet in einer einem Krankenhaus angegliederten radiologischen Gemeinschaftspraxis. Laut Arbeitsvertrag richtete sich die Arbeitszeit „nach den praxisüblichen Sprechstundenzeiten“. Bei Vertragsschluss 2011 gehörte der Samstag noch nicht dazu. 2012 führte die Praxis für ihre 26 Arbeitnehmerinnen Samstagsarbeit ein. Interessierte Mitarbeiterinnen konnten sich in entsprechende Listen eintragen. Sie erhielten einen freiwilligen Lohnzuschlag von 25 % und zudem eine Zeitgutschrift von 25 %. Als die Klägerin nach gut einem Monat Krankheit, Urlaub und Freizeitausgleich am

Mittwoch, 14. Dezember 2016, wieder zur Arbeit erschien, stellte sie fest, dass sie für den nachfolgenden Samstag zur Arbeit eingeteilt war. Sie teilte mit, dass sie wegen einer schon lange geplanten privaten Feier nicht arbeiten könne und erschien dann auch tatsächlich nicht in der Praxis. Ihr Arbeitgeber mahnte sie deswegen ab.

Mit ihrer Klage machte die Arbeitnehmerin geltend, die Samstagsarbeit sei in ihrem Arbeitsvertrag nicht erwähnt und sei bislang auch immer freiwillig gewesen. Sie sei nur eingeteilt und danach abgemahnt worden, weil sie versucht habe, gerichtlich eine Verringerung ihrer Arbeitszeit auf 20 Wochenstunden durchzusetzen. Wie die erfolgte Vertretung zeige, sei ihr Arbeitgeber in der Lage gewesen, kurzfristig umzu-disponieren.

Das Gericht schloss sich der Auffassung der Klägerin nicht an. Nach dem Urteil bleibt die Abmahnung in den Akten. Vertraglich sei die Arbeit zu betriebs- oder praxisüblichen

Zeiten vereinbart gewesen. Selbst wenn es bei Abschluss des Arbeitsvertrags noch keine Samstagsarbeit gegeben habe, habe der Arbeitgeber diese später einführen dürfen. Denn die betriebsübliche Arbeitszeit unterliege einem „beständigen Wechsel“. Ein Arbeitnehmer, der den Samstag sicher ausschließen wolle, müsse dies ausdrücklich vereinbaren, betonte das LAG unter Berufung auf das Bundesarbeitsgericht (Az.: 9AZR 757/08).

Auch wenn der Arbeitgeber hier bemüht gewesen sei, Freiwillige für die Arbeit an Samstagen zu gewinnen, sei er berechtigt gewesen, „die Klägerin einseitig zu einem Samstagsdienst einzuteilen“. Die freiwilligen Zuschläge sollten hierfür nur ein Anreiz sein. Dies bedeute aber nicht, dass der Dienst selbst ebenfalls freiwillig sei, so das LAG.

Einen Verstoß hiergegen habe der Arbeitgeber mit einer Abmahnung ahnden dürfen, urteilte das LAG. **bm**

PLAUSIBILITÄTSZEITEN ÜBERSCHRITTEN

Angebliches schnelleres Arbeiten zieht vor Gericht nicht

➞ Auch mit der Begründung, sie würden schneller arbeiten als die Kollegen, haben Vertragsärzte bei der Überschreitung von Plausibilitätszeiten keine Chance, Honorarrückforderungen der KV abzuwenden. Dies hat das Hessische Landessozialgericht (Az.: L 4 KA 65/14) entschieden.

Der Fall: Rund 170.000 € verlangte die KV Hessen von einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie zurück, weil er in den Jahren 2009 bis 2011 die Tages- und Quartalszeitprofile erheblich überschritten hatte. So wurde etwa das Tageszeitprofil von zwölf Stunden im Jahr 2008 an 128 Tagen nicht eingehalten. Vom ersten Quartal 2009 bis zum vierten Quartal 2011 zählte die KV sogar Überschreitungen an insgesamt 480 Tagen. In einzelnen Fällen erreichte die tägliche Arbeitszeit des Arztes sogar bis zu 30 Stunden. Grund für die Zeitüberschreitungen waren hauptsächlich Akupunkturleistungen nach den EBM-Ziffern 30790 und

30791 mit Zeitprofilen von 30 oder 10 Minuten. Der Arzt rechtfertigte seine Akupunkturleistungen damit, dass er ein äußerst erfahrener und routinierter Arzt sei. Kollegen mit wenigen Kenntnissen in der traditionellen chinesischen Medizin müssten bei der Akupunktur einen solchen Zeitaufwand betreiben, wie in den Zeitprofilen festgelegt sei. Bei ihm gehe das alles schneller. Zumal das präzise Positionieren von Akupunktur-nadeln in der Schmerztherapie schon aus Rücksicht auf die Patienten rascher erfolgen sollte. Die Schmerztoleranz könnte sonst leicht überschritten werden. Zudem wies der Arzt darauf hin, dass seine Praxis auf Akupunkturbehandlungen spezialisiert sei. Sein Personal verfüge dementsprechend über eine hohe Qualifikation, auch seien seine Praxisabläufe gut organisiert. Er habe sieben Behandlungsräume, in denen gleichzeitig Patienten therapiert werden könnten. Das beurteilten die Richter anders. Bei den

Prüfzeiten handelt es sich nämlich nicht um Durchschnitts-, sondern um „Mindestzeiten, die ein Vertragsarzt für die Erbringung der jeweiligen Leistung mindestens benötigt“. Diese seien „so bemessen, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann“. Das Honorar durfte also gekürzt werden.

Der von diesem Urteil betroffene Neurologe betreibt schwerpunktmäßig Akupunktur in seiner Praxis, daher ist dieser konkrete Fall nicht unbedingt repräsentativ für die Fachgruppe. Der Grundtenor des Urteils ist dennoch von großer Relevanz. Bei konkreten Problemen im Zusammenhang mit der Überschreitung von Zeitprofilen empfehle ich, zuerst das direkte Gespräch mit der KV zu suchen, bevor eine oft sehr kostenintensive anwaltliche Hilfe in Anspruch genommen werden muss. **bm**

BVDN-Landesverband Westfalen-Lippe

Nachschlag bei der Vergütung mitnehmen!

Unter der fehlenden Konvergenz leiden Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Westfalen-Lippe wie ihre Kollegen in Nordrhein. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat aber mit den Krankenkassen bislang einen jährlichen Ausgleich vereinbart, der durchaus beachtenswert ist. In den Genuss dieses Nachschlags kommt aber nur, wer die Regelleistungsvolumina in den betreffenden Quartalen ausschöpft oder gar übererfüllt hat.

„Wenn man sich nicht einen entsprechenden Teil vom Kuchen abschneidet, dann ist dieses Teil vom Kuchen weg!“ – sagt Rüdiger Saßmannshausen, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbandes Westfalen-Lippe. Er bezeichnet den Nachschlag der Krankenkassen für 2016 und 2017 als „ordentlich“. Ein Großteil der Kollegen im Land habe aber nichts davon abbekommen, berichtet er. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) gab es Quartale, wo zwei Drittel der nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Praxen das Regelleistungsvolumen (RLV) nicht ausgeschöpft haben. „Von der nachträglichen Erhöhung des RLV hat aber nur die Praxis profitiert, die ihr RLV überschritten hatte“, erläuterte Saßmannshausen. „Nur die bekam einen entsprechenden Ausgleich.“ Er rät den Kollegen deshalb dringend, die Leistungen, die erbracht werden, auch abzurechnen. „Ihr dürft sogar Leistungen über das RLV erbringen, auch wenn diese Leistungen zunächst minimal vergütet werden“, betont er. „Dank des nachträglich erhöhten RLV profitiert ihr davon.“

Das Ausschöpfen ist für alle Fachkollegen von Bedeutung. Stellt die KVWL beim regelmäßigen Nachrechnen fest, dass die neuropsychiatrischen Fachgruppen die RLV regelhaft nicht voll nutzen, könnten die RLV absinken. „Wir rechnen damit, dass es auch in weiteren Jahren zu Nachzahlungen kommen wird“, beruhigt Saßmannshausen, betont aber, dass nicht nur einzelne Praxen

den Kürzeren ziehen, wenn sie ihre RLV nicht ausschöpfen. Vielmehr laufe die komplette Fachgruppe Gefahr, dass das RLV insgesamt heruntergeschraubt wird.

Arbeiten mit hoher Schlagzahl

Das gilt es umso mehr zu vermeiden, als bei schon jetzt relativ niedrigem RLV die niedergelassenen Fachkollegen im Bundesvergleich besonders viele Patienten versorgen müssen. „Wir kommen schon auf unser Auskommen, aber mit hohen Fallzahlen“, so Saßmannshausen. Das ist

auch im Ruhrgebiet so geblieben, nachdem der G-BA beschlossen hat, die Bedarfszahlen für die Fachärzte nach Ende der Karenzzeit 2017 nicht zu verändern. Damit ist die Befürchtung erst einmal vom Tisch, dass bei rasch erhöhten Bedarfszahlen im Ruhrgebiet ein Sogeffekt entsteht und kaum mehr Kollegen in ländliche Regionen zu bekommen sind.

Um junge, an der Niederlassung interessierte Kollegen zu erreichen, beteiligt sich der BVDN-Landesverband Westfalen-Lippe jetzt an der Praxisbörse, die

Wenn man sich nicht ein entsprechendes Stück vom Kuchen abschneidet, dann ist dieses Stück vom Kuchen später weg! Beim Nachschlag der Krankenkassen für 2016 und 2017 heißt es zugreifen.



von der KVWL zweimal jährlich angeboten wird. „Dort treten wir mit einem eigenen Stand auf und sprechen diejenigen an, die in irgendeiner Weise schon auf eine Niederlassung neugierig sind“, berichtet Saßmannshausen.

Grünes Licht für die Ampel

Das seit 2016 zur Steuerung der Arzneimittelverordnungen in Westfalen-Lippe angewandte Ampelsystem hat sich für die neuropsychiatrischen Fachgruppen als unproblematisch herausgestellt. Für die Psychiatrie gibt es laut Saßmannshausen gar keine detaillierten Regelungen, weil keine Referenz gefunden wurde. Im neurologischen Bereich gibt es Vorgaben zur Verordnung von MS-Basispräparaten, aber auch das ist seiner Erfahrung nach unproblematisch. Das Ampelsystem habe sich auch insofern bewährt, weil insgesamt die Zahl der Arzneimittelprüfverfahren erheblich heruntergegangen sei, meint er. Allerdings gebe es von Seiten der Krankenkassen mehr fallbezogene Prüfungen, das mache keine Riesensummen aus, sei aber manchmal schon ärgerlich.

Eine Beratung zur Arzneimittelversorgung kann freiwillig oder bei roter Ampel erfolgen. In Westfalen-Lippe wurde dazu das Programm „PharmPro“ ins Leben gerufen, an dem sich neben Krankenkassen und KVWL auch der BVDN-Landesverband Westfalen-Lippe beteiligt. „Neben anderen bin ich auch als Berater dabei“, berichtet Saßmannshausen und erläutert das Vorgehen. Im Falle der Beratung setzen sich Vertreter von Krankenkasse, KVWL und BVDN zusammen, schauen die Medikationen des Kollegen durch und geben Empfehlungen, wie der Kollege rationaler mit den Verordnungen umgehen kann. „Meine Erfahrung aus den Beratungen ist, dass wir kaum wirklich problematische Fälle haben“, erläutert Saßmannshausen. „In der Regel können wir die Beratung guten Gewissens abschließen und dem Kollegen sagen, ‚im Prinzip läuft alles richtig, es liegt nur an Deinem Patientengut, dass Du in dem einen oder anderen Bereich auffällig bist.‘“ Das Protokoll der Beratung kann bei einem etwaigen Prüfverfahren später helfen, unbeschadet aus der Prüfung herauszukommen. Für Saßmannshausen ist es ein

schöner Erfolg, diese Beratung mit der KV in Form von PharmPro institutionalisiert zu haben.

EVA-NP geht weiter

Die Fortbildung zur EVA-NP – in Westfalen-Lippe zuerst etabliert und nun bundesweit ausgerollt – wird derzeit im Land mit Refresher-Kursen ergänzt. Diese Updates finden zweimal jährlich statt, einmal für die Psychiatrie (zuletzt zum Thema Internet-unterstützte Therapien) und einmal für die Neurologie. Etwa 40 bis 50 der zur EVA-NP qualifizierten Mitarbeiterinnen gibt es derzeit nach Saßmannshausens Schätzungen in Westfalen-Lippe. Die Updates, die gemeinsam mit der Fortbildungsakademie der Landesärztekammer angeboten werden, sind aber nicht nur für sie bestimmt, sondern auch für diejenigen, die „einfach mal reinschmecken wollen“.

Deprexis auf KV-Kosten

Der BVDN-Landesverband und die KVWL haben sich auch mit den diversen Online-Unterstützungsprogrammen im Bereich Depression auseinandergesetzt. „Wir waren es leid, dass die Krankenkassen im Rahmen ihrer Kleinstaaterei jede ihr eigenes Programm anbietet“, sagt Saßmannshausen. Als für die Belange der niedergelassenen Fachkollegen am besten geeignet wurde das Programm Deprexis ausgewählt, von dem die KVWL jetzt aus ihrem eigenen Innovationsfond 350 Lizenzen erstanden hat. „Es gab kein Geld von den Krankenkassen!“, betont Saßmannshausen. 35 Fachärzte aus dem Berufsverband erhalten nun bis Jahresende zehn Lizenzen und bei Einsatz des Programms eine Pauschale pro Patient. Ende 2018 soll dann evaluiert werden, ob das Online-Programm zur Unterstützung der Praxistätigkeit sinnvoll und günstig ist. Dann könnte auch dieses Projekt Vorbild für ähnliche Projekte in anderen KVen bundesweit sein, findet Saßmannshausen.

Die Kritik der psychologischen Psychotherapeuten, da werde etwas als Psychotherapie verkauft, das keine sei, wehrt Saßmannshausen ab: „Deprexis ist keine Online-Psychotherapie, sondern eine Unterstützung der neuropsychiatrischen Propädeutik, auch im Sinne einer Hinführung zur Psychotherapie.

Mit Deprexis können wir die Wartezeit auf einen Therapieplatz nutzen und mit relativ geringem Aufwand grundlegende Dinge vermitteln.“

Neurokonsil und Neuroscore

Andere gemeinsame Projekte von BVDN und KVWL betreffen das schon in Bayern und Baden-Württemberg laufende Neurokonsil, jedoch mit erweitertem nervenärztlichen Spektrum und nicht nur zur Unterstützung der Schlaganfallbehandlung, und den Neuroscore, eine Art Fragekatalog, der schon bei den Anmeldung oder am Telefon darüber Auskunft geben kann, ob es sich um einen Akutfall handelt oder ein Termin erst in einigen Wochen ausreichend ist. Ziel beim Neuroscore ist es laut Saßmannshausen, die Patientenströme aus fachärztlicher Sicht besser zu steuern. Es gebe Verhandlungen mit der KVWL; die ebenfalls an einer besseren Steuerung der Patientenströme interessiert sei, so dass für das Scoring möglicherweise auch eine Vergütung erfolgen kann.

Schlafmedizin zurückerobern

In Vorbereitung ist auch ein Curriculum zur schlafmedizinischen Versorgung. „Das Gebiet Schlafmedizin haben Neurologen und Psychiater lange verschlafen“, meint Saßmannshausen. Das gemeinsam mit Professor Peter Young vom Universitätsklinikum Münster entwickelte Curriculum umfasst nicht die gesamte Schlafmedizin im Sinne der Weiterbildungsordnung. Es heißt „Schlafmedizinische Versorgung“ und steht vom Anspruch her eine Stufe unter der Weiterbildung zur Schlafmedizin. Es wird aber von der Fortbildungsakademie der Landesärztekammer unterstützt und soll den Absolventen ermöglichen, schlafmedizinische Leistungen, die von vielen Fachkollegen schon immer erbracht wurden, auch explizit abrechnen zu können. „Wir hoffen, damit bald beginnen zu können, und müssen dann sehen, wie es angenommen wird“, so Saßmannshausen. „Wenn es funktioniert, könnte man auch dieses Projekt in die bundesweite Verbreitung bringen.“

Politisch mitmischen!

Der BVDN-Landesverband Westfalen-Lippe hatte sich 2015/2016 auch an den

Verhandlungen zum Landespsychiatrieplan beteiligt, der im Frühjahr 2017 verabschiedet wurde. Nun ist es an den Regionen, die Vorgaben umzusetzen. Wie wichtig es war, an den Planungen teilzunehmen, zeigte das Thema ‚Stations-äquivalente Behandlung‘, das kurz vor Abschluss des Landespsychiatrieplans noch auftauchte. „Das wurde von den Krankenhausträgern sofort umgedeutet zum ‚Home Treatment‘ als ein neues Geschäftsmodell“, berichtet Saßmannshausen. „Da mussten wir Niedergelassenen entsprechend reingrâtschen: Das ist nicht der schnelle Euro, den Krankenhäuser mit ambulanten Patienten verdienen können, da müssen entsprechende Qualitätsstandards eingehalten werden.“ Das wurde laut Saßmannshausen letztlich auch von der Landesregierung entsprechend im Landespsychiatrieplan festgehalten. In spätestens fünf Jahren soll eine Revision erfolgen. Da es in der Landesregierung Nordrhein-Westfalens

seit der Verabschiedung des Landespsychiatrieplans einen politischen Farbwechsel von rot-grün zu schwarz-gelb gegeben hat, ist auch dann wieder die Mitarbeit des BVDN gefragt.

Aktuell sieht Saßmannshausen auf Bundesebene eine ähnlich wichtige politische Aufgabe auf den BVDN zukommen: An der beim Bundesärztertäg in Erfurt beschlossenen Einrichtung einer AG „Ambulante Diagnostik, Therapie und Prävention neuropsychiatrischer Krankheitsbilder“ der Bundesärztekammer (BÄK) sollte sich der BVDN aktiv beteiligen. Saßmannshausen betont das deshalb, weil er in Westfalen-Lippe in dem Ausschuss Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie (PPP) der Ärztekammer einschlägige Erfahrungen gemacht hat. „Im Grund ist nur ein einziger niedergelassener Psychiater dabei und das auch nur als stellvertretendes Mitglied – nämlich ich. Ich fahre da trotzdem immer hin, dann bin ich eben

nur Gast. Die Mehrheitsverhältnisse in den Kammern sind einfach ein Problem. die Kollegen aus den Kliniken sind überall stärker vertreten als die Niedergelassenen.“ Die AG Ambulante Diagnostik, Therapie und Prävention neuropsychiatrischer Krankheitsbilder der BÄK wäre seiner Ansicht nach eine gute Chance, die Arbeit der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater nicht nur darzustellen, sondern auch insgesamt in der Kammer zu stärken. „Es ist ja unser Dilemma, dass wir in der Psychiatrie immer Gefahr laufen, zerrieben zu werden zwischen der großen Menge an Psychotherapeuten und den anderen Disziplinen“, meint Saßmannshausen. „Da hoffe ich, dass wir als Berufsverband dann bei der BÄK-AG eine andere Hausnummer sind.“ □

AUTORIN

Friederike Klein, München

Hier steht eine Anzeige.

Frankreich im „Länderprofil Gesundheit“ der OECD

Beinahe die Quadratur des Kreises ...

In der Ausgabe 6/2018 des NeuroTransmitter wurde das OECD-Länderprofil Deutschlands besprochen, nun soll das französische Gesundheitswesen vorgestellt werden. Es zeichnet sich durch eine stärkere Zentralisierung mit einem geringen Selbstkostenanteil aus. Die Franzosen erfreuen sich EU-weit einer der höchsten Lebenserwartungen, kämpfen aber aufgrund von Alkohol, Zigaretten und Übergewicht gegen dieselben Risikofaktoren wie auch Deutschland.

In den OECD-Staaten (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) werden durchschnittlich 9 % des Bruttoinlandprodukts für die Gesundheit ausgegeben. Daher sind die länderspezifischen Gesundheitswesen ein wichtiger Wirtschaftsfaktor für die OECD, die das Ziel hat, die langfristige ökonomische Entwicklung zu fördern.

In den meisten entwickelten Ländern stellt sich die Entscheidung zwischen einer rein privatwirtschaftlichen Gesundheitsökonomie (mit der Gefahr von sozialer Ungerechtigkeit durch Unterversicherung der ärmeren Bevölkerungsschicht) versus einer gegebenenfalls sozial gerechteren Staatsmedizin mit ihren typischen Problemen wie Bürokratie, Finanzierungs- und Steuerungsproblemen. Seit 2017 möchte die OECD ihren Mitgliedsländern die

Grundzüge und Kennzahlen der medizinischen Versorgung kompakt in ihren „Länderprofil Gesundheit“ näher bringen. Nach Deutschland (NeuroTransmitter 6/2018, Seite 28 f.) soll nun mit Frankreich ein weiterer großer EU-Staat vorgestellt werden [1].

Geringer Selbstkostenanteil, mehr Zusatzversicherungen

Frankreich ist etwa doppelt so groß wie Deutschland, hat aber 15 Millionen Einwohner weniger, mit einem geringeren Anteil an über 65-Jährigen als die Bundesrepublik. Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf sowie die Armutsrate sind niedriger als in Deutschland, die Arbeitslosenquote hingegen höher.

Im Kern ist das französische Gesundheitssystem wie das deutsche durch eine nahezu flächendeckende gesetzliche

Krankenversicherung als Sozialversicherung (Arbeitgeber und Versicherte) umgesetzt, die an das Wirtschaftswachstum gekoppelt ist (Assurance maladie, seit 1928 bzw. 1945 [2]) und 79 % der Gesundheitskosten abdeckt. Im Gegensatz zum deutschen ist das französische Gesundheitssystem aber zentralisierter und steht unter stärkerer staatlicher Kontrolle. Auch haben wesentlich mehr Franzosen (95 %) als Deutsche eine freiwillige private Zusatzversicherung (Couverture maladie universelle complémentaire, CMUC), die 14 % der Gesamtkosten ausmacht und etwa bei der Brillen- oder Zahnversorgung einspringt. Das hat zur Folge, dass die Franzosen den niedrigsten Selbstkostenanteil in der EU haben.

Pro Krankenhaustag sind 18 € zu zahlen, ebenfalls fallen geringe Kosten für Praxisgebühr, Untersuchungen und Transport an. Wer einen Facharzt direkt konsultiert, muss einen erhöhten Aufschlag zahlen. Die Arztdichte ist etwas geringer als im EU-Durchschnitt. Zudem ist in den nächsten Jahren mit einem Ärztemangel zu rechnen, dem die Regierung durch eine Lockerung des Numerus clausus gegenzusteuern versucht. Pflegepersonal ist etwas besser besetzt als im EU-Schnitt (in Deutschland schlechter), die Anzahl der Krankenhausbetten hat auf etwas über 6/100.000 Einwohner abgenommen, liegt aber immer noch über dem EU-Schnitt.

Die OECD-Autoren bescheinigen den Franzosen einen guten Zugang zum Gesundheitswesen sowie eine hohe und steigende Lebenserwartung (**Abb. 1**), die mit 82,4 Jahren die dritthöchste in Europa ist und beinahe zwei Jahre über



Alkohol und Zigaretten – auch in Frankreich typische Risikofaktoren, die für einen hohen Anteil von Krankheitsfällen verantwortlich sind.

EU-Durchschnitt liegt (nur noch übertroffen von Spanien und Italien) – vorwiegend begründet durch eine sinkende Mortalität bei älteren Patienten. Allein seit dem Jahr 2000 ist die Lebenserwartung um mehr als drei Jahre gestiegen. Davon profitieren aber vor allem die Frauen, die die Männer um mehr als sechs Jahre überleben – jedoch oft um den Preis einer deutlichen Behinderung im Alter. Eine niedrigere Lebenserwartung haben vor allem Männer mit schlechtem sozioökonomischem Status.

Auch in Frankreich ein Problem: Alkohol und Zigaretten

Ähnlich wie in Deutschland sind die typischen Risikofaktoren wie Nikotin- und Alkoholabus, schlechte Ernährung, Übergewicht und mangelnde körperliche Betätigung vor allem bei jüngeren Französisinnen ein Problem, das etwa 25 % aller Krankheitsburden ausmacht. Die Prävalenz von Alkohol und mehr noch Rauchen nimmt in Frankreich wie auch in anderen Ländern zwar generell ab – leider aber nicht im gleichen Maß bei jungen Menschen. Allgemein finden sich bei den Risikofaktoren auch in Frankreich die bekannten sozialen Gradienten.

Die Gesundheitskosten Frankreichs steigen wie fast überall und liegen mit 3.342 € pro Person und Jahr 20 % über

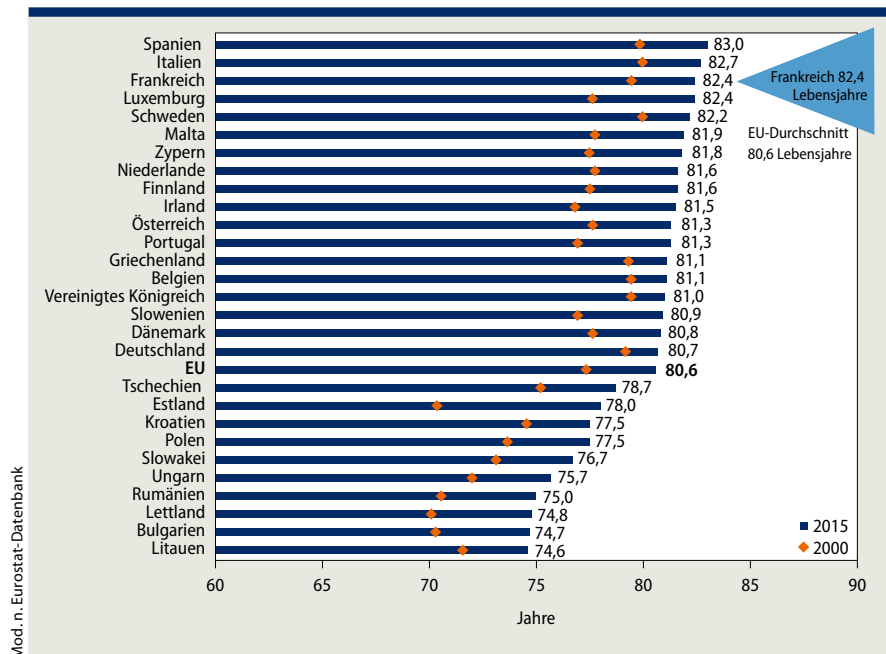


Abb. 1: Die französische Bevölkerung kann sich der dritthöchsten Lebenserwartung in der EU erfreuen.

EU-Schnitt von 2.800 € (mit 11,1 % des Bruttoinlandsprodukts die zweithöchste Rate nach Deutschland mit 3.996 €). Aus dem nervenärztlichen Bereich ist erwähnenswert, dass die Mortalität durch Demenz – wie auch in Deutschland – mit nunmehr 6 % (in Deutschland 4 %) seit dem Jahr 2000 von Rang 5 auf Rang 2 deutlich gestiegen ist.

Weitere Herausforderungen für das französische Gesundheitswesen sind muskuloskelettale, psychische und andere chronische Erkrankungen wie Hypertonus, Diabetes oder Lungenerkrankungen. Dennoch schätzen die meisten Franzosen ihre Gesundheit insgesamt als gut ein.

Fazit für die Praxis

Wie für Deutschland bescheinigen die OECD-Autoren auch dem französischen Gesundheitswesen gute Noten, gute Qualität, einfachen Zugang sowie hohe subjektive und objektive Gesundheitsdaten. Herausragend im Vergleich zu Deutschland ist die hohe Lebenserwartung und die niedrige Mortalität – vor allem bei kardiovaskulären Erkrankungen. Da fast alle Franzosen eine private Zusatzversicherung haben, sind die Zahlungen sehr gering.

Den Franzosen scheint im Vergleich zu Deutschland in ihrem Gesundheitswesen beinahe die Quadratur des Kreises zu gelingen: höhere Lebenserwartung bei etwas geringeren Kosten. Ein direkter Vergleich zwischen dem wirtschaftsstarken Deutschland – das dennoch ein Armutsproblem hat – und dem zentralistischen Flächen- und Agrarland Frankreich, seiner eigenen Kultur und Lebensweise sowie der teils auch unterschiedlichen Rolle der Frauen fällt jedoch schwer. Die prinzipiellen Herausforderungen Frankreichs ähneln hingegen denen Deutschlands: Eine ungesunde Lebensweise – vor allem in den sozial schwächeren Schichten oder in der jungen Bevölkerung –, beginnende Überalterung der Bevölkerung, zunehmende Sterblichkeit durch Demenz sowie höhere Kosten durch neue Technologien. □

Relevante Ergebnisse des Länderprofils Frankreich

- Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre ist mit 18,4 % etwas unter EU-Durchschnitt (18,9 %; Deutschland: 21 %).
- Die Fertilitätsrate liegt mit 2,0 Kindern/Frau (Deutschland: 1,5) über EU-Schnitt (1,6).
- Die Armutsquote ist mit 6,5 % unter dem EU-Durchschnitt von 10,8 % (Deutschland: 10,2 %).
- Die Arbeitslosenquote ist mit 10,4 % über dem EU-Durchschnitt von 9,4 % (Deutschland 4,6 %).
- Die Mortalitätsrate bei Männern befindet sich mit 92,1/100.000 Einwohner EU-weit auf dem niedrigsten Niveau.
- Die Letalitätsrate nach Apoplex ist seit 2005 von 10,6 % auf 7,1 % gesunken.
- Die Generikaquote steigt, liegt mit unter 30 % aber weit unter Deutschland und England (beide zirka 80 %).

AUTOR

Prof. Dr. Markus Weih, Nürnberg

Literatur

1. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/france-country-health-profile-2017_9789264283374-en#page16
2. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/177378/finanzierung>



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

Steuerbegünstigte Zusatzentlohnung

Gute Arzthelferinnen an die Praxis binden

Qualifizierte Medizinische Fachangestellte zu finden, wird in vielen Regionen zunehmend schwieriger. Es gilt daher, gute Arzthelferinnen möglichst an die Praxis zu binden. Neben einer übertariflichen Entlohnung können steuerbegünstigte Zusatzleistungen infrage kommen.

Freiberufliche ärztliche Arbeitgeber zahlen ihren Medizinischen Fachangestellten (MFA, Arzthelferinnen) häufig nicht genau die Höhe des Tariflohns und oft weichen sie auch von der eigentlich im Tarifvertrag vorgesehenen Gehaltsgruppen- und Altersstruktur ab. Denn die Berufsbiografien von Arzthelferinnen sind nicht selten von längeren Unterbrechungen und Teilzeitbeschäftigungen gekennzeichnet. Hierdurch wird einerseits die „richtige“ Eingruppierung erschwert. Andererseits entwickelt sich der Kenntnisstand der Arbeitnehmerinnen beispielsweise hinsichtlich medizinischer Fortschritte, von EDV- und Kommunikationstechniken diskontinuierlich. In Ballungsgebieten werden nicht selten übertarifliche Gehälter bezahlt, weil sich schon seit längerem ein Mangel an qualifizierten MFA bemerkbar macht. Vor allem in diesem Zusammenhang

können übertarifliche Gratifikationen, die steuerbegünstigt und/oder von Sozialleistungen befreit sind, eine attraktive Möglichkeit sein. Allerdings sind die Vorschriften sehr komplex. Man sollte also unbedingt zuvor den Steuerberater fragen, ob sich der Verwaltungsaufwand für beide Seiten auch wirklich lohnt.

Vielzahl an Möglichkeiten

Im Folgenden finden Sie einige Vorschläge, wie Sie das Grundgehalt Ihrer Arzthelferinnen gegebenenfalls aufbessern können:

- Auslagenersatz für betrieblich bedingte Ausgaben. Dabei handelt es sich um Ausgaben, die der Arbeitnehmer im Auftrag und auf Rechnung des Arbeitgebers bezahlt. Diese Ausgaben müssen einzelnen per Rechnung nachgewiesen werden. Es kann sich beispielsweise um Telefonate und Bewirtungen

kosten, Tickets für den öffentlichen Nahverkehr – beispielsweise auch die BahnCard – handeln. Die Verwendung für zusätzliche Privatfahrten wäre dann steuerfrei.

- Arbeitsmittel zur beruflichen Nutzung wie Notebooks oder Smartphones kann der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer überlassen.
- Kleine Aufmerksamkeiten für Speisen oder Gratifikationen im Wert von nicht mehr als 60 € sind steuerfrei an den Arbeitnehmer übertragbar.
- Im Rahmen von Betriebsfeiern sind bis zu 110 € bis zu zweimal pro Jahr steuerfrei erstattungsfähig, wobei auch Übernachtungen möglich sind. Dies gilt ebenfalls für Jubiläumsfeiern, wobei Vorschriften zur Einbeziehung der 60 €-Grenze (voriger Punkt) zu beachten sind.
- Beihilfen für Notfälle, beispielsweise Krankheit oder Unfälle sind bis zu 600 € pro Jahr steuerfrei erstattungsfähig.
- Reisekosten kann der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer im Rahmen des Dienstverhältnisses steuerfrei gewähren. Zum Beispiel bei Benutzung des eigenen PKW 0,30 € je beruflich zurückgelegten Kilometer.
- Verpflegungsaufwendungen können als Pauschbeträge steuerfrei erstattet werden.
- Restaurantschecks als Barzuschüsse sind in bestimmten Grenzen möglich.
- Übernachtungs- und Reisenebenkosten sind ebenfalls erstattungsfähig, etwa bei Reisen zu Fortbildungsveranstaltungen.



Qualifizierte Arzthelferinnen sind für einen reibungslosen und erfolgreichen Betrieb einer Praxis von großem Wert.

- Zuschüsse für Fahrten zwischen erster Tätigkeitsstätte und Wohnung können dem Arbeitnehmer vom Arbeitgeber im Rahmen einer 15%igen Pauschalversteuerung erstattet werden und sind dann sozialversicherungsfrei. Diese Zahlungen sind begrenzt auf 0,30 € pro Entfernungskilometer. Möglich ist in diesem Rahmen auch ein monatliches Jobticket für den Arbeitnehmer.
- Die typische Berufskleidung wird unentgeltlich oder verbilligt überlassen. Dies ist steuer- und sozialversicherungsfrei.
- Beruflich bedingte Umzugskosten dürfen vom Arbeitgeber steuerfrei erstattet werden.
- Beratung zu sozialen und persönlichen Angelegenheiten kann vom Arbeitgeber pauschal bezahlt werden. Der Auftrag geht an ein Dienstleistungsunternehmen, das sich verpflichtet, alle Arbeitnehmer in diesen Angelegenheiten zu betreuen. Etwa bei der Vermittlung von Betreuungspersonen für Familienangehörige oder kurzfristige Betreuung von Kindern bis zum 14. Lebensjahr im Haushalt des Arbeitnehmers.
- Zinsverminderte oder zinslose Darlehen kann der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer lohnsteuer- und sozialversicherungsfrei zur Verfügung stellen, sofern der Differenzbetrag zum gegenwärtigen realen Effektivzinssatz nicht höher als 44 € pro Monat ist.
- Vermögensbeteiligungen bis zu einem Vorteilswert von 360 € pro Jahr darf der Arbeitgeber ebenfalls gewähren.

- Warengutscheine sind bis zu einer Grenze von 44 € übertragbar.
- Die Kosten für den Kindergarten nicht schulpflichtiger Kinder darf der Arbeitgeber steuerfrei übernehmen.
- Die Gesundheitsförderung darf sich der Arbeitgeber je Arbeitnehmer 500 € pro Jahr kosten lassen. Dabei sind bestimmte Vorschriften zu beachten.
- Steuerpflichtige Erholungshilfen zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit dürfen mit 25 % pauschal besteuert werden.
- Die Gruppenunfallversicherung der Arbeitnehmer ist mit 20 % pauschal versteuerbar.
- Sehhilfen am Bildschirmarbeitsplatz können ebenfalls vom Arbeitgeber als steuerfreies Zusatzentgelt für den Arbeitnehmer bezahlt werden, sofern die Notwendigkeit der Sehhilfe zuvor augenärztlich bescheinigt wurde.
- Sonstige einkommensähnliche Sachzuwendungen können bis zu 10.000 € pro Jahr pauschal versteuerbar sein. Dies gibt Arbeitgebern die Möglichkeit, als zusätzliche Honorierung für besondere Leistungen zum Beispiel eine Urlaubsreise zu finanzieren. Die Reisekosten sind für den Arbeitgeber dann Betriebsausgaben, sodass die Ersparnis für Arbeitgeber beachtlich sein kann. □

AUTOR

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

NeuroTransmitter-Telegramm 3/2018 in dieser Ausgabe

Regressgefahr bei der Verordnung von Neuroleptika abwenden

Die Verordnung bestimmter Neuroleptika in den Indikationen „psychomotorische Unruhe“, „Wahn“ und „Halluzinationen“ wird von manchen Krankenkassen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zunehmend mit Regressen wegen „off label use“ bedroht. Im NeuroTransmitter-Telegramm 3/2018, das der Teilaufgabe für Berufsverbandsmitglieder dieser NeuroTransmitter-Ausgabe exklusiv beiliegt, berichten wir ausführlich über diese Thematik und in tabellarischer Form über die offiziellen Anwendungsgebiete der einzelnen Neuroleptika.

gc



Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Rückfallmanagement umfasst Suchtmittel und Straftaten

Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher im Maßregelvollzug

Verglichen mit der Gesamtpopulation der Personen mit Suchterkrankung, sind nur sehr wenige Abhängige in einer Entziehungsanstalt untergebracht. Allerdings haben sich die Unterbringungszahlen in den vergangenen Jahren stetig nach oben entwickelt. Dies führt zu einer chronischen Überbelegung der Einrichtungen und der Notwendigkeit, in vielen Bundesländern neue Behandlungskapazitäten zu schaffen.

BIRGIT VON HECKER, BAD EMSTAL



Die Entzugstherapie im Maßregelvollzug birgt für abhängige Straftäter die Aussicht, ihr Leben nach der Entlassung ohne Suchtmittelkonsum bewältigen zu können.

© kniragaya / Fotolia (Symbolbild mit Fotomodell)

24 **Behandlung suchtkranker Rechtsbrecher im Maßregelvollzug**

30 **Prognosevorhersage bei Status epilepticus im Erwachsenenalter**

34 **Messen wir in der Schmerzdiagnostik was Patienten fühlen?**
Schmerzfragebogen und quantitativ-sensorische Testung im Vergleich

38 **CME Prävention oder Promotion**
Pharmakotherapie der Suizidalität

44 **CME Fragebogen**

Stellt man die Daten des Jahres 2012 aus dem epidemiologischen Suchtsurvey [1] jenen der Strafvollzugsstatistik [2] gegenüber, so zeigt sich, dass bei geschätzten 319.000 Drogenabhängigen (Cannabis, Amphetamine, Kokain) und 1,7 Millionen Alkoholabhängigen am Stichtag 31. März 2012 nur zirka 3.500 Personen in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB untergebracht waren. Jedoch sind die Unterbringungszahlen kontinuierlich gestiegen: Zwischen 2004 und 2014 nahm die Zahl der Unterbrachten von 2.412 auf 3.822 zu. Die Patienten werden in einem Zwangskontext behandelt und bei den meisten wird eine parallele Freiheitsstrafe vollstreckt. Das hat Auswirkungen auf die Behandlung, die im Folgenden skizziert werden.

Rechtliche Grundlagen

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist eine der in den Paragraphen 62 ff. StGB dargelegten Maßregeln der Besserung und Sicherung. Dazu gehören auch die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und die Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB).

Der § 64 StGB lautet:

1. *Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat*

oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

2. *Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt innerhalb der Frist nach § 67d Absatz 1 Satz 1 oder 3 zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.*

Die vollzugsrechtlichen Grundlagen dieser Maßregeln sind im Strafvollzugsgesetz geregelt. Die Ausgestaltung des Vollzugs wird durch die jeweiligen Maßregelvollzugsgesetze der Bundesländer, in denen die Unterbringung vollstreckt wird, bestimmt. Hierdurch erklärt sich ein Teil der Unterschiede in der konkreten Umsetzung, beispielsweise was die Gewährung von Vollzugslockerungen und Beurlaubungen betrifft.

Im Verfahren wird ein psychiatrisches Gutachten zur Frage der Voraussetzungen einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt eingeholt, in dem sich der Sachverständige zur Frage des Vorliegens eines Hanges und der anderen Un-

terbringungs Voraussetzungen äußern muss. Dabei geht der Begriff des „Hangs“ über eine Abhängigkeitserkrankung hinaus und kann bereits vorliegen, wenn zwar Hinweise auf eine psychische Abhängigkeit vorliegen, jedoch die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung noch nicht voll erfüllt werden. Weit überwiegend haben die Patienten in einer Entziehungsanstalt jedoch ganz eindeutig eine Suchterkrankung. „Hang“ im Sinne des § 64 StGB können nur stoffgebundene Abhängigkeiten sein.

Zwischen der verfahrensgegenständlichen Straftat und dem Hang muss ein symptomatischer Zusammenhang bestehen: Entweder muss die Tat im Zustand der Berausung begangen worden sein oder sie muss „auf den Hang zurückgehen“, zum Beispiel im Rahmen der Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger. Die Schuldfähigkeit zum Tatzeitpunkt hat auf die Anordnung des § 64 StGB – im Gegensatz zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus – keine Auswirkung.

Ferner müssen von dem Betroffenen weitere, auf den Hang zurückzuführende rechtswidrige Taten zu erwarten sein. Der Sachverständige muss sich in diesem Zusammenhang zu der Frage äußern, welche Taten der Betreffende mit welcher Wahrscheinlichkeit begehen könnte. Die Beurteilung, ob diese Taten erheblich sind, ist Aufgabe des Gerichts.

Darüber hinaus hat der Sachverständige eine Aussage zur Erfolgsaussicht einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt zu machen. Dies ist gutachterlich eine der größten Herausforderungen, weil es nach wie vor keine allgemeingültigen Standards für die Begutachtung dieser Frage gibt [3]. Als Faktoren, die gegen eine Erfolgsaussicht sprechen, wurden unter anderem frühere Delinquenz, niedriges Lebensalter, fehlender Schul-/Berufsabschluss, Abbruch früherer Entwöhnungsbehandlungen, Heimaufenthalte, komorbide Persönlichkeitsstörung, Vorliegen einer Drogenabhängigkeit sowie psychopathische Eigenschaften genannt [3, 4]. Diese Faktoren liegen jedoch bei einer Vielzahl der in einer Entziehungsanstalt Unterbrachten vor und erlauben keinen Rückschluss auf den Einzelfall.

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist zeitlich auf zwei Jahre befristet. Dies betrifft jedoch nur jene Patienten, die nicht zu einer parallelen Freiheitsstrafe verurteilt wurden und damit nur einen sehr geringen Anteil der Unterbrachten. Für die Mehrheit sind auch die Fristen der gleichzeitig verhängten Freiheitsstrafe zu beachten. Daraus folgt, dass alle Patienten, die neben der Unterbringung auch zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, frühestens zum sogenannten Halbstrafentermin entlassen werden können. Die Höchstfrist der Unterbringung berechnet sich

aus zwei Drittel der parallelen Freiheitsstrafe und zwei Jahren Maßregel. Mit Erreichen der Höchstfrist muss der Patient aus der Maßregel entlassen werden – ist die Legalprognose gut, in die Freiheit, ist sie schlecht, muss er die Reststrafe in einer Justizvollzugsanstalt (JVA) verbüßen. Die Entscheidungen hierüber obliegen dem zuständigen Gericht, in der Regel ist dies die Strafvollstreckungskammer bei dem Landgericht, in dessen Bezirk die Klinik liegt. Diese Institution entscheidet alle sechs Monate über die Fortdauer der Maßregel und holt dazu eine Stellungnahme der Klinik ein. Das Behandlungsziel ist die Legalbewährung der Patienten.

Die Patienten in einer Entziehungsanstalt

In einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB sind ganz überwiegend Männer untergebracht. Der Frauenanteil ist gering. 2013 waren von den 3.686 Unterbrachten nur 225 (6,1 %) weiblich [2]. Der Anteil der Drogenabhängigen steigt hingegen stetig. Lag die Quote 1994 noch bei zirka 30 %, erreichte sie 2012 bereits rund 68 % [5].

Die mit Abstand häufigste und wichtigste komorbide Störung sind die Persönlichkeitsstörungen, schwerpunktmäßig aus dem Cluster B. Zwar bildet die Stichtagserhebung [5] einen Rückgang der Patienten mit komorbider Persönlichkeitsstörung ab (von über 70 % im

Jahr 1994 auf zirka 25 % 2012), jedoch stellt sich die Frage nach der Validität der Daten [6]. Sowohl aus dem Strafvollzug als auch bei Opiatabhängigen (31 % Persönlichkeitsstörung in der COBRA-Studie [7]) werden höhere Anteile von Persönlichkeitsstörungen beschrieben. So fanden Dudeck et al. [8] bei einer Untersuchung von 102 Strafgefangenen mit Haftstrafen bis zu drei Jahren bei fast 80 % mindestens eine Persönlichkeitsstörung. Eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (Diagnostik mittels SKID) lag bei 72,7 % der Inhaftierten vor.

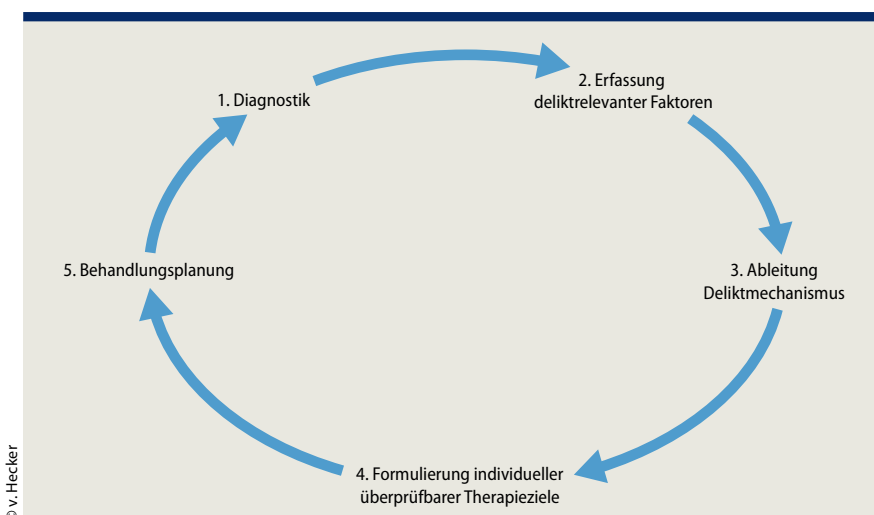
Auch bei den Patienten in Entziehungsanstalten tritt am häufigsten eine dissoziale Persönlichkeitsstörung auf, gefolgt von einer emotional-instabilen und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Bei den betroffenen Frauen sind die kombinierte und die emotional-instabile Form am häufigsten.

Andere psychiatrische Komorbiditäten spielen zwar in der Behandlungsplanung eine zum Teil erhebliche Rolle, sind allerdings zahlenmäßig von untergeordneter Bedeutung (organische Psychosen, Intelligenzminderung, Schizophrenien jeweils unter 5 %).

Die zur Einweisung führenden Delikte unterscheiden sich bei den Drogen- und Alkoholabhängigen. Während bei ersteren Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (38 % der Fälle), Eigentumsdelikte (34 %) sowie Körperverletzungen (21 %) zur Unterbringung führen, dominieren bei Alkoholabhängigen Körperverletzungen (50 %), gefolgt von Eigentumsdelikten (34 %), Tötungsdelikten (12 %) und Sexualdelikten (9 %). Brandstiftungen machen bei den Alkoholabhängigen weniger als 5 % der Einweisungsdelikte aus. Sowohl Sexualdelikte als auch Brandstiftungen sind bei Drogenabhängigen selten [5]. Die Patienten sind in der Regel erheblich strafrechtlich vorbelastet: Vor der Aufnahme in den Maßregelvollzug waren sie im Mittel bereits 44 Monate in Strafhafte und haben neun Eintragungen im Bundeszentralregister.

Kriminogene Merkmale

Die Kenntnis der kriminogenen Merkmale erlaubt die Ableitung von Maßnahmen für die Behandlung und das Risikomanagement. Kriminogene Merkmale



© v. Hecker

Abb. 1: Regelkreis der Behandlungsplanung

der Patientengruppe sind unter anderem: hohe strafrechtliche Vorbelastung, erfolglose Vorbehandlungen im Suchthilfesystem, geringes berufliches Qualifikationsniveau, fehlender Schulabschluss, Schulden, zerrüttete familiäre Verhältnisse, fehlende Unterstützung durch Angehörige, gestörte Entwicklung in der Kindheit und Jugend, schlechte Frustrationstoleranz, hohe Impulsivität, Selbstüberschätzung, geringe Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub, hohes Anspruchsniveau, geringe Fähigkeiten zur Problemerkennung und -lösung, unzureichende soziale Kompetenz, ungenügende lebenspraktische Fähigkeiten (Finanzmanagement, Selbstversorgung und -fürsorge, Vorausplanen, Sekundärtugenden) sowie die Integration in Strukturen der organisierten Kriminalität. Bei Migranten können als weitere kriminogene Merkmale fehlende oder unzureichende Sprachkenntnisse sowie mangelnde Integration in die gesellschaftlichen Strukturen hinzukommen.

Basierend auf Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung von Straftätern durch die Arbeitsgruppe von Andrews und Bonta [9] hat sich das Risiko-Bedürfnis-Ansprechbarkeits-Prinzip (Risk-Need-Responsivity-Prinzip) als der am besten nachgewiesene Ansatz zur Reduktion der Rückfälligkeit durchgesetzt.

— Das Risikoprinzip besagt, dass die Intensität der Behandlung dem Risikolevel (niedrig, mittel, hoch) entsprechen sollte. Täter mit hohem Rückfallrisiko sollten demzufolge die intensivste Behandlung erfahren.

— Das Bedürfnisprinzip besagt, dass Behandlungsgegenstand diejenigen veränderbaren Tätercharakteristika sind, die in empirisch belegter Weise in einer Beziehung zum kriminellen Verhalten stehen.

— Das Ansprechbarkeitsprinzip besagt, dass die Behandlungsverfahren dem spezifischen Lernstil und den Fähigkeiten der Patienten gerecht werden sollten.

Die Vielzahl der Faktoren, die an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Kriminalität beteiligt sind, zeigt, dass die Konzentration auf die Behandlung der Suchterkrankung allein zu kurz greifen würde. Zentrale kriminogene Be-

dürfnisse, ihre Indikatoren und die daraus resultierenden Behandlungsziele sind in **Tab. 1** zusammengefasst [10].

Kriminogene Faktoren und abgeleitete Therapiemaßnahmen

Die Evidenzen für die Wirksamkeit der angewendeten Verfahren stammen aus folgenden Bereichen:

- Behandlungen von Suchterkrankungen (Behandlungsleitlinien)
- Evaluation der Behandlung von Straftätern
- Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

Die in den entsprechenden Leitlinien (AWMF) dargestellten Maßnahmen der Suchtbehandlung müssen an die Bedingungen des Maßregelvollzugs angepasst werden. Dies bedeutet: überwiegend geschlossenes Setting, Zwangscharakter der Maßnahme, Adaption an den hohen Anteil von Patienten mit polytoxikomanen Konsummustern, Nutzen des Motivational Interviewing, ausführliche Beschäftigung mit der Rückfallprophylaxe (bezüglich Suchtmittelkonsum und Kriminalität), ausreichende Erprobung in Lockerungen, Arbeit mit Substanzrückfälligkeit. Die Leitlinien werden regelmäßig überarbeitet. Aktuell liegen nur

für wenige Substanzen S3-Leitlinien vor, nämlich für:

- Methamphetamin-bezogene Störungen (2016)
- Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums (2015)
- Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (2016)

Die Ähnlichkeit der Populationen in einer Entziehungsanstalt mit einer Straftäterpopulation in der JVA legt nahe, dass auch im Strafvollzug evaluierte Programme wirksam sind. Dazu zählen:

- Reasoning und Rehabilitation
- Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS)
- Antiaggressionstrainings
- Training sozialer Kompetenzen

Auch Verfahren, deren Wirksamkeit in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen evaluiert sind (DBT, Schematherapie, Mindfulness-based-Therapy, übertragungsfokussierte Psychotherapie) beziehungsweise deren Anpassungen für Sucht und Forensik adressieren kriminogene Faktoren der Patientengruppe. Die aus dem Jahr 2009 stammende Behandlungsleitlinie wurde noch nicht durch eine aktuelle Version ersetzt. An der Erarbeitung der abgelaufenen Leitlinie wa-

Tab. 1: Zentrale kriminogene Bedürfnisse (modifiziert nach Andrews und Bonta [10])

Kriminogenes Bedürfnis	Indikator	Behandlungsziele
Antisoziale Persönlichkeitseigenschaften	impulsiv, abenteuer- und vergnügungshungrig, unruhig-aggressiv, irritable	Aufbau von Fähigkeiten zum Selbst- und Ärgermanagement
Prokriminelle Haltungen	Rationalisierung von Straftaten, negative Haltung gegenüber Gesetzen	Entgegensetzen von prosozialen Haltungen, prosoziale Identität herausbilden
Soziale Unterstützung von Straftaten	kriminelle Freunde, Isolierung von prosozialen Anderen	Ersatz prokrimineller durch prosoziale Freunde und Bekannte
Substanzabusus	Abusus von Drogen und/oder Alkohol	Reduktion des Substanzkonsums, Alternativen zum Substanzkonsum stärken
Familie/Beziehung	unangemessenes elterliches Erziehungsverhalten, schlechte Beziehungen in der Familie	Vermittlung von elterlichen Fähigkeiten, Verbesserung von Wärme und Fürsorge
Schule/Arbeit	schlechte Leistung, geringe Zufriedenheit	Verbesserung der schulischen und beruflichen Fähigkeiten
Prosoziale Freizeitaktivitäten	keine Einbindung in prosoziale Freizeitaktivitäten	Ermutigung zur Teilnahme an prosozialen Freizeitaktivitäten, Erlernen von prosozialen Hobbys und Sportarten

ren auch Ärzte und Psychologen aus dem Maßregelvollzug beteiligt.

Ablauf der Behandlung

Die Therapie kann grob in folgende Phasen unterteilt werden: den Aufnahme-prozess (Schwerpunkt Diagnostik und erste Gefährlichkeitseinschätzung), den – zunächst geschlossenen– Behandlungsprozess (Sucht-, Delikt- und störungsspezifische und Milieuthherapie), den Rehabilitationsprozess (Erprobung in Lockerung, Rehabilitation in den Bereichen Arbeit, Wohnung, Beziehung) und die ambulante Nachsorge.

Der Milieuthherapie kommt ein besonderer Stellenwert zu, da hier der Transfer der therapeutischen Veränderungen in den Alltag vollzogen wird. Gleichzeitig ermöglicht die ständige Anwesenheit von Mitarbeitern das Modelllernen.

Der konzeptionelle Rahmen für die Behandlung umfasst auch das ursprünglich in der Suchtbehandlung entwickelte Rückfallvermeidungsmodell. Es wurde zur Aufrechterhaltung von Behandlungsfortschritten wie auch als übergeordnetes Behandlungsmodell auf die Therapie von Straftätern übertragen. Das Rückfallvermeidungsmodell basiert auf der Grundidee, dass jeder Straftat eine Verhaltenskette vorangeht, die durch bestimmte Faktoren (interne und externe) motiviert und verstärkt wird. Dies können bestimmte Gedanken, Fantasien, Wahrnehmungen oder Gefühle sein oder äußere Faktoren wie Verfügbarkeit von Suchtmitteln, Waffen oder potenziellen Opfern. Je früher die zum Delikt führende Verhaltenskette unterbrochen werden kann, desto geringer ist das Risiko eines Rückfalls [11].

Neben der psychotherapeutischen Behandlung spielen auch sozio- und milieutherapeutische Maßnahmen eine wichtige Rolle. Sie adressieren unter anderem kriminogene Faktoren wie Schuldenbelastung oder fehlende Integration in den Arbeitsmarkt.

Risikomanagement

Die durchgeführten Maßnahmen werden als Kriminaltherapie bezeichnet, um zum Ausdruck zu bringen, dass der Fokus der Behandlung immer auf der Reduktion der Gefährlichkeit liegt. Die Basis besteht in einer sorgfältigen Risiko-

beurteilung. Dazu werden individuell die jeweiligen statischen (nicht mehr veränderbaren) und dynamischen (prinzipiell veränderbaren) Risikofaktoren sowie die protektiven Faktoren untersucht. Hierfür gibt es reliable und valide Prognosechecklisten [12].

Das Risikomanagement umfasst diverse Maßnahmen: Behandlung der Risikofaktoren (delikt-, sucht- und störungsspezifisch), Überwachung (Drogentests, Sicherungsmaßnahmen wie Kontrolle von Besuchern, Selbstbeobachtungsfragebögen etc.), Einschränkung der Handlungsspielräume der Betroffenen (beispielsweise durch Weisungen der Führungsaufsicht nach bedingter Entlassung). Risikobeurteilung und Risikomanagement sind integrale Bestandteile der Behandlungsplanung. Diese lässt sich als ein ständig sich wiederholender Vorgang in Form eines Regelkreises darstellen (**Abb. 1**). Parallel dazu wird in gleicher Weise die Einschätzung des Risikos für weitere Straftaten immer wieder aktualisiert.

Behandlungsergebnisse

Die Rückfallquote, bezogen auf Suchtmittelrückfälle während der Behandlung, liegt seit zirka zehn Jahren relativ stabil bei 0,3–0,4 Rückfällen pro Patient und Behandlungsjahr. Rund 75 % der Patienten zeigen bezüglich des Konsums von Suchtmitteln einen rückfallfreien Behandlungsverlauf.

Der Anteil der Patienten mit Lockerungsmisbrauch liegt bei unter 0,1 pro Patient und Jahr, kein Lockerungsmisbrauch findet sich hingegen bei über 95 % [5]. Jedoch schließt nur rund die Hälfte der Patienten die Behandlung regulär ab. Bei 50 % wird die Maßregel wegen sich im Behandlungsverlauf herausstellender fehlender Erfolgsaussicht eingestellt. Diese Patienten müssen ihre Freiheitsstrafe in einer JVA verbüßen [5]. Bekannt ist, dass die Legalprognose dieser Untergruppe besonders schlecht ist [13]. Deshalb sollte angestrebt werden, Patienten, die von der Behandlung nicht profitieren werden, im Zuge der Begutachtung vor der Aufnahme in den Maßregelvollzug besser zu identifizieren. Dies ist derzeit aber noch nicht möglich [3, 14]. Andererseits ist anzustreben, den Anteil der Patienten, die bedingt entlas-

sen werden, und deren Legalprognose deutlich besser ist, zu erhöhen.

Jehle, Heinz und Sutterer [15] konnten bei 1.053 Patienten mit einer Legalbewährungsquote von 41 % keinen Unterschied zu Entlassungen aus dem Strafvollzug beziehungsweise sogar eine leicht bessere Legalbewährung nach dem Strafvollzug feststellen. In neueren Studien mit geringeren Fallzahlen liegt die Legalbewährungsquote nach bedingter Entlassung aus einer Entziehungsanstalt zwischen 63 % [16] und 87 % [17]. Diese Diskrepanz in den Ergebnissen führte zu der vom Institut für Forensische Psychiatrie Essen durchgeführten, prospektiv angelegten Studie „Ertrag der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB“. Die auf dem Kongress der World Psychiatric Association (WPA) im Oktober 2017 vorgestellten ersten Resultate zeigen zwar eine deutlich bessere Legalprognose bei den im Maßregelvollzug behandelten Patienten im Vergleich zu Inhaftierten, jedoch sehr eindrucksvoll auch die schlechte Legalprognose der Patienten, bei denen die Maßregel erledigt wird.

Ausblick

Die Behandlung suchtkranker Rechtbrecher im Maßregelvollzug steht vor großen Herausforderungen. Bei stetig steigenden Unterbringungszahlen und hohen Quoten von Therapieabbrechern müssen weiterhin Forschungsanstrengungen unternommen werden, um die prognostischen Kriterien im Rahmen des Zuweisungsprozesses (Vorhersage des Behandlungserfolgs) zu verbessern. Gleichzeitig ist die Senkung der Rate der Therapieabbrecher ein wesentliches Ziel, da diese Gruppe eine besonders schlechte Legalprognose aufweist. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

Birgit von Hecker

Vitos Klinik für forensische Psychiatrie
Bad Emstal
Klosterweg 6, 34308 Bad Emstal
E-Mail: kfp@vitos-kurhessen.de

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E & Piontek D Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht 2013; 59(6): 321–31
2. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 2015. Artikelnummer 5243202149004 https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/Strafverfolgung/Vollzug/KrankenhausMassregelvollzug5243202149004.pdf?__blob=publicationFile Zugriff am 21.03.2018
3. Lindemann V, Querengässer J, Hoffmann K & Ross T. Psychiatrische Prognosen für den Behandlungserfolg in einer Entziehungsanstalt – Ergebnisse einer Gutachterbefragung. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattsschriften 2013; 20(2), 121–47.
4. Fries D, Endrass J, Ridinger M, Urbaniok F & Rossegger A. Indikatoren für den Verlauf einer stationären Behandlung bei Straftätern mit Substanzabhängigkeit. Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie. 2011; 79, 404–410.
5. Von der Haar M (2013): Stichtagserhebung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB. Ergebnisse der bundesweiten Erhebung. Ausgabe 2012. Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen, Bad Rehburg.
6. Schalast n; Frey M, Boateng S, Demmerling R, von der Haar M. Persönlichkeitsstörungen – unterdiagnostiziert bei Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 64 StGB? Sucht 2016; 62 (5): 305–13
7. Wittchen HJ, Apelt SM, Soyka M et al. Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: a naturalistic study in 2694 patients. Drug Alcohol Depend 2008; 95: 245–57
8. Dudeck M, Kopp D, Kuwert P, Drenkhahn K et al. die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Gefängnisinsassen mit Kurzzeitstrafe. Ergebnisse aus einer norddeutschen Haftanstalt. Psychiatr Prax. 2009; 36: 219–24
9. Andrews D, Bonta J. The psychology of criminal conduct. 2010; 5th ed. New Providence, Bender.
10. Andrews DA, Bonta J. Risk-Need-Responsivity. Model for offender assessment and rehabilitation. Herr Majesty the Queen in Right of Canada (2007); Cat. No. PS3-1/2007-6. ISBN No: 978-0-662-05049-0 <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-eng.pdf> zuletzt: 25. 3.2018
11. Euker S, Müller-Isberner R (2017) Die Praxis der Behandlung. In: Müller-Isberner R, Born P, Euker S, Eusterschulte B (2017) Praxis-handbuch Maßregelvollzug. 3. Erweiterte und aktualisierte Auflage, MWV, Berlin
12. Rettenberger M, von Franqué F (2013) Handbuch kriminalprognostischer Verfahren. Hogrefe, Göttingen
13. Querengässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross T. Therapieabbruch als Prädiktor erneuter Straftaten. Legalbewährung von Patienten nach Unterbringung gemäß § 64 StGB. Nervenarzt 2018; 89: 71–7
14. Querengässer J, Bulla J, Hoffmann K, Ross T. (2015) Outcomeprädiktoren forensischer Suchtbehandlungen – Eine Integration patientenbezogener und nicht patientenbezogener Variablen zur Behandlungsprognose des § 64 StGB
15. Jehle JM, Heinz W, Sutterer P (2003) Legalbewährung nach strafrechtlichen Sanktionen. Eine kommentierte Rückfallstatistik. Bundesministerium der Justiz, Berlin. http://www.bmjv.de/SharedDocs/Archiv/Downloads/Legalbewaehrung_strafrechtliche_Sanktionen_kommentierte_Rueckfallstatistik.pdf?__blob=publicationFile&v=2 zuletzt: 25.03.2018
16. Gericke B, Kallert TW. Zum Outcome der Maßregelvollzugsbehandlung nach § 64 StGB. Psychiatrische Praxis 2007; 34, Supplement 2. S218–226.
17. Bezzel A. Blick in den Spiegel. Standardisierte Erhebung der Ergebnisqualität im bayerischen Maßregelvollzug. Recht und Psychiatrie 2013; 31, 123–28



Status epilepticus:
Wie das anhalten-
de „Gewitter im
Kopf“ im Einzelfall
ausgeht, hängt von
vielen Faktoren ab.

Zahlreiche Ansätze – wenig Sicherheit

Prognosevorhersage bei Status epilepticus im Erwachsenenalter

Wenn ein einzelner epileptischer Anfall nicht selbstlimitierend ist oder mehrere aufeinanderfolgende Anfälle in Serie auftreten, ohne dass dazwischen das Bewusstsein beziehungsweise der neurologische Vorzustand wiedererlangt werden, handelt es sich um einen Status epilepticus. Es ist initial allerdings oft schwer abzusehen, welchen Verlauf eine solche Status-epilepticus-Episode nehmen wird.

CAROLINE REINDL, DOMINIK MADŽAR, ERLANGEN

Abhängig von der Anfallssemiologie gilt gemäß einer operationalen Definition, dass beim generalisierten tonisch-klonischen Status epilepticus (SE) nach einer Dauer von ≥ 5 Minuten, beim fokalen SE mit Bewusstseinseintrübung nach einer Dauer von ≥ 10 Minuten und beim Absencestatus nach einer Dauer von ≥ 10 bis 15 Minuten eine Therapie eingeleitet werden muss [1,

2], da ab diesen Zeitpunkten nicht mehr davon ausgegangen werden kann, dass die Anfallsaktivität spontan sistiert. Der SE-Verlauf ist oft kaum vorhersehbar. Die Anfallsaktivität kann bereits nach der initialen Benzodiazepin-Gabe enden oder – im schlimmsten Fall – sogar intensivmedizinische Maßnahmen zum Durchbrechen erfordern. Auch ob der Patient den SE unbeschadet übersteht,

Folgeschäden davonträgt oder gar daran verstirbt, ist – insbesondere bei langen SE-Episoden – oft schwer abzuschätzen.

Die Mortalität bei SE wird mit einer breiten Spanne mit Werten zwischen 7 % und 38 % angegeben [3, 4], was unter anderem Unterschiede in den untersuchten Patientenkollektiven widerspiegelt. Folgeschäden im Sinne funktioneller Einschränkungen sind für bis zu 50 %

der Patienten beschrieben [5, 6], wobei diese Zahl maßgeblich von der Dauer der Nachbeobachtungszeit abhängt. Das Dilemma der Statustherapie besteht in den Risiken des Antiepileptika- und Anästhetikagebrauchs, da diese Medikamente in ihrer antiepileptischen Wirkung teilweise ein hämodynamisch-respiratorisch destabilisierendes und organotoxisches Nebenwirkungsprofil aufweisen [7]. Angesichts dieser möglichen Komplikationen stellt sich somit die Frage nach dem Risiko-Nutzen-Verhältnis aggressiver Therapieoptionen. Ideal erscheint eine auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene Therapieführung, in der auch die individuelle Prognoseabschätzung berücksichtigt werden kann [8, 9, 10].

Outcome-relevante Faktoren

Bereits ohne weiterführende diagnostische Maßnahmen verfügbare Patientencharakteristika wie Alter, Anfallsanamnese, funktioneller Vorzustand und Anfallssemiologie beeinflussen das Outcome bei SE.

Auch wenn ein höheres Alter generell mit einer gesteigerten Mortalität assoziiert ist [11, 12], sind die diesbezüglichen Zusammenhänge bei SE deutlich facettenreicher. So schützt jüngeres Alter nicht generell vor einem negativem Outcome. Dies ist dadurch begründet, dass einige der als bedrohlich einzustufenden SE-Ätiologien vorwiegend jüngere Patienten betreffen, allen voran die (meist autoimmunen) Enzephalitiden [13, 14], die mit einer extrem therapierefraktären Anfallsaktivität einhergehen können. Auf der anderen Seite liegt einer SE-Episode bei älteren Patienten oft eine vorbestehende und statische Hirnschädigung mit häufig bereits dadurch bedingtem symptomatischen Anfallsleiden zugrunde. Bei diesen Patienten lässt sich der SE meist leichter durchbrechen [15], was wohl auch erklärt, warum SE-Rezidivepisoden mit einer geringeren Morbidität und Mortalität assoziiert sind [16, 17].

Wahrscheinlich bedingen komplexe Zusammenhänge zwischen Alter und zugrunde liegenden SE-Ätiologien auch die fehlende klare Korrelation zwischen dem klinischen Vorzustand von SE-Patienten und dem Outcome. Studien ka-

men diesbezüglich zu widersprüchlichen Ergebnissen [18, 19].

Eine Assoziation der vorherrschenden Anfallssemiologie mit dem Outcome bei SE gilt hingegen als weitgehend unstrittig. Hierbei gehen SE-Episoden mit generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (GTKA) und insbesondere ein nicht-convulsiver SE (NCSE) mit begleitender schwerer Bewusstseinsstörung gegenüber anderen Semiologien mit einer signifikant höheren Mortalität einher [4, 20]. Passend hierzu gilt eine schwere Vigilanzminderung wie Sopor oder Koma bei SE-Beginn als negativer Outcome-Prädiktor [12, 21].

Die wahrscheinlich zentrale Rolle für die Prognose bei SE spielt aber die zugrunde liegende Ätiologie, die sich allerdings häufig erst unter Zuhilfenahme weiterer diagnostischer Maßnahmen ermitteln lässt. Akute Ätiologien wie ZNS-Infektionen (33 %), zerebrovaskuläre Ereignisse (26 %), metabolische Störungen (22 %) oder der SE als Erstsymptom eines Gehirntumors (16 %) weisen die höchsten Mortalitätsraten auf (jeweils in Klammern), während Schwankungen der Medikamentenspiegel durch Malcompliance (2 %) oder Drogenintoxikation (11 %) mit einer besseren Prognose einhergehen [22, 23]. Statische Gehirnverletzungen (7 %) und chronischer Alkoholmissbrauch (10 %) zeigen generell niedrigere Mortalitätsraten. Für die Outcome-Prognose bei einem SE infolge progressiver neurologischer Erkrankungen liegen insgesamt weniger Daten vor. Eine unauffällige Bildgebung geht selbst bei langer SE-Dauer mit einer guten Prognose einher [24], wohingegen der Nachweis fokaler zerebraler Läsionen oder eines generalisierten Hirnödems mit einer schlechten SE-Prognose assoziiert wurden [14].

Das EEG spielt eine entscheidende Rolle in der Diagnostik, wodurch auch die Prognose beeinflusst werden kann, unter anderem, weil nicht erkannte SE-Episoden ein schlechteres Outcome aufweisen [25] und ein SE mittels kontinuierlicher EEG-Ableitung (cEEG) in der neurologischen Intensivmedizin deutlich häufiger diagnostiziert wird [26]. Ausstehend ist jedoch der Nachweis, ob ein cEEG-gestütztes Therapiemanagement effizienter und sicherer ist [27]. Un-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

klar ist zudem weiterhin die Bedeutung spezifischer EEG-Charakteristika für das Outcome. Ältere Arbeiten postulierten eine ungünstige Prognose bei Nachweis ictaler oder postiktaler lateralisierter periodischer Komplexe (LPDs, früher PLEDs), während eine solche Assoziation für andere Potenziale nicht gezeigt werden konnte [28].

Biomarker sind als Prognoseparameter bei SE nicht ausreichend validiert. Ein signifikanter Anstieg der neuronenspezifischen Enolase (NSE) im Serum als Zeichen einer gestörten Blut-Hirnschranke konnte insbesondere für komplex-fokale und subklinische Anfälle gezeigt werden [29]. Des Weiteren gibt es einige Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Akute-Phase-Proteinen mit dem Outcome bei SE [30].

In den Fokus wissenschaftlicher Untersuchungen ist zuletzt zunehmend die Bedeutung therapeutischer Maßnahmen für das Outcome bei SE gerückt. Rossetti et al. dokumentierten diesbezüglich, dass eine detailgenaue Umsetzung der generell akzeptierten Therapierichtlinien im Vergleich zu Abweichungen von diesen nicht zu schlechterem Outcome führt [31]. Die Zeit bis zum Therapiebeginn scheint insbesondere beim GTKASE eine wichtige Rolle zu spielen, wobei eine verzögerte Initialtherapie eine höhere Rate persistierender Anfälle sowie ein schlechteres Outcome bedingt [32, 33]. Ein möglicher Einfluss der eingesetzten Antiepileptika auf das Outcome ist noch nicht abschließend untersucht [34]. In den meisten entsprechenden Studien waren die Notwendigkeit einer Intubationsnarkose sowie die Anwendung von Anästhetika im Rahmen der SE-Behandlung unabhängige Prädiktoren für ein schlechtes Outcome [10, 35]. Therapieabhängige Komplikationen wie eine längere Narkosedauer oder das Auftreten von Infektionen, wurden mit einer höheren Morbidität in Verbindung gebracht [36].

Prädiktionswerkzeuge für das Outcome bei Status epilepticus

Die Abschätzung des Prognose bei SE benötigt speziell auf das Krankheitsbild zugeschnittene Vorhersage-Scores [37], von denen in den vergangenen Jahren

insgesamt vier publiziert wurden, erstmals 2006 von Rossetti et al. Der von dieser Arbeitsgruppe vorgestellte Status Epilepticus Severity Score (STESS) verwendet die Parameter Alter, Vigilanz, Anfallsanamnese und Semiologie [16], wobei Alter ≥ 65 Jahren und NCSE mit Koma eine besonders hohe Gewichtung besitzen [20]. Der STESS soll sich insbesondere durch eine robuste Identifikation von Patienten auszeichnen, die eine SE-Episode überleben werden.

In der Folge schlugen Gonzalez-Cuevas et al. den modifizierten STESS (mSTESS) vor, den sie um den funktionellen Vorzustand des Patienten als fünften Parameter (gemessen mittels modified Rankin Scale, mRS) erweiterten, und in dem die Altersgrenze auf 70 Jahre anhuben wurde [18]. Unabhängig vom STESS hatten Leitinger et al. bereits 2015 den Epidemiology-based Mortality Score in Status Epilepticus (EMSE) [23] entworfen. Dieser setzt sich, je nach gewählter Kombination, aus bis zu sechs Parametern zusammen; zu diesen zählen ätiologiespezifische Mortalitätsraten (E), das Patientenalter nach Dekaden (A), der Vigilanzgrad (L), Komorbiditäten (C), SE-Dauer (D) und spezielle EEG-Befunde (E). Für ihre eigene Kohorte fanden die Autoren die optimalsten Vorhersagewerte bei einem Score, der nur vier der sechs möglichen Parameter beinhaltet (Ätiologie, Patientenalter, Komorbiditäten, EEG-Befunde = EMSE-EACE). Vorteile dieses Scores im Vergleich zum STESS sollen die geringere Gefahr eines Ceiling-Effekts sowie die größere Flexibilität sein, die es erlaubt, die Punktwerte den Gegebenheiten der Region anzupassen, in welcher der Score angewendet wird. Damit soll unter anderem der differierenden Bedeutung verschiedener SE-Ätiologien in unterschiedlichen Teilen der Welt Rechnung getragen werden können.

Schließlich schlugen Gao et al. 2016 noch den Encephalitis-NCSE-Diazepam Resistance-Image Abnormalities-Tracheal intubation Score (END-IT) vor [14]. Er unterscheidet sich von den vorgenannten Scores insbesondere durch die Einbeziehung von Parametern, die Informationen aus diagnostischen Maßnahmen und über das Ansprechen auf die initiale SE-Therapie benötigen. Be-

sonderes Gewicht bekommt hierbei unter anderem die Enzephalitis zu, die in dem aus China stammenden Patientenkollektiv, das der Score-Entwicklung zugrunde lag, etwa in ein Drittel der Fälle die nachgewiesene SE-Ätiologie darstellte. Dies zeigt allerdings auch die wahrscheinlich eher begrenzte Anwendbarkeit des END-IT-Scores bei mitteleuropäischen Patientenkollektiven an, in denen ein SE nur sehr selten durch eine Enzephalitis bedingt ist [38].

Bei aller Verschiedenheit der genannten Prognosewerkzeuge bleibt die Frage, mit welchem Score das Outcome des Patienten im Einzelfall am genauesten abgeschätzt werden kann. Aktuelle Arbeiten beschäftigen sich mit entsprechenden vergleichenden Analysen [5, 6, 39]. Eine klare Tendenz zur Überlegenheit eines Prognosewerkzeugs gegenüber den anderen zeichnet sich hierbei bisher aber nicht ab.

Generell bleibt die Frage zu beantworten, welchen Nutzen der Versuch einer Prognosevorhersage bei einem so heterogenen Krankheitsbild wie dem SE für den individuellen Patienten bringt. Vielleicht kann dieser in einer individualisierten Therapiesteuerung liegen, sodass Patienten, bei denen der Vorhersagescore eine niedrige erwartbare Mortalität prädiziert, aufgrund des ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles zum Beispiel eher nicht aggressiven Therapiemaßnahmen zugeführt werden sollten [20, 23]. Ob diese aus retrospektiven Daten abgeleitete Hypothese tatsächlich valide ist, muss in künftigen Studien jedoch erst noch untersucht werden. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Dominik Madžar
Neurologische Klinik
Universitätsklinikum Erlangen
Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen
E-Mail: Dominik.Madzar@uk-erlangen.de

Dr. med. Caroline Reindl
Neurologische Klinik,
Universitätsklinikum Erlangen
E-Mail: Caroline.Reindl@uk-erlangen.de

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Lowenstein DH, Bleck T, Macdonald RL. It's time to revise the definition of status epilepticus. *Epilepsia* 1999; 40: 120-122
2. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D et al. A definition and classification of status epilepticus - Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2015; 56: 1515-1523
3. Kantanen AM, Kalviainen R, Parviainen I et al. Predictors of hospital and one-year mortality in intensive care patients with refractory status epilepticus: a population-based study. *Critical care (London, England)* 2017; 21: 71
4. Sutter R, Marsch S, Fuhr P et al. Mortality and recovery from refractory status epilepticus in the intensive care unit: a 7-year observational study. *Epilepsia* 2013; 54: 502-511
5. Kang BS, Kim DW, Kim KK et al. Prediction of mortality and functional outcome from status epilepticus and independent external validation of STESS and EMSE scores. *Critical care (London, England)* 2016; 20: 25
6. Giovannini G, Monti G, Tondelli M et al. Mortality, morbidity and refractoriness prediction in status epilepticus: Comparison of STESS and EMSE scores. *Seizure* 2017; 46: 31-37
7. Hawkes MA, Hocker SE. Systemic Complications Following Status Epilepticus. *Current neurology and neuroscience reports* 2018; 18: 7
8. Bausell R, Svoronos A, Lennihan L et al. Recovery after severe refractory status epilepticus and 4 months of coma. *Neurology* 2011; 77: 1494-1495
9. Vaitkevicius H, Husain AM, Rosenthal ES et al. First-in-man allopregnanolone use in super-refractory status epilepticus. *Annals of clinical and translational neurology* 2017; 4: 411-414
10. Sutter R, Marsch S, Fuhr P et al. Anesthetic drugs in status epilepticus: risk or rescue? A 6-year cohort study. *Neurology* 2014; 82: 656-664
11. Claassen J, Lokin JK, Fitzsimmons BF et al. Predictors of functional disability and mortality after status epilepticus. *Neurology* 2002; 58: 139-142
12. Rossetti AO, Hurwitz S, Logroscino G et al. Prognosis of status epilepticus: role of aetiology, age, and consciousness impairment at presentation. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 2006; 77: 611-615
13. Holtkamp M, Othman J, Buchheim K et al. A „malignant“ variant of status epilepticus. *Arch Neurol* 2005; 62: 1428-1431
14. Gao Q, Ou-Yang TP, Sun XL et al. Prediction of functional outcome in patients with convulsive status epilepticus: the END-IT score. *Critical care (London, England)* 2016; 20: 46
15. Rudin D, Grize L, Schindler C et al. High prevalence of nonconvulsive and subtle status epilepticus in an ICU of a tertiary care center: a three-year observational cohort study. *Epilepsy research* 2011; 96: 140-150
16. Rossetti AO, Logroscino G, Bromfield EB. A clinical score for prognosis of status epilepticus in adults. *Neurology* 2006; 66: 1736-1738
17. Tsetsou S, Novy J, Rossetti AO. Recurrence of status epilepticus: prognostic role and outcome predictors. *Epilepsia* 2015; 56: 473-478
18. Gonzalez-Cuevas M, Santamarina E, Toledo M et al. A new clinical score for the prognosis of status epilepticus in adults. *European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies* 2016; 23: 1534-1540
19. Delaj L, Novy J, Ryvlin P et al. Refractory and super-refractory status epilepticus in adults: a 9-year cohort study. *Acta neurologica Scandinavica* 2017; 135: 92-99
20. Rossetti AO, Logroscino G, Milligan TA et al. Status Epilepticus Severity Score (STESS): a tool to orient early treatment strategy. *Journal of neurology* 2008; 255: 1561-1566
21. Shneker BF, Fountain NB. Assessment of acute morbidity and mortality in nonconvulsive status epilepticus. *Neurology* 2003; 61: 1066-1073
22. [Anonym]. Guidelines for epidemiologic studies on epilepsy. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1993; 34: 592-596
23. Leitinger M, Holler Y, Kalss G et al. Epidemiology-based mortality score in status epilepticus (EMSE). *Neurocritical care* 2015; 22: 273-282
24. Kilbride RD, Reynolds AS, Szaflarski JP et al. Clinical outcomes following prolonged refractory status epilepticus (PRSE). *Neurocritical care* 2013; 18: 374-385
25. Semmlack S, Yeginsoy D, Spiegel R et al. Emergency response to out-of-hospital status epilepticus: A 10-year observational cohort study. *Neurology* 2017; DOI: 10.1212/wnl.00000000000004147
26. Sutter R, Fuhr P, Grize L et al. Continuous video-EEG monitoring increases detection rate of nonconvulsive status epilepticus in the ICU. *Epilepsia* 2011; 52: 453-457
27. Varelas PN, Corry J, Rehman M et al. Management of status epilepticus in neurological versus medical intensive care unit: does it matter? *Neurocritical care* 2013; 19: 4-9
28. Nei M, Lee JM, Shanker VL et al. The EEG and prognosis in status epilepticus. *Epilepsia* 1999; 40: 157-163
29. DeGiorgio CM, Heck CN, Rabinowicz AL et al. Serum neuron-specific enolase in the major subtypes of status epilepticus. *Neurology* 1999; 52: 746-749
30. Sutter R, Valenca M, Tschudin-Sutter S et al. Procalcitonin and mortality in status epilepticus: an observational cohort study. *Critical care (London, England)* 2015; 19: 361
31. Rossetti AO, Alvarez V, Januel JM et al. Treatment deviating from guidelines does not influence status epilepticus prognosis. *Journal of neurology* 2013; 260: 421-428
32. Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. *The New England journal of medicine* 2001; 345: 631-637
33. Sagduyu A, Tarlaci S, Sirin H. Generalized tonic-clonic status epilepticus: causes, treatment, complications and predictors of case fatality. *Journal of neurology* 1998; 245: 640-646
34. Beuchat I, Novy J, Rossetti AO. Newer Antiepileptic Drugs in Status Epilepticus: Prescription Trends and Outcomes in Comparison with Traditional Agents. *CNS drugs* 2017; 31: 327-334
35. Marchi NA, Novy J, Faouzi M et al. Status epilepticus: impact of therapeutic coma on outcome. *Critical care medicine* 2015; 43: 1003-1009
36. Hocker SE, Britton JW, Mandrekar JN et al. Predictors of outcome in refractory status epilepticus. *JAMA neurology* 2013; 70: 72-77
37. Cheng JY. Mortality prediction in status epilepticus with the APACHE II score. *Journal of the Intensive Care Society* 2017; 18: 310-317
38. Spatola M, Novy J, Du Pasquier R et al. Status epilepticus of inflammatory etiology: a cohort study. *Neurology* 2015; 85: 464-470
39. Reindl C, Knappe RU, Sprugel MI et al. Comparison of scoring tools for the prediction of in-hospital mortality in status epilepticus. *Seizure* 2018; 56: 92-97

Schmerzfragebogen und quantitativ-sensorische Testung im Vergleich

Messen wir in der Schmerzdiagnostik was Patienten fühlen?

Neuropathische Schmerzen sind durch eine Vielzahl positiver und negativer somatosensorischer Symptome der Patienten gekennzeichnet. Dazu zählen beispielsweise thermische und mechanische Hypoästhesie, Hypo- oder Hyperalgesie sowie Allodynie. Derlei Symptome können anamnestisch erfragt und mittels der klinisch-neurologischen Untersuchung oder auch standardisiert untersucht werden. Die Korrelation der subjektiven Angaben mit den objektiven Befunden ist allerdings aktuellen Daten zufolge gering.

JANNE GIERTHMÜHLEN, RALF BARON, KIEL

Für die standardisierte Untersuchung eignet sich die Testbatterie der quantitativ-sensorischen Testung (QST) des Deutschen Forschungsverbunds Neuropathischer Schmerz (DFNS) [1]. Die QST dient in der klinischen Routine

vor allem der Diagnostik neuropathischer Schmerzen respektive dem Nachweis einer Funktionsstörung afferenter Nervenbahnen oder deren zentraler Bahnen. Sie wird jedoch mehr und mehr auch zur genauen klinischen Phänotypi-

sierung eingesetzt, um eine individualisierte mechanismenbasierte Therapie festzulegen; dies bedeutet, dass Medikamente entsprechend der beim jeweiligen Patienten vorliegenden Schmerzmechanismen ausgewählt werden (**Tab. 1**).



Subjektiv berichten Patienten mit neuropathischen Schmerzen mitunter, dass leichte Berührung des betroffenen Areals Schmerzen auslöst. Ob es sich dabei um eine dynamisch-mechanische Allodynie handelt, muss durch eine weitergehende Untersuchung geklärt werden.

© Bits and Splits / stock.adobe

Tab. 1: Negative und positive sensorische Symptome bei neuropathischen Schmerzen, deren Pathophysiologie und mögliche Therapieoptionen

	Symptom	Klinische Untersuchung	QST-Testung (Parameter)	Mechanismen	Therapieoptionen
Negativsymptome	Hypästhesie	Bestreichen der Haut mit Pinsel oder Watteträger	MDT	Läsion/Funktionsstörung peripherer oder zentraler afferenter Bahnen	–
	Pallhypästhesie	Applikation der Stimmgabel über Knochen oder Gelenk	VDT	Läsion/Funktionsstörung peripherer oder zentraler afferenter Bahnen	–
	Hypoalgesie	Berühren der Haut mit PinPrick	MPT, MPS	Läsion/Funktionsstörung peripherer oder zentraler afferenter Bahnen	–
	Thermhypästhesie/Thermhypoalgesie	Berührung der Haut mit kalten Gegenständen (z. B. 10° C, Metallrolle, Tipptherm, Wasserglas, Acetonspray) Berührung der Haut mit warmen Gegenständen (z. B. 45° C Metallrolle, Tipptherm, Wasserglas)	WDT, CDT, HPT, CPT,	Läsion/Funktionsstörung peripherer oder zentraler afferenter Bahnen	–
Positivsymptome	Spontane Empfindung Spontanschmerz	Parästhesien	–	Irritation peripherer oder zentraler afferenter Bahnen	alle Co.-Analgetika, die in den (schmerz-) leitenden Prozess eingreifen (s. oberflächlicher Schmerz)
		Einschießende Schmerzattacken	–	periphere Nervensensibilisierung durch Expression ektooper Natriumkanäle	Natriumkanalblocker (z. B. Lidocain, Carbamazepin, Oxcarbazepin, Lamotrigin, trizyklische Antidepressiva)
		Oberflächlicher Schmerz	–	periphere Nervensensibilisierung durch Zytokinfreisetzung zentrale Sensibilisierung im Hinterhorn durch ständigen nozizeptiven Input Funktionsverlust inhibitorischer Interneurone Verminderung der absteigenden Schmerzhemmung	TNF- α -Antagonisten, NSAID? μ -Rezeptoragonisten (Opioide) Kalziumkanalmodulierer (Gabapentin, Pregabalin) μ -Rezeptoragonisten (Opioide) NA/5-HT-Wiederaufnahmehemmer (trizyklische Antidepressiva, Venlafaxin, Duloxetin)
	Evozierter Schmerz	Mechanisch-dynamische Allodynie	DMA	zentrale Sensibilisierung im Hinterhorn durch ständigen nozizeptiven Input	μ -Rezeptoragonisten (Opioide) Kalziumkanalmodulierer (Gabapentin, Pregabalin)
		Mechanische Hyperalgesie	MPT, MPS	Funktionsverlust inhibitorische Interneurone Verminderung der absteigenden Schmerzhemmung	μ -Rezeptoragonisten (Opioide) NA/5-HT-Re-Uptake-Hemmer (trizyklische Antidepressiva, Venlafaxin, Duloxetin)
		Kälte-Hyperalgesie	CPT	periphere Sensibilisierung durch verändertes Verhalten von TRPM8-Rezeptoren zentrale Disinhibition?	Menthol? ?
		Hitze-Hyperalgesie	HPT	periphere Sensibilisierung unter Beteiligung des TRPV1-Rezeptors	Capsaicin-Pflaster

Gezeigt sind mögliche Therapieansätze mit Medikamenten, die sich in den Internationalen Empfehlungen zur Therapie Neuropathischer Schmerzen finden, deren Anwendung so jedoch nicht durch Studien untermauert ist, sondern der klinischen Einschätzung des Autors entsprechen. QST = quantitativ-sensorische Testung; MDT = mechanische Detektionsschwelle; VDT = Vibrationsdetektionsschwelle; MPT = mechanische Schmerzschwelle; MPS = mechanische Schmerzsensitivität; WDT = Warmdetektionsschwelle; CDT = Kaltdetektionsschwelle; HPT = Hitzeschmerzschwelle; CPT = Kälteschmerzschwelle; DMA = dynamisch-mechanische Allodynie

Tab. 2: Untersuchte Assoziationen zwischen der entsprechenden Frage im PDQ und dem QST-Parameter

Frage im PainDETECT®	QST-Parameter
Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?	DMA (dynamisch-mechanische Allodynie)
Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?	CPT (Kältehyperalgesie), HPT (Hitzehyperalgesie)
Leiden Sie in dem von Ihnen eingezeichneten Areal unter einem Taubheitsgefühl?	MDT (mechanische Hypoästhesie)
Löst ein leichter Druck (z. B. mit dem Finger) in diesem Bereich Schmerzen aus?	PPT (Druckschmerzhyperalgesie)

DMA = dynamisch-mechanische Allodynie; CPT = Kälteschmerzschwelle; HPT = Hitzeschmerzschwelle; MDT = mechanische Detektionsschwelle; PPT = Druckschmerzhyperalgesie

Die Befunde aus der QST können somit als Spiegel der zugrunde liegenden pathophysiologischen Mechanismen angesehen werden. Zwar ist die Wirksamkeit der mechanismenbasierten Therapie zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht hinreichend belegt, jedoch findet sie bereits in klinischen Studien Anwendung, in die beispielsweise nur Patienten mit bestimmten somatosensorischen Symptomen zur Therapieevalua-

tion aufgenommen werden oder bei denen sich – abhängig vom Vorkommen spezieller somatosensorischer Symptome – deutliche Therapieunterschiede zeigten [2, 3, 4, 5].

Im klinischen Alltag sind die Untersuchungen der Somatosensorik, insbesondere die nicht überall verfügbare standardisierte QST des DFNS, zeitaufwendig. Im Gegensatz dazu sind Schmerzfragebögen, welche die Patienten selber

– idealerweise bereits im Vorfeld des Untersuchungstermins – ausfüllen, zeitsparend, einfach und gegebenenfalls auch durch nicht spezialisierte Untersucher anwendbar. Würden die abgefragten Symptome der Schmerzfragebögen mit den Befunden in der QST übereinstimmen, könnten sie also ohne viel Aufwand für eine individualisierte mechanismenbasierte Therapie oder zur Patientenphänotypisierung in klinischen Studien genutzt werden.

In einer eigenen Untersuchung wurden daher 96 Patienten mit der QST und dem PainDetect®-Fragebogen (PDQ) hinsichtlich einer Assoziation der objektiven Befunde mit den subjektiven Angaben untersucht [6]. Der PDQ beinhaltet neben Fragen nach der Intensität und dem Verlauf der Schmerzen sieben Fragen zum Vorkommen typischer neuropathischer Symptome, beispielsweise Taubheit, Schmerzauslösung im betroffenen Areal durch leichte Berührung, Kälte- oder Wärmereiz etc. Zu vier der Fragen ließen sich passende Parameter in der QST finden und die Assoziation wurde untersucht (**Tab. 2**)

Die untersuchten Patienten waren im Mittel $62,5 \pm 13,1$ Jahre alt, 45,8 % waren Frauen mit einer mittleren Erkrankungsdauer von $58,9 \pm 59,6$ Jahren und einer durchschnittlichen Schmerzintensität von $5,7 \pm 1,8$ in den zurückliegenden vier Wochen [NRS 0–10].

Insgesamt zeigte sich nur eine geringe bis moderate Konkordanz zwischen den Selbstangaben der Patienten im PDQ und den klinisch erhobenen Befunden in der QST (**Abb. 1, 2**). Die besten – aber eben nur moderat übereinstimmenden – Ergebnisse fanden sich zwischen der Frage, ob leichte Berührung im betroffenen Areal schmerzhaft ist und dem Nachweis einer dynamisch-mechanischen Allodynie (DMA) in der QST: Von 48 Patienten, die im PDQ einen Schmerz bei leichter Berührung angaben, hatten jedoch nur 50 % eine DMA in der QST (Konkordanz 75 %, $\kappa = 0,5$, $\eta = 0,57$; Sensitivität 100 %, Spezifität 66,7 %, positive und negative Likelihood Ratio gering). Zwar gaben Patienten mit DMA in der QST höhere Werte für Schmerzen infolge leichter Berührung im PDQ an ($3,8 \pm 0,8$ vs. $1,8 \pm 1,5$, $p < 0,001$) und die angegebenen Werte im PDQ korrelierten

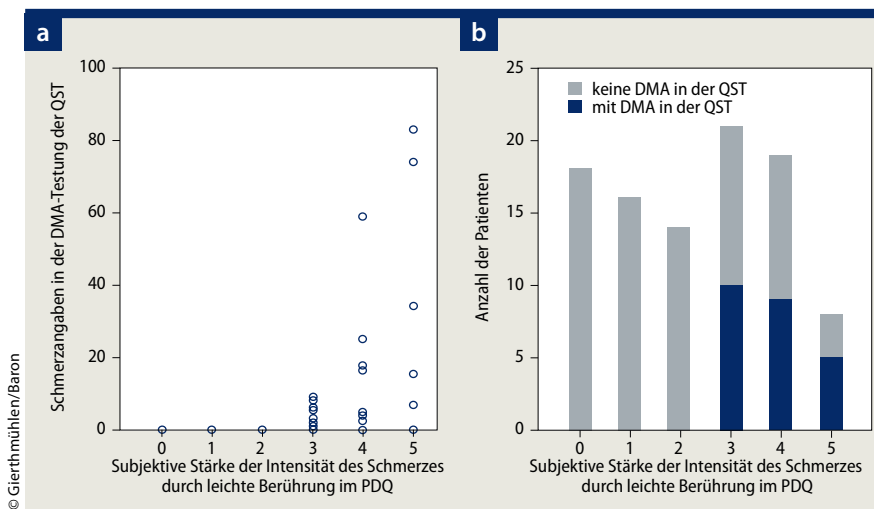


Abb. 1: Assoziation zwischen Vorkommen von Schmerzen, die durch leichte Berührung des Schmerzareals ausgelöst werden im PDQ und DMA in der QST. **a:** Sogar Patienten ohne Nachweis einer DMA in der QST gaben eine sehr starke Intensität des Vorkommens von Schmerz durch leichte Berührung im PDQ an. **b:** Anzahl der Patienten mit (blaue Balken) und ohne (graue Balken) Nachweis einer DMA in der QST und deren subjektive Einschätzung nach dem Vorkommen von Schmerzen, die durch leichte Berührung des Schmerzareals ausgelöst werden können im PDQ. Auf der Abszisse sind die subjektiven Einschätzungen der Intensität des Vorkommens von Schmerz durch leichte Berührung im PDQ gezeigt (0 = nie, 1 = kaum, 2 = gering, 3 = mittel, 4 = stark, 5 = sehr stark) [7]; PDQ = PainDetect®-Fragebogen; DMA = dynamisch-mechanische Allodynie

leicht positiv mit den Schmerzangaben bei der DMA-Testung in der QST (**Abb. 1a**), jedoch gaben auch Patienten ohne DMA in der QST Schmerzen nach leichter Berührung im PDQ an (**Abb. 1b**). Für die anderen untersuchten Assoziationen waren Konkordanz, Sensitivität und Spezifität sowie positive und negative Likelihood Ratio noch geringer (Assoziation der Frage nach leichtem Druck mit PPT: Konkordanz 63,4 %, $\kappa = 0,27$, $\eta = 0,27$, Sensitivität 67,6 %, Spezifität 61 %; Assoziation der Frage nach schmerzhafter Wärme/Kälte: Konkordanz 56,3 %, $\kappa = 0,083$, $\eta = 0,089$). Selbst für die Frage nach dem Vorkommen einer Taubheit zeigte sich nur eine geringe Übereinstimmung mit den Ergebnissen der QST (Konkordanz 49 %, $\kappa = -0,03$, $\eta = 0,03$, Sensitivität 50,8 %, Spezifität 45,9 %; **Abb. 2**).

Diskussion

Unsere Studie zeigt, dass die Selbstangaben der Patienten allenfalls moderat mit den Untersuchungsbefunden der QST übereinstimmen und beide Verfahren damit vermutlich verschiedene Aspekte der Schmerzen erfassen. Beides ist jedoch für eine optimale Therapie von Bedeutung: Die Besserung der vom Patienten beschriebenen Symptome kann die Lebensqualität, möglicherweise auch die Funktionalität und damit auch die Therapiezufriedenheit erhöhen. Die QST zeigt objektivierbar einen Rückgang der Symptome an, zum Beispiel, wenn die DMA im Verlauf der Therapie abnimmt. Dies kann besonders bei Patienten mit negativer Grund- und Therapieeinstellung hilfreich sein. Auch die Besserung einzelner Symptome ist als positiver Therapieeffekt zu werten, beispielsweise, wenn sich eine DMA bessert und der Patient keinen Schmerz mehr durch Berührung der Kleidung oder der Bettdecke verspürt – unabhängig davon, ob die Gesamtschmerzintensität zurückgeht. Für den Arzt bietet das Ergebnis der QST zudem eine Hilfestellung bei der Auswahl des Medikaments für eine mechanismenbasierte Therapie (**Tab. 1**).

Die mäßige Übereinstimmung der patientenbezogenen Selbstangaben mit der QST kann viele Gründe haben. Einer der wichtigeren Punkte ist vermutlich eine

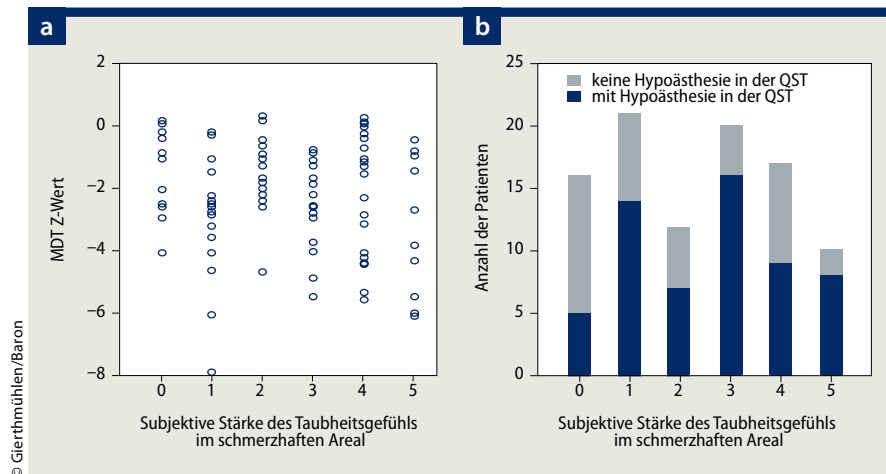


Abb. 2: Assoziation zwischen subjektiv berichteter Taubheit im PDQ und Z-Wert der MDT in der QST. **a:** Patienten mit und ohne Nachweis einer mechanischen Hypoästhesie in der QST gaben Intensitätswerte einer Taubheit im PDQ von 0–5 an, das heißt es gab Patienten mit einer mechanischen Hypoästhesie, die kein Taubheitsgefühl angaben, während einige Patienten keine nachweisbare mechanische Hypoästhesie in der QST hatten, dafür aber hohe Intensitätswerte für eine Taubheit im PDQ angaben. **b:** Anzahl der Patienten mit (blaue Balken) und ohne (graue Balken) Nachweis einer Hypoästhesie (MDT) in der QST und deren subjektive Einschätzung nach dem Vorkommen einer Taubheit im PDQ. Auf der Abszisse sind die subjektiven Einschätzungen der Intensität des Vorkommens von Taubheit im PDQ gezeigt (0 = nie, 1 = kaum, 2 = gering, 3 = mittel, 4 = stark, 5 = sehr stark) [7]; MDT = mechanische Detektionsschwelle; PDQ = PainDetect®-Fragebogen

Diskrepanz zwischen dem, was der Arzt mit seiner Frage erfassen möchte, und dem, was der Patient unter der Frage versteht. Ein Beispiel hierfür ist die Frage im PDQ, ob leichte Berührung schmerzhaft ist und das Vorhandensein einer DMA in der QST: Ein Patient mit Trigeminalneuralgie wird die Frage vermutlich bejahen beziehungsweise angeben, dass leichtes Touchieren des betroffenen Areals stark schmerzhaft ist, da Berührung bei Patienten mit Trigeminalneuralgie häufig Schmerzen triggert. Das ist jedoch keine DMA im eigentlichen Sinne. Dies bedeutet, dass klare Fragen respektive Definitionen notwendig sind, wenn es um die Erfassung der Schmerzsymptome geht.

Die geringe Assoziation des PDQ mit der QST kann zudem durch methodische Unterschiede bedingt sein: Während die QST die Symptome zu einem bestimmten Zeitpunkt und hauptsächlich evozierte Schmerzen misst, erfasst der Fragebogen auch spontan auftretende Schmerzen und bezieht sich hierbei meist auf einen längeren Zeitraum, zum Beispiel die zurückliegenden sieben Tage. Darüber hinaus sind die Teststi-

muli unterschiedlich, beispielsweise Druck mit dem Finger versus Druckalgesiometer in der QST.

Fazit für die Praxis

Schlussfolgernd können Angaben im PDQ die QST-Werte nicht vorhersagen und damit der PDQ eine QST-Untersuchung zur Diagnostik und Einleitung einer Mechanismenbasierten Therapie nicht ersetzen. Beide Verfahren sollten ergänzend eingesetzt werden, um für den jeweiligen Patienten eine optimale Therapie zu erreichen [7]. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORIN

PD Dr. med. Janne Gierthmühlen
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Kiel, Klinik für Neurologie,
Sektion für Neurologische
Schmerzforschung und Therapie
(Direktor: Prof. Dr. med. Ralf Baron)
Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel
E-Mail: janne.gierthmuehlen@uksh.de

Literatur

1. Rolke R, Baron R, Maier C, Tolle TR, Treede RD, Beyer A, et al. Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): standardized protocol and reference values. *Pain*. 2006;123(3):231-43.
2. Yarnitsky D, Granot M, Nahman-Averbuch H, Khamaisi M, Granovsky Y. Conditioned pain modulation predicts duloxetine efficacy in painful diabetic neuropathy. *Pain*. 2012;153(6):1193-8.
3. Demant DT, Lund K, Vollert J, Maier C, Segerdahl M, Finnerup NB, et al. The effect of oxcarbazepine in peripheral neuropathic pain depends on pain phenotype: a randomised, double-blind, placebo-controlled phenotype-stratified study. *Pain*. 2014;155(11):2263-73.
4. Demant DT, Lund K, Finnerup NB, Vollert J, Maier C, Segerdahl MS, et al. Pain relief with lidocaine 5% patch in localized peripheral neuropathic pain in relation to pain phenotype: a randomised, double-blind, and placebo-controlled, phenotype panel study. *Pain*. 2015;156(11):2234-44.
5. Mainka T, Malewicz NM, Baron R, Enax-Krumova EK, Treede RD, Maier C. Presence of hyperalgesia predicts analgesic efficacy of topically applied capsaicin 8% in patients with peripheral neuropathic pain. *Eur J Pain*. 2016;20(1):116-29.
6. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(10):1911-20.
7. Gierthmühlen J, Binder A, Förster M, Baron R. Do We Measure What Patients Feel? An Analysis of Correspondence Between Somatosensory Modalities Upon Quantitative Sensory Testing and Self-reported Pain Experience. *Clin J Pain*. 2018; 34(7):610–17. doi: 10.1097/AJP.0000000000000582.

Pharmakotherapie der Suizidalität

Prävention oder Promotion?

Es existieren nur sehr wenige placebokontrollierte prospektive Studien, die eine antisuizidale Wirkung von Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Neuroleptika direkt untersucht haben. Dies gilt nicht für Lithium, das in retrospektiven und einzelnen prospektiven Studien, einen deutlichen antisuizidalen Effekt zeigt. Die Pharmakotherapie der Suizidalität kann anhand empirischer Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, aber auch ihres eventuellen Gefährdungspotenzials beurteilt werden. In diesem Artikel wird auf die Akut- und Langzeitbehandlung von Patienten mit vornehmlich depressiven oder manisch-depressiven Störungen sowie Psychosen eingegangen.

THOMAS BRONISCH, MÜNCHEN



Abb. 1: Für Lithium belegen einer Reihe retrospektiver und einzelne prospektive Studien einen deutlichen antisuizidalen Effekt.

Die Prävention psychischer Störungen kann in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention eingeteilt werden. Für die Frage der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen kämen demnach infrage:

- Tertiärprävention im Sinne der Individualprävention: Verhütung von Rückfällen und weiteren ungünstigen Spätfolgen für das Individuum.
- Universelle, gleich allgemeine, selektive und indizierte Prävention, im Sinne von Indizierter Prävention: Verhinderung von suizidalen Verhaltensweisen bei Individuen, die minimale oder aber nachweisbare Anzeichen oder Symptome für ein suizidales Verhalten zeigen.

Für die Verhütung von Rückfällen und weiteren ungünstigen Spätfolgen kommt demnach am ehesten die Definition der Tertiärprävention im Sinne der Individualprävention infrage [1]. Bei der psychopharmakologischen Behandlung von Suizidalität wird zwischen pharmakologischer Krisenintervention und Langzeittherapie unterschieden.

Pharmakologische Krisenintervention

Bei der pharmakologischen Krisenintervention werden verschiedene Medikamentengruppen beschrieben (Tab. 1) [2]. Da Antidepressiva (AD) einen verzögerten Wirkungseintritt von ein bis zwei Wochen haben, sind sie für Krisenintervention nicht geeignet, können aber sofort eindosiert werden. Hierbei ist immer darauf zu achten, dass die Patienten die Medikamente nicht für einen erneuten Suizidversuch sammeln, das heißt, die Gabe für einen oder wenige Tage unter engmaschiger Kontrolle des Arztes ist notwendig. Trizyklische AD und andere Psychopharmaka mit geringer Sicherheit bei Überdosierung sollten besonders im ambulanten Setting eher nicht verwendet werden.

Tranquilizer ermöglichen eine vorübergehende Beruhigung und Entspannung, eine Angstlösung, eine emotionale Distanzierung des suizidalen Patienten (etwa Lorazepam 1,0–2,0 mg). Sie können hierbei von typischen oder atypischen Neuroleptika mit sedierender Wirkung unterstützt werden (etwa Perazin 50–100 mg oder 200–400 mg Quetiapin). Ausgeprägte depressive Verstimmungen sollten – meist in Kombination mit einer der oben genannten Stoffgruppen – mit AD behandelt (etwa Citalopram 20–40 mg, Amitriptylin 75–150 mg), psychotische Erlebnisformen wie Wahn oder Halluzinationen durch atypische oder typische Neuroleptika (etwa Olanzapin 10–20 mg oder Haloperidol/Tag 5–10 mg) angegangen werden.

Pharmakologische Langzeitbehandlung

Die pharmakologische Langzeitbehandlung von suizidgefährdeten Patienten hängt von der psychiatrischen Grunderkrankung ab. Hier wird nur auf depressive oder manisch depressive Erkrankungen und Psychosen eingegangen.

Empirische Studien zur antisuizidalen Wirkung

Antidepressiva

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass AD nicht nur in der Behandlung von depressiven Symptomen, sondern auch von Suizidalität (Suizidideen, Suizidversuche, Suizid) erfolgreich sind. Funktionen und potenzielle Nebenwirkungen zeigt Tab. 2 [3]. Eine Vielzahl kontrollierter Studien konnte auch belegen, dass Suizidideen unter antidepressiver Behandlung mit einer breiten Palette von unterschiedlichen AD deutlich abnehmen [4]. Allerdings ist das Ausschlusskriterium der allermeisten Studien akute Suizidalität.

Die Anzahl der Studien, die placebokontrolliert AD hinsichtlich ihrer antisuizidalen Wirksamkeit bei Depressiven untersucht haben, ist äußerst gering [5, 6, 7, 8, 9]. Eine Suizid- oder suizidversuchspräventive Wirkung von trizyklischen AD oder selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) gegenüber Placebo konnte in keiner dieser Studien nachgewiesen werden, lediglich eine Reduktion von Suizidideen [7, 10]. Schließlich wurde bei Borderline-Patienten mit depressiven Syndromen eine erhöhte Suizid- und Suizidversuchsrate [11] und bei Borderline-Patienten ohne depressive Störungen eine erniedrigte Suizidversuchsrate unter Behandlung mit Paroxetin gefunden [12].

Eine Reihe Metaanalysen von placebokontrollierten Studien wurden zum Wirksamkeitsnachweis von SSRI bei ambulanten und stationären Patienten mit einer Major Depression durchgeführt [13, 14, 15, 16, 17]. Hierbei wiesen die Placebogruppen stets höhere Zahlen an Suiziden auf, im Vergleich zu den Verumgruppen aber nicht auf statistisch signifikantem Niveau. Metaanalysen placebokontrollierter Studien mit Paroxetin bei Major Depression konnten lediglich eine statistisch signifikante Reduktion von Suizidideen unter Verumgabe beobachten [18].

Gunnell et al. führten eine Metaanalyse der Pharmaindustriedaten von placebokontrollierten Studien durch, die der „Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency“ (MHRA) vorgelegt worden waren [19]. Sie fanden Hinweise für ein erhöhtes Risiko für Suizid und Suizidversuch bei Erwachsenen. In einer Kohortenstudie von 238.963 Patienten, die im Vereinigten Königreich im Rahmen einer antidepressiven Behandlung im Alter von 20 bis 64 Jahren von Januar 2000 bis Juli 2011 behandelt und bis August 2012 nachuntersucht worden waren, hatten 87,7 % (n = 209.476) ein Antidepressivum erhalten [20]. Das absolute Risiko für Suizidversuch und Suizid über ein Jahr reichte von 1,02 % (Amitriptylin) bis 2,96 % (Venlafaxin). Die Raten waren für die ersten 28 Tage nach Beendigung der Therapie am höchsten. In der Analyse der Daten der US-amerikanischen FDA (Food and Drug Administration) zu placebokontrollierten Studien von AD jeglicher pharmakologischer Wirkweise über 20 Jahre hinweg zeigte sich bei Erwach-

senen eine signifikant verringerte Suizid- und Suizidversuchsrate unter Verum gegenüber Placebo [21, 22, 23]. In einer Reanalyse randomisierter placebokontrollierter Studien von Fluoxetin und Venlafaxin zeigte sich ein Abfall von Suizidideen und Suizidversuchen bei erwachsenen und geriatrischen Patienten. Dabei verlief die Reduktion während der Behandlung parallel zur Abnahme von depressiven Symptomen. Bei Jugendlichen hingegen kam es trotz der Abnahme von depressiven Symptomen nicht zur Reduktion von Suizidideen und Suiziden [24].

Neuroleptika

Bisher wurde nur in einer einzigen kontrollierten Studie der Nachweis erbracht, dass eine Reduktion von Suizidversuchen mittels eines Neuroleptikums möglich war [25]. Bei schizophrenen Patienten ist ein Nachweis nur für die atypischen Neuroleptika Clozapin und Olanzapin erbracht worden, mit Vorteilen von Clozapin gegenüber Olanzapin bei Suizidversuchen [26].

Tranquilizer

Studien zu Tranquilizern (z. B. Lorazepam) existieren nicht.

Ketamine

Ketamine scheinen zu einer Reduktion von Suizidideen in der Akutbehandlung zu führen [27].

ECT

Grundsätzlich sollte auch die elektrokonvulsive Therapie (ECT) bei Patienten vor allem mit psychotischer Depression in Betracht gezogen werden [28].

Lithium und Moodstabilizer

Derzeit scheint nur das Phasenprophylaktikum Lithium antisuizidale Eigenschaften zu besitzen, die auf einer soliden wissenschaftlichen Basis nachgewiesen sind. In einer Reihe von retrospektiven Studien im Rahmen von Lithium-Ambulanzen konnte gezeigt werden, dass der Wirkstoff im Vergleich zur Normalbevölkerung die Suizidrate von Patienten mit affektiven Störungen vermindert, unabhängig von der Wirksamkeit von Lithium auf den Verlauf der affektiven Störung, unabhängig von dem Ansprechen der Patienten auf Lithium im Rahmen der affektiven Störung und unabhängig von der Compliance der Patienten hinsichtlich der Betreuung durch die Lithium-Ambulanzen. Die Suizidrate erreichte hierbei das Niveau der Normalbevölkerung [29, 30, 31]. Unter allen Psychopharmaka, die aggressive Zustände und Impulsivität noch am besten behandeln, ist Lithium ebenfalls mit Abstand die wirksamste Substanz [32, 33, 34].

Moodstabilizer scheinen auch einen suizidversuchs- und suizidpräventiven Effekt zu haben, der aber anscheinend nicht so ausgeprägt ist wie bei Lithium. Die Datenlage bei Moodstabilizern ist mit nur einer prospektiven Studie zur Valproinsäure bei weitem nicht so gut wie bei Lithium [30, 35].

Lauterbach et al. untersuchten den Effekt von Lithium in Kombination mit Krisenintervention und Psychotherapie zur Prävention von Suiziden und Suizidversuchen. In einer Multi-

centerstudie im Rahmen des Kompetenznetzes Depression wurden 167 Patienten mit den Diagnosen Major Depression (eventuell komorbiden Persönlichkeitsstörungen [PS]) und einem kurz zurückliegenden Suizidversuch (< drei Wochen) untersucht [36]. Es handelte sich um eine prospektive, randomisierte, placebokontrollierte Studie mit Lithium (84 Patienten) versus Placebo (83 Patienten). Der Katamnesezeitraum betrug zwölf Monate. Es fanden sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich Suizidversuchen, aber drei Suizide in der Placebogruppe gegenüber keinem Suizid in der Lithium-Gruppe. Lithium war dabei nur in der Reduktion von Suizidversuchen bei den Patienten ohne PS erfolgreich, im Vergleich zu den Patienten mit PS [37].

Studien zur Promotion von Suizidalität bei AD

Jugendliche und junge Erwachsene

Eine Reihe von klinischen Studien haben im Rahmen von AD-Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen auch deren Einfluss auf die Suizid-, Suizidversuchsrate und Suizidideen untersucht [38, 39, 40, 41, 42]. Hierbei wurde in allen Studien eine erhöhte Anzahl von Suizidversuchen in der Verum- gegenüber der Placebogruppe beobachtet.

Zwei Metaanalysen zur Suizidalität bei Jugendlichen, die placebokontrolliert mit AD wegen einer Depression behandelt wurden, zeigten eine erhöhte Suizidversuchsrate und mehr Suizidideen bei der Verumgruppe, die aber keine statistische Signifikanz erreichten [39, 43]. Suizide wurden hier nicht beobachtet.

In der Analyse der FDA-Daten zu placebokontrollierten Studien von AD jeglicher pharmakologischer Wirkweise über 20 Jahre hinweg zeigte sich, dass bei Jugendlichen bis zum 25. Lebensjahr ein doppelt so hohes Suizidversuchsrisiko in der Verum- gegenüber der Placebogruppe vorlag. Suizide wurden nicht berichtet [23].

Im Oktober 2003 veranlasste die FDA in den USA eine „Blackbox“-Warnung für AD bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nachdem mehrere Berichte über Suizide und Suizidversuche von dieser Altersgruppe, die AD eingenommen hatte, bekannt geworden waren. Im Dezember 2003 folgte England mit der „Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency“ (MHRA): In einem Brief an die Ärzte wurde von einer AD-Anwendung bei allen Patienten unter 18 Jahren abgeraten.

Mehrere unabhängige Studien konnten bestätigen, dass die FDA-Auflage für Blackbox-Kennzeichnungen (2004 bis 2005) für alle AD-Verpackungen zu einer signifikanten Abnahme (0,8 % in 2003 und 9,6 % in 2005) der Anzahl von Verschreibungen für diese Medikamente an Patienten unter 18 Jahren führte. Die Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen nahm nach der Blackbox-Warnung ab [44]. Für Paroxetin lag der Rückgang in der Blackbox-Warnungsperiode bei 44 %. Die Suizidraten stiegen in den USA um 14 % in 2004 an – zeigten allerdings eine leichte Abfalltendenz in 2005 [45, 46, 47]. Gegenüber 2004 wurden jedoch 2005 weniger Suizide der unter 25-Jährigen beobachtet [48]. Eine Studie in England mit Suiziden und Suizidversuchen (Deliberate Self Harm, DHS) in den

Jahren 1995 bis 2005 konnte aber keinen Zusammenhang zwischen Verschreibungen von AD, Blackbox-Warnung und Suizid oder Suizidversuchsraten bei Frauen und Männern finden [49] (siehe dazu auch die Stellungnahme der FDA im Jahre 2007 [50]).

Suizidalität bei Suiziden in psychiatrischen Kliniken

Stübner et al. erfassten in 85 psychiatrischen Kliniken zwischen 1993 und 2008 einzelne Fälle mit relevanten Nebenwirkungen im Vergleich zur Gesamtpopulation [51]. 142.090 Erwachsene nahmen eine antidepressive Medikation ein. Ergebnisse:

- Zwölf Fälle von Suizidideen, 18 Suizidversuche und drei Suizide: 14 Fälle wurden als wahrscheinlich, 19 Fälle als möglich in Bezug zu dem Antidepressivum angesehen.
- Assoziierte Symptome: 19 suizidale Reaktionen waren in Bezug zu Unruhe, zehn mit ich-dystoner Suizidalität, neun mit Impulsivität, drei mit Psychosen.
- Eine höhere Inzidenz fanden sich bei SSRI und NSRI (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) als bei noradrenergen oder serotonergen AD.

Zu Beginn der Behandlung

Insgesamt scheint sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen zu Beginn der Behandlung, nach plötzlichem Absetzen und nach Dosisveränderungen sowie bei chronisch Depressiven ein erhöhtes Suizidversuchs- und Suizidrisiko zu bestehen [52, 53].

In der Langzeitbehandlung

In einer Metaanalyse von 29 placebokontrollierten Studien (n = 6.934 Patienten) mit der Behandlung einer Major Depression, die mindestens drei Monate andauerte, traten sieben der acht Suizide und 13 der 14 Suizidversuche während der antidepressiven Behandlung auf, wobei die Mehrzahl dieser Ereignisse von einer Studie mit Maprotilin stammte. Bei Ausschluss dieser Studie fanden sich keine statistischen Unterschiede mehr bezüglich der Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen während oder außerhalb einer antidepressiven Behandlung [54].

Zusammenfassung

Zunächst ist festzustellen, dass es im Grunde genommen nur eine ganz geringe Anzahl placebokontrollierter prospektiver Studien gibt, die eine antisuizidale Wirkung von AD, Neuroleptika, und Phasenprophylaktika direkt untersucht haben. Dies gilt allerdings nicht für Lithium mit einer ganzen Reihe von retrospektiven Studien und einzelnen prospektiven Studien [29, 30, 31, 55].

Der gravierende Mangel an qualifizierten Studien ist zunächst darin begründet, dass die psychopharmakologischen Studien akute Suizidalität als Ausschlusskriterium haben und somit die Fälle automatisch ausschließen, die eigentlich untersucht werden sollten. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Suizidalität als wesentliches Zielsymptom für jedwede Art von Behandlung früher überhaupt nicht anerkannt, sondern Suizidalität als Symptom eines depressiven Syndroms oder einer depressiven Störung angesehen wurde. Gerade die Lithium-

Tab. 1: Psychopharmaka

Hauptgruppen	Erwünschte klinische Wirkungen
Antidepressiva	Aufhellung depressiver Herabgestimmtheit, Anxiolyse, Sedierung von Unruhe, Auflösung von psychomotorischer Hemmung, Verbesserung von Antrieb, Auflösung von kognitiver Einengung, Verbesserung von Schlaf, Appetit, Libido
Neuroleptika (Antipsychotika)	Besserung von Wahn, Beziehungsideen, Halluzinationen, Anxiolyse, Sedierung von Unruhe, Auflösung von psychomotorischer Hemmung, Verbesserung von Antrieb, Verbesserung von Schlaf, Appetit, Libido
Tranquilizer Ketamine	Entspannung, Beruhigung, Anxiolyse, Herbeiführung von Schlaf, emotionale Distanzierung, Dämpfung depressiven oder auch psychotischen Erlebens, antikonvulsiv, Muskelentspannung

Tab. 2: Antidepressiva

Funktionen der Antidepressiva

- Symptomremission einschließlich Suizidalität
- Verhütung von Rückfällen

Eventuelle Nebenwirkungen der Antidepressiva (*[3])

- Förderung von
- Impulsivität*
 - Autoaggression (Suizidalität)*
 - Aggressivität (Gewalttätigkeit)*
 - Agitiertheit*
 - Akathisie*
 - Restless-Legs-Syndrom
 - Spätdyskinesien

Studien haben aber zeigen können, dass Suizidalität eine von Depression unabhängige Variable darstellt. Des Weiteren besteht grundsätzlich das Problem der statistischen Power. Suizid und Suizidversuch sind auch in Hochrisikogruppen ein so seltenes Ereignis, dass die Gruppengröße der meisten Studien von vornherein keine statistische Aussage zulässt. Eine elegante Lösung hat hier die InterSePT-Studie gefunden, indem sie die Fallzahl der Ereignisse durch eine Multicenterstudie erhöhte und verhinderte Suizide und Suizidversuche mit einbezog [26]. Schließlich sind placebokontrollierte Doppelblindstudien mit einem Zeitraum von vier bis zwölf Wochen angelegt, der zur Beurteilung der antisuizidalen Eigenschaften von Psychopharmaka zu kurz ist.

AD reduzieren Suizidideen im Rahmen der Behandlung von depressiven Störungen [18]. AD scheinen bei Erwachsenen einen Suizidversuchs- und Suizidpräventiven Effekt zu haben. Es bleibt jedoch unklar, ob AD einen direkten oder nur indirekten Einfluss auf die Prävention von suizidalem Verhalten haben. Dafür bieten sich folgende Erklärungsmöglichkeiten an:

- Vermehrter Gebrauch von AD bei Depressionen mit erhöhtem Suizidrisiko
- Verminderte Nebenwirkungen führen zur vermehrten Verschreibung von AD

- Verminderte Nebenwirkungen verbessern Compliance
- Aufklärungsprogramme über Depressionsbehandlung verändern klinisches Wissen
- SSRI sind weniger gefährlich bei Überdosierung
- Klinischer Kontakt und psychosoziale Interventionen sind mit dem Verschreiben von AD assoziiert [55].

Kapusta et al. untersuchten den Zusammenhang zwischen dem Verkauf von AD und der Psychotherapeutendichte zwischen den Jahren 1991 und 2005 [56]. Hierbei zeigte sich, dass der Verkauf von AD und die Therapeutendichte negativ korrelierten, auch wenn konfundierende Variablen wie Alkoholkonsum pro Kopf der Bevölkerung und Arbeitslosenrate berücksichtigt wurden.

Fazit ist, dass dringend prospektive, möglichst placebokontrollierte Studien, an akut und chronisch suizidalen, unipolar und bipolar Depressiven notwendig sind [57]. Allerdings werden der Durchführung placebokontrollierter Studien durch die Tatsache enge Grenzen gesetzt, dass AD in der Behandlung von depressiven Störungen und Phasenprophylaktika in der Rezidivprophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen wirksam sind [21, 58].

Pharmakotherapie der Suizidalität bei psychotischen und depressiven Erkrankungen

Akutbehandlung

- Anxiolytische Benzodiazepine (z. B. Lorazepam): keine empirische Evidenz – aber aus forensischen Gründen!
- Ketamine (NMDA-Rezeptorantagonisten): fragliche empirische Evidenz für Suizidideen [27]
- Elektrokonulsive Therapie (ECT): Eventuell schnellerer Eintritt der Wirkung auf Suizidalität [28]

Langzeitbehandlung

- AD aller Wirkstoffklassen bei Erwachsenen: fraglich, Langzeittherapie für mindestens drei Monate [54]
- AD aller Wirkstoffklassen: Vorsicht bei Kindern und Jugendlichen (Suizidversuchsrate auf das Zweifache erhöht)
- Lithium: potentes Suizidprophylaktikum
- Moodstabilizer: vermutlich suizidpräventiv (Valproat)
- Atypische Neuroleptika: empirische Evidenz für Clozapin und Olanzapin für psychotische Erkrankungen, fehlende empirische Evidenz für depressive Erkrankungen

Evidenzbasierte Medizin(EBM)-Kriterien

Psychopharmakologische Studien

Die nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) verwendeten EBM-Kriterien lauten wie folgt:

- **Ia** Metaanalyse von mindestens drei randomisierten, kontrollierten Studien (Randomised Controlled Trials, RCT)
- **Ib** Mindestens eine RCT oder Metaanalyse von weniger als drei RCT
- **IIa** Mindestens eine kontrollierte nicht randomisierte Studie mit methodisch hochwertigem Design

- **IIb** Mindestens eine quasi-experimentelle Studie mit methodisch hochwertigem Design
- **III** Mindestens eine nicht experimentelle deskriptive Studie (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie, Fallserien)
- **IV** Berichte/Empfehlungen von Expertenkomitees

Lithium

Die beste empirische Evidenz für eine antisuizidale Wirksamkeit findet sich im Rahmen prospektiver und retrospektiver Lithiumstudien, die mit ganz wenigen Ausnahmen einen statistisch signifikanten antisuizidalen Effekt nachweisen konnten. Allerdings ist hier auch nicht auszuschließen, dass ein konsequentes Monitoring der Patienten Suizide und Suizidversuche verhindert hat (EBM-Level Ia).

Mood Stabilizer

Wenig aussagekräftig sind die Studien zu Moodstabilizern. Interessant ist hier sicherlich der Vergleich von Lithium und Carbamazepin im Rahmen einer prospektiven Studie zur Rückfallsprophylaxe bei rezidivierenden unipolaren Depressionen, die eine deutliche Überlegenheit von Lithium gegenüber Carbamazepin zeigen konnte. Schließlich konnte in einer retrospektiven Kohortenstudie über die Behandlung von manisch-depressiven Erkrankungen eine Überlegenheit von Lithium gegenüber Valproinsäure nachgewiesen werden (EBM-Level III).

AD

Sieht man von dem Mangel an kontrollierten prospektiven Studien ab, konnte in keiner der placebokontrollierten Studien eine Reduktion von Suiziden oder Suizidversuchen beobachtet werden – generell kommt es aber zu einer Reduktion von Suizidideen. In Vergleichen verschiedener AD miteinander im Rahmen von retrospektiven Langzeitstudien zeigten sich keine eindeutigen Trends, die für oder gegen einen antisuizidalen Effekt von einzelnen AD sprechen. Das einzige, was mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann, ist ein genereller, Suizidalität provozierender Effekt von AD, auch wenn Einzelfallstudien einen solchen immer wieder einmal nahelegen (EBM-Level Ib).

Neuroleptika

Für Neuroleptika existieren so wenige Studien, dass eine wissenschaftliche Aussage hinsichtlich der Wirksamkeit bei manisch-depressiven Erkrankungen nicht möglich ist. Bei schizophrenen Patienten ist ein Nachweis nur für die atypischen Neuroleptika Clozapin und Olanzapin erbracht worden, mit Vorteilen von Clozapin gegenüber Olanzapin bei Suizidversuchen (EBM-Level III).

Fazit für die Praxis

Pharmakologische Behandlungen von Suizidalität werden anhand bestehender empirischer Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, aber auch ihres eventuellen Gefährdungspotenzials beurteilt. Dabei wird auf Akut- und Langzeitbehandlung von Patienten mit vornehmlich depressiven oder manisch-depressiven Störungen sowie Psychosen eingegangen. Folgende Substanzklassen wurden hierbei

untersucht: Tranquilizer, Antidepressiva (AD), Phasenprophylaktika (Lithium und Mood Stabilizer) sowie Neuroleptika. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf AD. Neben der antidepressiven Wirkung der AD sowie ihrer Rezidivprophylaxe muss auch an Nebenwirkungen gedacht werden: Impulsivität, Autoaggressivität, Aggressivität, Agitiertheit, Akathisie, Restless-Legs-Syndrom und Spätdyskinesien. Es existieren nur eine geringe Anzahl placebokontrollierter prospektiver Studien, die eine antisuizidale Wirkung von AD, Phasenprophylaktika, Neuroleptika direkt untersucht haben. Dies gilt allerdings nicht für Lithium mit einer ganzen Reihe von retrospektiven und einzelnen prospektiven Studien, das einen deutlichen antisuizidalen Effekt zeigt, der bei den Moodstabilizern weniger stark ausgeprägt zu sein scheint. Es bleibt anhand der derzeitigen Studienlage unklar, ob AD einen direkten oder nur indirekten Einfluss auf die Prävention von suizidalem Verhalten haben. Für Jugendliche und junge Erwachsene scheint das Risiko für Suizidversuche gegenüber den Kontrollgruppen ohne Behandlung um das Zweifache erhöht. Suizide wurden jedoch nicht beobachtet. Für Neuroleptika ist die Behandlung von Psychosen mit Atypika (Clozapin und Olanzapin) signifikant erfolgreicher als für die klassischen Neuroleptika; Studien zur neuroleptischen Behandlung von depressiven Störungen und ihre Auswirkungen auf Suizidalität fehlen weitgehend. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Kraepelinstr. 2 – 10, 80804 München

E-Mail: t.bronisch@web.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 Produkttempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► Aktuelle Entwicklungen in der psychologischen Kopfschmerztherapie

aus: NeuroTransmitter 5/2018

von: T. Dresler, T. Klan, T. Kraya, P. Kropp

zertifiziert bis: 14.5.2019

CME-Punkte: 2

► Ernährungstrends im Kontext psychischer Erkrankungen – Gesunde Ernährung, gestörtes Essverhalten und Nahrungsmittelängste

aus: NeuroTransmitter 3/2018

von: M. Greetfeld, A. Mercz, M. Favreau, U. Voderholzer

zertifiziert bis: 1.3.2019

CME-Punkte: 2

► Mit Therapeutischem Drug Monitoring Psychopharmakotherapie optimieren

aus: NeuroTransmitter 1/2018

von: S. Hoffmann, G. Gründer, M. Paulzen

zertifiziert bis: 10.1.2019

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



CME-Fragebogen

Pharmakotherapie der Suizidalität

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 20.08.2018:

NT1807oz

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/s15016-018-6214-2

? Welche Substanzklasse hat die beste antisuizidale Wirkung?

- ☐ Antidepressiva
- ☐ Neuroleptika
- ☐ Tranquilizer
- ☐ Moodstabilizer
- ☐ Lithium

? Welche Substanzklasse wird *nicht* zur Pharmakotherapie von Suizidalität verwendet?

- ☐ Antidepressiva
- ☐ Typische Neuroleptika
- ☐ Atypische Neuroleptika
- ☐ Phasenprophylaktika
- ☐ Tranquilizer

? Welche Altersgruppe spricht *am schlechtesten* auf die Pharmakotherapie von Suizidalität an?

- ☐ Erwachsene (25 bis 65 Jahre)
- ☐ Kinder (unter 15 Jahre)
- ☐ Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis 25 Jahre)
- ☐ Ältere Menschen über 60 Jahre
- ☐ Ältere Menschen über 75 Jahre

? Zu welchem Zeitpunkt der Pharmakotherapie von Suizidalität ist die Gefahr eines Suizides oder Suizidversuches besonders hoch?

- ☐ Zu Beginn der Behandlung
- ☐ Während der Akutbehandlung
- ☐ Direkt nach Beendigung der Therapie
- ☐ Die ersten drei Monate nach Beendigung der Therapie

- ☐ Nach einem bis zwei Jahren nach Beendigung der Therapie

? Welche Symptome von Patienten in stationär psychiatrische Behandlung sprechen eher *nicht* für das Risiko eines Suizides?

- ☐ Agitiertheit
- ☐ Ich-dystone Suizidalität
- ☐ Impulsivität
- ☐ Depressive Symptome
- ☐ Psychotische Symptome

? Welche Substanzklassen sind für die Krisenintervention von Suizidalität am besten geeignet?

- ☐ Moodstabilizer
- ☐ Antidepressiva
- ☐ Atypische Neuroleptika
- ☐ Lithium
- ☐ Tranquilizer

? Welche Substanzklassen von Antidepressiva können grundsätzlich zu einem erhöhtem Suizid- und Suizidversuchsrisiko führen?

- ☐ Nur trizyklische Antidepressiva
- ☐ Nur selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
- ☐ Nur Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
- ☐ Nur Atypische Antidepressiva
- ☐ Alle Antidepressiva-Substanzklassen

? Welche Nebenwirkungen von Antidepressiva sind *nicht* typisch?

- ☐ Impulsivität
- ☐ Autoaggressivität
- ☐ Aggressivität
- ☐ Akathisie
- ☐ Frühdyskinesien

? Warum sind die pharmakologischen Studien zur Suizidprophylaxe wenig aussagekräftig?

- ☐ Pharmakologische Studien haben akute Suizidalität als Ausschlusskriterium.
- ☐ Pharmakologische Studien beziehen zumeist auf die Behandlung manisch-depressiver Erkrankungen.
- ☐ Die Anzahl der untersuchten Patienten und Kontrollen ist zu niedrig, um eine statistische Aussage machen zu können.
- ☐ Der Beobachtungszeitraum beinhaltet mindestens vier Wochen bis mehrere Jahre.
- ☐ Nur Suizide und nicht Suizidversuche wurden mit eingeschlossen.

? Welche Substanz zur Suizidprophylaxe erreicht den höchsten Grad an Evidenzkriterien (EBM-Level 1a) bei pharmakologischen Studien?

- ☐ Antidepressiva
- ☐ Neuroleptika
- ☐ Moodstabilizer
- ☐ Lithium
- ☐ Keine Substanzklasse



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. Bronisch T. Der Suizid. Ursachen-Warnsignale-Prävention. München: CH Beck: 2014; 6. Aufl.; 100-108
2. Wolfersdorf M. Therapie der Suizidalität. In: Möller H-J (Hrsg). Therapie psychischer Erkrankungen. Stuttgart: Thieme 2006; 3. Aufl.; 1144-1163
3. Sharma T, Guski LS, Freund N, Götzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016; 352: i65; 1-10
4. Möller HJ. Antidepressants – do they decrease or increase suicidality? *Pharmacopsychiatry* 1992; 25: 249-253
5. Montgomery DB, Roberts A, Green M, Bullock T, Baldwin D, Montgomery SA. Lack of efficacy of fluoxetine in recurrent brief depression and suicidal attempts. *European Arch. Psychiatry Clinical Neuroscience* 1994; 244: 211-215
6. Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC. Reduction of suicidal ideation with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *European Neuropsychopharmacology* 1995; 5: 5-13
7. Muijen M, Roy D, Siverstone T, Mehmet A, Christie M. A comparative clinical trial of fluoxetine, mianserin and placebo in depressed outpatients. *Acta Psychiatr. Scandinavica* 1988; 78: 384-390
8. Rouillon F, Phillips R., Serrurier D, Ansarte E, Gerard MJ. Rechutes de dépression unipolaire et efficacité de la maprotiline. *Encéphale* 1989; 1: 527-534
9. Wakelin JS. The role of serotonin in depression and suicide: Do serotonin reuptake inhibitors provide a key? *Adv. Biological Psychiatry* 1988; 17: 70-83
10. Dunbar GC, Mewett S. Evaluation of suicidal thoughts and acts with paroxetine. In: Smith Kline Beecham Pharmaceuticals (ed.). Antidepressants: novel selective 5-HT uptake inhibitors. 5th World Congress of Biochemical Psychiatry, Florence/Italy, June 1991. Franklin Scientific Projects, London 1991; 9-14
11. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Pertel JM. Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. *Am. J Psychiatry* 1986; 143: 1603-1605
12. Verkes RJ, van der Mast RC, Hengeveld MW, Tuyl JP, Zwinderman AH, van Kempen GMJ. Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *Am. J Psychiatry* 1998; 155: 543-547
13. Kahn A, Warner HA, Brown W. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57: 311-317
14. Khan A, Kahn SR, Leventhal RM, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic drug trials: an analysis of the food and drug administration database. *Am. J Psychiatry* 2001a; 158: 1449-1454
15. Kahn A, Kahn SR, Leventhal RM, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: a replication analysis of the food and drug administration data base. *Intern. J Neuropsychopharmacology* 2001b; 4: 113-118
16. Kahn A, Kahn SR, Kolts S R, Brown WA. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am. J Psychiatry* 2003; 160: 790-792
17. Storosum JG, van Zwieten BJ, van den Brink W, Gersons BPR, Broekmans AW. Suicide risk in placebo controlled studies of major depression. *Am. J Psychiatry* 2001; 158: 1271-1275
18. Beasley JR, Dornseif BE, Bosmothworth JC, Saylor ME, Rampey JR, Heiligenstein JH, Thompson VL, Murphy DJ, Masica DN(1991) Fluoxetine and suicide: a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. *BMJ* 2009; 303: 685-692
19. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: a meta-analysis of drug company data from placebo-controlled randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ* 2005; 330: 385-388
20. Coupland C, Hill T, Morris R, Arthur A, Moore M, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide or self-harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. *BMJ* 2015; 350: h57; 1-13
21. Möller HJ. Evidence of beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 2006a; 256: 329-343
22. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the veterans health administration data sets. *Am. J Psychiatry* 2007b; 164: 1044-1049
23. Stone M, Laugreht N, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, Hammad TA, Temple R, Rochester G. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ* 2009; 339: 431-434
24. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis JM, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment. A reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch. Gen. Psychiatry* 2012; 69: 580-587
25. Montgomery SA, Roy D, Montgomery DB. The prevention of recurrent suicidal acts. *Brit. J Clinical Pharmacology* 1983; 15: 183-188
26. Meltzer HY, Alphas L, Green AL, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam Z, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer J-P, Potkins S. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. *International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 82-91
27. Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. *Drugs R D* 2015; 15: 17-43
28. Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzies DJ, Tare V. Should Electroconvulsive Therapy be an early consideration for suicidal patients? *J ECT* 2006; 22: 113-115
29. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am. J Psychiatry* 2005; 162: 1805-1819
30. Bronisch T, Hegerl H-U. Kap. 80: Suizidalität. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, (Hrsg). *Lehrbuch Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin: Springer. 2010: 4. neu bearbeitete Aufl.; 1469-1501
31. Lewitzka U, Stevens E, Ritter P; Müller-Oerlinghausen B, Bauer M. The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence – a narrative review. *Intern. J Bipolar Disorders* 2015; 3: 1-15
32. Wickham EA, Reed JV. Lithium for the control of aggressive and self-mutilating behavior. *Intern. J Clinical Psychopharmacology* 1987; 2: 181-190
33. Malony RP, Delanay MA, Luebbert JF, Cater J, Maloney MA, Campbell M. A double-blind placebo-controlled study of Lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57: 649-654
34. Bronisch T. Neurobiologie von suizidalem Verhalten und Aggression. *Psychotherapie* 2009; 14: 58-79
35. Oquendo MA, Galfatvy HC, Currier D, Grunebaum MF, Sher L, Sullivan GM, Burke AK, Harkavy-Friedman J, Sublette ME, Parsey RV, Mann JJ. Treatment of suicide attempters with bipolar disorder: a randomized clinical trial comparing lithium and valproate in the prevention of suicidal behavior. *Am. J Psychiatry* 2011; 168: 1050-1056
36. Lauterbach E, Felber W, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Bronisch T, Meyer T, Kilb B, Lewitzka U, Hawellek B, Quante A, Richter K, Brooks A, Hohagen F. Adjunctive lithium treatment in the prevention of suicidal behaviour in depressive disorders: a randomised, placebo-controlled, 1-year trial. *Acta Psychiatr. Scandinavica* 2008; 118: 469-47
37. Rombold F, Lauterbach E, Felber W, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Bronisch T, Lewitzka U, Kilb A, Richter K, Brooks A, Heuser Gervais I, Hohagen F, Quante A. Adjunctive Lithium treatment in the prevention of suicidal behaviour in patients with depression and comorbid personality disorders. *Intern. J Psychiatry Clinical Practice* 2014; 18: 300-303
38. Olsson M, Shaffer D, Marcus SC, Grennberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60: 978-982
39. Bridge JA, Remy PB, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *Am. J Psychiatry*. 2005; 162: 2173-2175
40. Hammad TA, Laurehn T, Raccosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63: 332-339
41. TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch. Gen. Psychiatry* 2007; 64: 1132-1144

42. Brent DA, Emsley GJ, Clarke GN, Asarnov J, Spirito A, Ritz L, Vitiello B, Iyengar S, Birmaher B, Ryan ND, Zelzanny J, Onorato M, Kennard B, Mayes T, Debar LL, Mc Cracken JT, Strober M, Suddath R, Leonard H, Porta G, Keller M. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am. J Psychiatry* 2009; 166: 418-426
43. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behavior in youths with depression treated with new generation antidepressants: meta-analysis. *Br. J Psychiatry* 2006; 189: 393-398
44. Libby AM, Brent DA, Morrato EH, Orton HD, Allen R, Valuck RJ. Decline in Antidepressants on treatment of pediatric depression after advisory on risk of suicidality with SSRIs. *Am. J Psychiatry* 2007; 164: 884-891
45. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant prescription rates and rate of early adolescent suicide. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1898-1904
46. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Erkens JA, Herings RMC, Mann JJ. Early evidence on the effects of regulator's suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am. J Psychiatry* 2007a; 164: 1356-1363
47. Olfson M, Marcus SC, Druss BG. Effects of food and drug administration warnings on antidepressant use in a national sample. *Arch. Gen. Psychiatry* 2008; 65: 94-101
48. Jureidini J. The black box warning: decreased prescriptions and increased suicide? *Am. J Psychiatry* 2007; 164: 1907-1912
49. Wheeler BW, Gunnell D, Metcalf C, Stephens P, Martin RM. The population impact on incidence of suicide and non-fatal self-harm of regulatory action against the use of selective serotonin reuptake inhibitors in under 18s in the United Kingdom: ecological study. *BM J* (2008; 336: 542-545
50. Leon AC. The revised warning for antidepressants and suicidality: unveiling the black box of statistical analyses. *Am. J Psychiatry* 2007; 164: 1786-1788
51. Stübner S, Grohmann R, von Stralendorff I, Rüther E, Möller H-J, Müller-Oerlinghausen B, Engel RR, Horvath A, Greil W. Suicidality as a rare event of antidepressant medication: report from the ASMP Multicenter Drug Safety Surveillance Project. *J Clin. Psychiatry* 2010; 71: 1293-1307
52. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, Reinecke MA, Mayes L, Posner K, May DE, March JS. Suicidal events in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *J Clin. Psychiatry* 2009; 70: 741-747
53. Valuck RJ, Orton HD, Libby AM. Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: a retrospective, nested case-control study. *J Clin. Psychiatry* 2009; 7: 1069-1077
54. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge C. Suicides and suicide attempts during long-term treatment with antidepressants: a meta-analysis of 29 placebo controlled studies. *Psychotherapy Psychosomatics* 2016; 85: 171-179
55. Bronisch T. Medikamentöse Therapie der Depression und das Suizidproblem. *Suizidprophylaxe* 2011; 38: 58-74
56. Kapusta ND, Niederkrotenthaler T, Etzersdorfer E, Voracek M, Dervic K, Jandl-Jager E, Sonneck G. Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates. *Acta Psychiatr. Scandinavica* 2008; 119: 236-242
57. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balasz J, Purebl G, Kahn JP, Saiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 846-859
58. Möller HJ. Is there evidence for negative effects of antidepressants on suicidality in depressive patients? A systematic review. *European Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.* 2006b; 256: 476-496

Galenus-Preis 2018: Zwei Bewerber kommen aus der Neurologie

➔ Mit dem von der Springer Medizin Verlag GmbH gestifteten Galenus-von-Pergamon-Preis Deutschland werden herausragende Arzneimittelinnovationen gewürdigt. In diesem Jahr sind 13 Bewerbungen eingegangen. Vergeben wird der Preis in den drei Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“. Mit dem Preis in Form einer Medaille wird ein in Deutschland zugelassenes und auf den Markt gebrachtes innovatives Medikament ausgezeichnet. Dessen Zulassung und Markteinführung dürfen in der eingereichten Indikation bis zum Zeitpunkt der Einreichungsfrist nicht länger als drei Jahre zurückliegen. Das bedeutet für die diesjährige Konkurrenz, dass die Markteinführung des Arzneimittels zwischen dem 30. April 2015 und dem 30. April 2018 erfolgt sein muss. Über die Zuerkennung des Preises entscheidet eine Jury unabhängiger Wissenschaftler, die Mediziner oder Pharmazeuten sind. Jury-Präsident ist der Kardiologe Professor em. Erland Erdmann. Die Entscheidung darüber, welches Arzneimittel in der jeweiligen Kategorie mit dem Preis ausgezeichnet wird, fällt die Jury am Tag der Preisverleihung. Diese findet am 18. Oktober im Rahmen eines Festaktes in Berlin statt. Unter den diesjährigen Bewerbern sind auch zwei Kandidaten aus dem neurologischen Fachgebiet, die wir hier kurz vorstellen.

Multiple Sklerose

In der Behandlung der schubförmig remittierenden MS besteht immer noch ein großer Bedarf an verlaufsmodifizierenden Therapien, die die Krankheitsaktivität bei einfacher oraler Anwendung und geringen unerwünschten Wirkungen nachhaltig verhindern können. Cladribin-Tabletten (Mavenclad®) von Merck sind das erste orale Arzneimittel, das bei MS-Patienten mit hoher Krankheitsaktivität mit nur zwei kurzen Einnahmephasen von jeweils maximal zehn Tagen im Abstand von einem Jahr eine lang anhaltende klinische Wirkung ermöglicht. Die Wirksamkeit geht weit über die Dauer der Einnahmephasen hinaus und reduziert auf diese Weise sowohl die Behinderungsprogression als auch die jährliche Schubrate sowie die kernspintomografisch messbare Krankheitsaktivität. Das Medikament ist seit

September 2017 in Deutschland erhältlich. Es ist zugelassen zur Behandlung von therapie-naïven und vorbehandelten erwachsenen Patienten mit hoch aktiver schubförmiger MS, definiert durch klinische oder bildgebende Befunde. Patienten mit hoher Krankheitsaktivität profitierten besonders von der Therapie mit Cladribin-Tabletten. Cladribin ist ein Desoxyadenosin-Analogon und fungiert als Prodrug. Nach Aufnahme in die Zielzellen über Purinnukleosid-Transporterproteine wird es in aktiviertes Cladribin (Cladribin-Triphosphat) umgewandelt. Die Aktivierung erfolgt vornehmlich in den Lymphozyten. Aktiviertes Cladribin inhibiert die DNA-Synthese und induziert die Apoptose. Dadurch kommt es zu einer gezielten, passageren Reduktion von ruhenden und sich teilenden T- und B-Zellen in der Peripherie und im ZNS. Auf die moderate Reduktion der Lymphozytenzahlen folgt eine zeitnahe Repopulation, jedoch ohne überschießende Immunantwort. Zugleich verschiebt Cladribin das Zytokinprofil von proinflammatorischen Zytokinen in Richtung antiinflammatorische Zytokine. Damit adressiert der Wirkstoff alle relevanten Faktoren der MS-Pathogenese bei nur geringen Effekten auf andere Immunzellen. Die angeborene Immunabwehr wird kaum beeinträchtigt und die damit verbundenen Abwehrfunktionen bleiben weitestgehend aufrechterhalten.

5q-assoziierte spinale Muskelatrophie

Die spinale Muskelatrophie (SMA) zählt mit einer Häufigkeit von 1:10 000 bei Neugeborenen zu den seltenen Erkrankungen. In Deutschland leben schätzungsweise 1.500 Menschen mit SMA. Gleichzeitig ist sie eine der häufigsten, genetisch bedingten Todesursachen. In 95 % der Fälle liegen der SMA Mutationen (Deletion des SMN1-Gens und Defekt des SMN2-Gens) auf Chromosom 5 zugrunde, die zu einem Mangel an dem für Motoneuronen lebenswichtigen Protein SMN (Survival of Motor Neuron) führen. Die Folge ist eine progrediente Degeneration von Motoneuronen im Rückenmark und Hirnstamm und eine schwere Muskelatrophie. Oftmals treten auch gastrointestinale Komplikationen wie Schluckstörungen, Obstipation und gastroösophagealer Reflux



auf. Die Erkrankung manifestiert sich häufig in den ersten sechs Lebensmonaten (infantile SMA). In der Regel lernen die betroffenen Kinder nie, selbstständig zu sitzen, und sterben ohne Therapie noch vor ihrem zweiten Geburtstag.

Die Symptomatik der später einsetzenden SMA (later-onset SMA) ist zwar weniger schwer ausgeprägt, allerdings können bereits erworbene motorische Meilensteine wie Heben des Kopfes, Stehen oder Gehen aufgrund der Progredienz der Erkrankung im weiteren Verlauf wieder verloren gehen. Mithilfe eines Trockenblut-Gentests ist es bei Verdacht auf SMA möglich, den SMN1-Gendefekt aus wenigen Tropfen Kapillarblut zu bestimmen. In der Vergangenheit gab es keine spezifische Therapie, um die progrediente Entwicklung der Muskelatrophie aufzuhalten.

Mit der EU-Zulassung von Nusinersen (Spinraza®) von Biogen ist erstmals eine kausale Therapie der 5q-assoziierten SMA möglich geworden. Nusinersen ist ein Antisense-Oligonukleotid, das den Spleißvorgang der prä-mRNA von SMN2 so modifiziert, das vermehrt mRNA für funktionsfähiges SMN2-Protein entsteht und die Produktion von SMN-Protein gesteigert wird. Das Arzneimittel wird intrathekal per Lumbalpunktion in den Liquorraum des Wirbelkanals injiziert. An eine initiale Aufsättigungsphase mit vier Injektionen an den Tagen 0, 14, 28 und 63 schließt sich die Erhaltungstherapie mit Injektionen alle vier Monate an.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Nusinersen, das seit Juli 2017 in Deutschland erhältlich ist, einen „erheblichen“ Zusatznutzen für die infantile SMA (Typ I) attestiert.

red

MS und Schwangerschaft

Das von Bayer, Biogen, Merck und Novartis zwischen April 2009 und Juni 2017 durchgeführte Schwangerschaftsregister ist die bisher größte europäische prospektive Beobachtungsstudie bei schwangeren MS-Patientinnen mit Interferon- β -Behandlung.

Bis 2015 wurden nur Frauen in die Studie aufgenommen, bei denen bereits vor der Empfängnis oder zu einem beliebigen Zeitpunkt während der Schwangerschaft eine MS diagnostiziert wurde und die mit einem der zugelassenen Interferon- β -Arzneimittel behandelt wurden. Seit 2015 umfasst das Register auch Daten von Frauen mit einer Interferon- β -Therapie ohne bestätigte MS-Diagnose.

Auf der Jahrestagung der American Academy of Neurology (AAN) 2018 in Los Angeles, USA, wurden erstmalig die Ergebnisse präsentiert. Danach hatte eine Interferon- β -Behandlung vor der Empfängnis und/oder während der Schwangerschaft keinen negativen Einfluss auf das Ergebnis der Schwangerschaft, unabhängig vom Trimester der Exposition.

„Die Diagnose MS trifft viele Frauen in einem Alter, in dem sie sich intensiv mit der Familienplanung auseinandersetzen und Kinder bekommen möchten. Gerade deshalb sind Studienergebnisse, die zeigen, dass eine Interferon- β -Therapie die Schwangerschaft und das Baby nicht beeinträchtigen, von großer Bedeutung“, sagte Fernando Duarte Caron, Leiter des Bereichs Medical Affairs Neurology bei Bayer. „Diese neuen Ergebnisse ergänzen die bisherigen Erkenntnisse zur Exposition mit Interferon- β während der Schwangerschaft. Dies ist uns sehr wichtig, da viele MS-Patientinnen mit Interferon- β , wie Betaferon®, behandelt werden, um die Krankheitsaktivität bei MS zu reduzieren und den Krankheitsverlauf langfristig positiv zu beeinflussen.“ Für Betaferon® liegen seit Beginn der Zulassungsstudie bei schubförmig-remittierender MS nun 30 Jahre klinische Erfahrung vor. Danach ist Betaferon gut verträglich und verfügt über ein günstiges Nutzen-Risiko-Profil, das durch die neuen Ergebnisse aus der europäischen prospektiven Beobachtungsstudie zur Interferon- β -Exposition vor der Empfängnis und/oder während der Schwangerschaft weiter untermauert wird.

red

Nach Informationen von Bayer

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. 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

Schizophrenietherapie: Spritzen verbessern die Beziehung zum Therapeuten

➔ Eine Schizophrenie ist nicht heilbar, mittels Antipsychotika aber gut behandelbar, sodass Betroffene oftmals ein selbstständiges Leben führen können. Vergessen oder verweigern Patienten jedoch die orale Einnahme ihrer Medikamente, kann es schnell zu einem Rückfall kommen. Lang wirksame Erhaltungstherapien können Abhilfe schaffen und die Lebensqualität der Betroffenen steigern.

Die Leitlinien empfehlen zur Therapie eine Kombination aus antipsychotischen Medikamenten, Psycho- und Sozialtherapie. Danach richtet sich auch Dr. Elif Cindik-Herbrüggen, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiterin des Neuro-Psychiatrischen Zentrums Riem (NPZR) in München. In ihrer Praxis treffe sie immer wieder Patienten, die mit ihrer derzeitigen Medikation unzufrieden sind, die orale Medikamenteneinnahme vergessen oder auch eigenmächtig beenden – sodass ein

Großteil des Therapiegesprächs darauf verwendet werde, den Patienten an eine regelmäßige Medikamenteneinnahme zu ermahnen.

Daher befürwortet die Psychiaterin Medikamente mit Depotwirkung, etwa die 2-Stufen-Therapie mit Xeplion® und Trevicta®, zwei lang wirksame atypische Antipsychotika mit dem Wirkstoff Paliperidonpalmitat. Xeplion®, die 1-Monats-Formulierung, ist indiziert zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei Erwachsenen. Patienten, die klinisch stabil auf Xeplion® eingestellt sind, können mit Trevicta® (3-Monats-Formulierung) behandelt werden. Vorteilhaft sei dabei, erläuterte Cindik-Herbrüggen, dass die Betroffenen Abstand zu ihrer Erkrankung erhielten, da die Applikation des Medikaments nur monatlich beziehungsweise alle drei Monate erfolge. Dies verbessere ihre Lebensqualität und auch die Beziehung zu den Angehörigen und Betreuern, weil

nicht mehr täglich an die Medikamenteneinnahme erinnert werden müsse. Der letzte Punkt sei auch für sie von großer Bedeutung, so Cindik-Herbrüggen, da man dadurch im Therapiesgespräch endlich Zeit habe, dem Patienten bei seinen persönlichen und privaten Aspekten zur Seite zu stehen.

Vorteile einer Depottherapie gegenüber einer herkömmlichen oralen Medikamenteneinnahme konnte auch eine schwedische Studie belegen, in die Real-World-Daten von 29.823 Schizophreniepatienten einbezogen wurden [Tiihonen J et al. JAMA Psychiatry 2017; 74:686–93]. Eine LAT („long-acting-therapy“) könne demnach

das Risiko einer Rehospitalisierung um 22 % und das Sterberisiko der Patienten um 33 % reduzieren.

Dr. Lamia Özgör

Presseveranstaltung „Ein Blick in die Praxis: Therapie der Schizophrenie – im Team zum Erfolg“, München, 12.6.2018, Veranstalter: Janssen Cilag

Neue S3-Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine chronische Störung mit Neigung zu hoher Persistenz. Sie manifestiert sich in der Kindheit und persistiert bei bis zu 80 % der Betroffenen im Erwachsenenalter. Bei Erwachsenen tritt die ADHS jedoch selten isoliert auf, in 80 % der Fälle wird sie von Komorbiditäten begleitet, zum Beispiel Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen, erläuterte Dr. Christian Konkol, Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bad Salzungen.

In der neuen S3-Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ erfolgt erstmals eine Graduierung nach Schweregrad, an der sich die Therapiemaßnahmen ausrichten. So soll bei ADHS von leichtem Schweregrad primär psychosozial behandelt werden. In Einzelfällen kann bei behandlungsbedürftiger residualer ADHS ergänzend eine Pharmakotherapie angeboten werden. Bei mittelgradiger ADHS soll in

Abhängigkeit von den konkreten Bedingungen des Patienten nach umfassender Psychoedukation eine intensivierte psychosoziale oder/und eine pharmakologische Intervention angeboten werden, fasste PD Dr. Bernhard Kis, Göttingen, zusammen. Er betonte, dass Patientenwunsch und -perspektive auf jeden Fall in die Behandlungsentscheidung einzubeziehen sind.

Bei schwerer ADHS steht die Pharmakotherapie im Vordergrund. Im Erwachsenenalter ist sie schon bei leichter und mittelschwerer ADHS eine primäre Option. Ist eine medikamentöse Behandlung indiziert, sollen Stimulanzien wie Methylphenidat (z. B. Medikinet adult) oder Amphetamine, Atomoxetin beziehungsweise Guanfacin eingesetzt werden (zu beachten ist der jeweilige Zulassungsstatus, z. B. Amphetamine und Guanfacin sind nur für eine Behandlung von sechs bis 17 Jahren indiziert). Weil Konsumstörungen bei diesen Patienten sehr häufig sind, empfiehlt die Leitlinie in solchen Fällen,

dass die Behandlung durch einen Spezialisten mit Kenntnissen im Bereich ADHS und Sucht erfolgen sollte.

Wichtig ist der multimodale Therapieansatz. Patienten wünschen häufig alternative Verfahren, auch als Ergänzung zur Medikation. Hier gibt es eine Vielzahl von Angeboten, zu denen auch die tiergestützte Therapie gehört, erläuterte die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ann-Kristin Hörsting, Winterthur/Schweiz, die mit Therapiehunden arbeitet. Tiergestützte Therapie kann die Motivation zur Behandlung fördern und über gezielte Verhaltensübungen Ressourcen aktivieren. Der Effekt durch den Einsatz eines Tieres kann beispielsweise durch den nonverbalen und nicht bewertenden Umgang mit dem Tier erklärt werden.

Dr. Susanne Heinzl

Interaktiver Presseworkshop „Adulte ADHS multimodal behandeln: Moderne Konzepte im Praxistest“, Ostfildern-Scharnhausen, 28.6.2018, Veranstalter: Medice

Schizophrenie: Zurück in die Erwerbstätigkeit

Trotz Schizophrenie zurück in die Erwerbsfähigkeit – ein Wunsch, den viele Patienten mit Schizophrenie haben. Leider sieht die Realität anders aus. Im Verlauf der Erkrankung kommt es oftmals zu Arbeitslosigkeit und Frühberentung. Es droht der soziale Abstieg. Häufig neigen die Patienten darüber hinaus zu Cannabiskonsum. Dies bedeutet eine weitere Hürde für eine effektive langfristige Stabilisierung und Reintegration der Patienten.

Depot-Antipsychotika wie Aripiprazol-Depot (Abilify Maintena®) können hier eine effektive Therapieoption sein und Voraus-

setzungen für eine berufliche und soziale Reintegration der Patienten schaffen. Da Patienten mit Schizophrenie und zusätzlichem Drogenmissbrauch in der Regel von randomisierten klinischen Studien ausgeschlossen sind, ist die Datenlage eher gering. In der QUALIFY-Studie, einer randomisierten, offenen, auswerterverblindeten, direkten Vergleichsstudie von Aripiprazol-Depot und Paliperidonpalmitat (beide einmal monatlich), wurden Patienten mit Substanzabusus nur dann ausgeschlossen, wenn erwartet wurde, dass dadurch die Studienteilnahme oder Compliance beein-

trächtigt würde. Ein positiver Urin-Drogen-Screen war kein Grund für den Ausschluss. Die Post-hoc-Analyse in der Subpopulation von Schizophreniepatienten mit einem positiven Urin-Drogen-Screening zu einem beliebigen Zeitpunkt der Studie zeigte, dass die in der Basisstudie QUALIFY erzielte Verbesserung der Lebensqualität und Funktionalität unter Aripiprazol-Depot unabhängig vom Drogenurintest erreicht wurde.

red

Nach Informationen von Lundbeck und Otsuka Pharma

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.

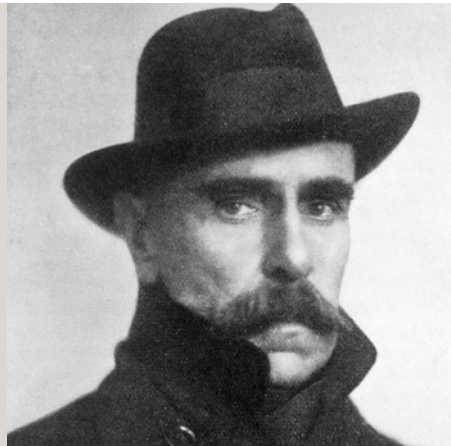
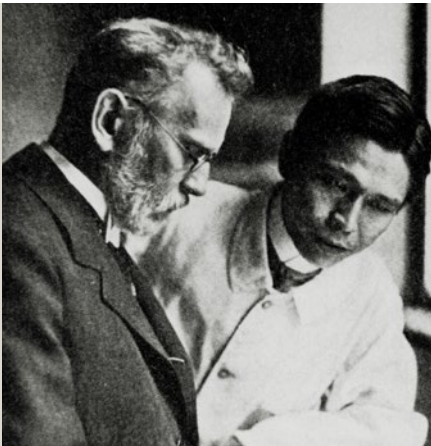


Journal

Von der Strafe Gottes zum künstlerischen Stimulans

Vom literarischen Wandel der Syphilis – Teil 3

Erst im 19. Jahrhundert kommt es zu jenem folgenreichen Paradigmenwechsel um die Syphilis, der auch den literarischen Umgang mit dieser Erkrankung entscheidend verändert. Eine wichtige Rolle kommt dabei dem Drama „Dantons Tod“ des Mediziners und Schriftstellers Georg Büchner zu. Laut Anja Schonlau bildet das Drama die „komplexe Umbruchsituation innerhalb der moralischen, medizinischen und ästhetischen Diskurse ab“. Die Revolution achtete stärker auf die sozial bedingten Gesundheitsfragen, und während des Beginns der napoleonischen Ära werden erste medizinisch-sozialhygienische und polizeiliche Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit ergriffen.



Den Medizinern und Forschern (im Bild v. li.) Paul Ehrlich (1854 – 1915), Sahachiro Hata (1873 – 1938) sowie Julius Wagner-Jauregg (1857 – 1940) ist es zu verdanken, dass die Erkrankung an Syphilis durch das Bakterium *Treponema pallidum* (Bild unten) heute mit Antibiotika, unter anderem Penicillin, heilbar ist.



Das neue **Ehrlich'sche Syphilis-Heilmittel** bringen wir Mitte Dezember 1910 unter der geschützten Marke

„SALVARSAN“

in den Handel.

Wegen Bezuges von „Salvarsan“ bitten wir die Herren Apotheker, sich ausschliesslich an die Grossdrogen-Handlungen wenden zu wollen.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning,
Hoechst a. M.

© Science Photo Library. Royaltystockphoto / Getty Images / iStock; Bernd Friedel / Imago

50 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Geschichte der Syphilis – Teil 3

Mit Ibsens Familiendrama „Gespens-ter“ war die Syphilis literarisch in der Mitte der Gesellschaft angekommen und wurde zur „Basis einer poetischen Struktur“, als das konstituierende Moment des Textes (Schonlau). Gleichsam herrschte Syphilidophobie.

Henrik Ibsens Drama „Gengangere“ („Gespens-ter“)

Wissenschaftliche Fortschritte, verbunden mit den Namen Pasteur, Jules Marie Parrot und Albert Neisser (Nachweis des Erregers von Gonorrhoe) führen schließlich dazu, die progressive Paralyse als Folgekrankheit der Syphilis anzuerkennen. Der Paradigmenwechsel setzt sich also zusammen aus medizinischen Fortschrittserfolgen, literatur- und geistesgeschichtlicher Abkehr vom Idealismus beziehungsweise Hinwendung zum realen, sozialdarwinistischen Menschenbild, Aufwertung der Krankheit im Kontext von Geniekonzepten sowie der Anerkennung von progressiver Paralyse und Vererbbarkeit der Syphilis. All dies zusammengekommen ist an der ideologischen Vorbereitung für die Darstellung der Syphilis in Henrik Ibsens Drama „Gengangere“ („Gespens-ter“) von 1881 beteiligt. Ihre Opposition zur bürgerlichen Ordnung verleiht ihr nach Schonlau eine „genuin subversive poetische Qualität“. Ibsens Gesellschaftskritik überkommener Konventionen, welche die Syphilis bereits als Nebenmotiv in „Nora. Ein Puppenheim“ (1879) verwendet, hatte vielfach mit der Zensur zu kämpfen, und der überwiegende Anteil der zeitgenössischen Kritiker beurteilte das Stück mit Abscheu. Fontane notiert anlässlich der Berliner Aufführung 1887 das „Sündenelend, das uns durch die Jahrhunderte hin begleitet und sich selbstverständlich auch in unserem intimsten Leben in hundertgestaltiger Hässlichkeit betätigt hat“. Dabei wird die Krankheit ausschließlich über den Inhalt des Dramas, nicht aber über sprachliche Tabuisierungen verdeutlicht. Das Skandalon bestand darin, die Syphilis nicht mehr im Kontext der Prostitution zu thematisieren, sondern sie in das Zen-

54 Neurotransmitter-Galerie

Metallbildhauer Ronald Knoll

ist ein wilder Freidenker, nimmt auch gesellschaftliche und politische Themen in sein künstlerisches Schaffen auf und eckt an. Uneingeschränkt bemerkenswert bleibt seine Kunst aber dennoch oder eben gerade aus diesem Grunde.

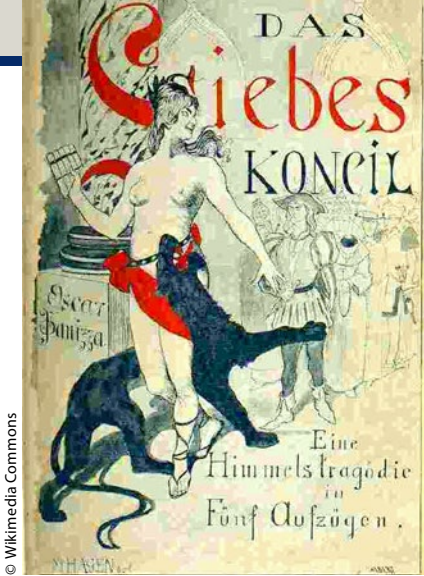
In „Dantons Tod“ werden – im Gegensatz zu Shakespeare – ausschließlich Frauen durch Männer als Überträger der Syphilis diskreditiert (Schonlau). In der Nachfolge ist aber nicht die Syphilis „die“ literarische Krankheit der Epoche, sondern die Romantiker bevorzugten die Schwindsucht, an die sie das „Signet des sensiblen Künstlers“ und das „Stigma des Auserwählten“ heften können, wie Eckhard Neumann in seiner Untersuchung der „Künstlermythen“ nachgewiesen hat. Von diesem Gedanken ist es nicht weit zum Zusammenhang von „Wahnsinn und Genie“, den Cesare Lombroso in seiner Abhandlung „Genio e follia“ (1864) im Kontext von Degeneration und intellektueller Verfeinerung zu weltweitem Erfolg entwickelt hat. In dieses Feld gehören Wilhelm Diltheys Studie „Dichterische Einbildungskraft und Wahnsinn“ (1886), Brunold Springers „Die genialen Syphilitiker“ (1926) ebenso wie Wilhelm Lange – Eichbaums Bibliografie „Genie – Irrsinn und Ruhm“ (1927), Ernst Kretschmers Abhandlung „Geniale Menschen“ (1929) und Gottfried Benns Essay „Genie und Gesundheit“ (1930) sowie „Das Genieproblem“.

Büchners Drama hat mit seinem Interesse an Realität und dem Nichtschönen nicht nur den Weg zu einer literarisch-philosophischen Auseinandersetzung mit dem Hässlichen geebnet, wie Baudelaire „Fleurs du Mal“ (1857) zeigen, sondern auch einen neuen Diskurs des Ästhetischen inspiriert. In seiner „Ästhetik des Hässlichen“ (1853) fasst Karl Rosenkranz die Syphilis als ästhetisch Ekelhaftes und somit „Geisthässliches“ und rückt sie in unmittelbare Nähe zum physischen wie sittlichen Verfaulenden, wobei nach wie vor das Krankheitsbild losgelöst von der progressiven Paralyse betrachtet wird.

trum von Ehe und Familie zu stellen. Osvald Alvings Infektion ist das Erbe seines ausschweifenden Vaters, gesellschaftliches Verschweigen funktioniert nicht länger, weil die Krankheit, deren Symptome auf der Höhe des damaligen Wissensstandes beschrieben werden, mit dem physischen und psychischen Zusammenbruch offen auf der Bühne ausbricht. Jedwede tabuierende Gesellschaftsmoral ist damit obsolet geworden. Das analytische Enthüllungsdrama führt die Demontage eines Familienidylls vor. Mit diesem Stück „betritt die Literatur des 19. Jahrhunderts auf ihrem Weg von den himmlischen Gefilden des Ideals zu den irdischen Ländereien der ‚Wahrheit‘ auch das Neuland der Syphilis“ (Schonlau).

Thomas Manns Roman „Buddenbrooks“

Es ist nicht zu verkennen, dass Ibsens Drama auch einen Beitrag zur allgemeinen „Syphilidophobie“ geleistet hat. Ein besonders schönes Beispiel dafür ist die Figur des Christian Buddenbrook aus Thomas Manns Roman „Buddenbrooks“ (1901), wobei Schonlau zu bedenken gibt, dass das Phänomen der Syphilisphobie auftrat, als in der Syphilisforschung der Fortschritt der Diagnose dem der Therapie weit vorausgeeilt war. Die Angst vor der Syphilis ist für die Bestimmung der Figur des Christian Buddenbrook entscheidend und erschließt sich nicht nur aus der Litanei der Klagen, sondern steht auch im Zusammenhang mit seinem neurasthenischen Verhalten und seinen hypochondrischen Vorstellungen, wobei das Lied „That's Maria“ zeigt, dass Mann auf das altbewährte Muster der Prostituierten als der „Schändlichsten“ zurückgreift. Ferner ist zu beobachten, wie sich das Wortspiel



Mit seinem „Liebeskonzil“ erregte der Psychiater, spätere Psychiatriepatient und nach eigenen Angaben mit Syphilis infizierte Oskar Panizza 1894 Aufsehen.

von „Zivilisation“ zu „Syphilisation“ allmählich allgemein durchsetzte, denn Gustave Flaubert zufolge war von der Syphilis mittlerweile „mehr oder weniger jedermann befallen“: „Die veränderte Wahrnehmung der Geschlechtskrankheiten schuf ein Klima öffentlicher Unruhe. Die Angst vor der Syphilis ließ sich mit dem Ziel politischer und gesellschaftlicher Veränderungen vielfältig instrumentalisieren. In den USA machte man die Immigranten für die Verbreitung der Syphilis verantwortlich. Im deutschsprachigen Raum wurde die Syphilis für antisemitische Polemik genutzt“ (Voß), sie galt als Generalmetapher für die „Bedrohung des Volkskörpers“ durch „das Jüdische“, das für die „sittliche Verpestung der großstädtischen Kultur“ (Hitler) verantwortlich war. Vorbereitet war dies durch die Neurasthenie-Debatte durch Richard von Krafft-Ebing, der das „nervöse Zeitalter“ aus dem „Schwächezustand der Nervendynamik“ erklärt hatte: Beschleunigung, Überreizung, übersteigerter Genuss, Nachleben, Prostitution, Geschlechtskrankheiten lautete die Symptomkette für die „venerische Durchseuchung des individuellen wie des sozialen Körpers“. Hand in Hand einher damit gingen die Degenerationstheorien von Morel, Nordau und Darwin, die nicht auf den naturwissenschaftlichen Sektor beschränkt blieben, sondern weite Teile des gesellschaftstheoretischen Diskurses prägten und schließlich in Konzepten der Kulturkrise einer- und Rassenbiologie andererseits mündeten.

Von „Salvarsan“ bis „Penicillin“

Nicht nur auf literarischem, auch auf wissenschaftlichem Terrain kommt es um die Jahrhundertwende zu großen Umwälzungen: Die Enttabuisierung der Krankheit verdankt sich beispielsweise der ersten Konferenz zur Prophylaxe der Syphilis 1899 in Brüssel, weitere nationale und internationale Vereinigungen und Tagungen tragen zur Aufklärung über die Syphilis bei. Paul Ehrlich und Sahachiro Hata entwickelten 1909 die organische Arsenverbindung „Salvarsan“, mit der erstmals eine gezielte Behandlung der Syphilis möglich war. Jedoch führte dieses bei unsachgemäßer Anwendung noch zu schweren Nebenwirkungen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts fand man heraus, dass *Treponema pallidum* Temperaturen von über 41 °C nicht überlebt. 1917 impfte Julius Wagner-Jauregg, Direktor der Wiener Landesheil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geistesranke, neun Patienten, die an progressiver Paralyse erkrankt waren, mit dem Blut eines Malariakranken und entwickelte eine mit Arsphenamin kombinierte Vorgehensweise, für deren Entdeckung ihm 1927 der Nobelpreis für Medizin verliehen wurde. In den Folgejahren wurden weitere, besser verträgliche Abkömmlinge der Substanz entwickelt, die Mitte des 20. Jahrhunderts weitgehend von Penicillin verdrängt wurden, das bis heute die Behandlungsgrundlage der Syphilis darstellt.

Oskar Panizzas „Liebeskonzil“

Mit seinem „Liebeskonzil“ erregte der Psychiater, spätere Psychiatriepatient und nach eigenen Angaben mit Syphilis infizierte Oskar Panizza 1894 ungeheures Aufsehen. Die satirische, auch als blasphemisch verrufene „Himmelstragödie“ erklärt die Syphilis als das Ergebnis eines göttlichen Auftrags des Teufels, um die sittlich gänzlich verkommene Menschheit zu geißeln. Der schon sehr zerbrechliche und alte Gottvater ruft deshalb ein Konzil ein, zu dem auch sein kränkelder Sohn Christus sowie die derb-schlaue Gottesmutter Maria zählen. Angesichts des grotesk überzeichneten Verfalls jedweder Moral erhält der Teufel den Auftrag zur Erfindung eines Giftes, das die grenzenlose Lust der Menschen eindämmen soll. Dieser zeugt

mit Salome eine verführerische Tochter, die das Gift in sich trägt und kraft ihrer lasziven Kompetenzen die Übertragung übernimmt: beginnend mit dem Papst, den Kardinälen, Bischöfen ...

Gottfried Benns Gedicht „Ball“

In der Epoche des Expressionismus entstand Gottfried Benns Gedicht „Ball“ (1917), in dem die Syphilis zu einer „Syphilisquadrille“ wächst, die als Totentanz auf dem „Hurenkreuzzug“ zelebriert wird und zweifellos Erfahrungen verarbeitet, die der Militär- und Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten 1916 in einem Brüsseler Prostituiertenkrankenhaus gemacht hat und 1921 in einer Abhandlung über „Die Ansteckung mit Syphilis in der Krankenpflege“ reflektiert. Der „Arzt im Hurenhaus“ wird in den „Rönné Novellen“ thematisiert, die Syphilis selbst tritt als Motiv außerdem in den Gedichten „Räuber-Schiller“, „Fleisch“ und „Innerlich“ auf.

Clara Viebigs „Passion“

Clara Viebig ist eine Autorin, deren Rezeption voller Missverständnisse steckt: Während der Nazizeit ist sie wegen ihres jüdischen Ehemannes und Verlegers Friedrich Theodor Cohn verfeindet, und als ihr nach dem zweiten Weltkrieg von Seiten der DDR einige Ehrungen zuteilwerden, wirkt sich dies negativ auf ihren Platz im westdeutschen Literaturbetrieb aus. Bis in die dreißiger Jahre hinein war Viebig „eine der populärsten deutschen Autorinnen“ und galt als eine „der profiliertesten Vertreterinnen des in Deutschland traditionell nicht sehr hoch eingeschätzten Gesellschaftsromans“, wie Volker Neuhaus anmerkt und feststellt, dass Viebig „eine der Ersten war, die weibliche Sexualität einschließlich eines Rechts auf Mutterschaft auch außerhalb der Ehe in ihren Romanen gestaltet“. Dabei bezieht sich die Autorin nicht auf Frauen der gehobenen und höheren Gesellschaftsschicht, sondern auf ledige Dienstmädchen oder Näherinnen.

Lange Zeit freilich wurde Viebig als harmlose Regionalistin als Heimatdichterin der Eifel verkannt. Erst jüngerer wissenschaftlicher Aufmerksamkeit verdankt ihr Werk eine neue Würdigung nicht zuletzt im Kontext einer spezifisch weiblichen Ästhetik. So nennt Neuhaus

ihr Werk ein „Pendant zu Fontanes Sittenbild“ seiner Epoche, während Victor Klemperer sie „die deutsche Jüngerin Zolas“ nannte. Viebig ist eine Repräsentantin des multipersonalen Gesellschaftsromans und verdient besonders heute unsere gesteigerte Aufmerksamkeit. Die rührige Clara-Viebig-Gesellschaft wird mit ihrer gut gestalteten Website dazu beitragen.

Ina Braun teilt Viebig's Werk in vier Zyklen: Romane und Novellen, die in der Eifel und am Rhein spielen, Erzählungen aus dem Posener Land, Berlin-Romane und Geschichten mit historischen Inhalten. Der Roman „Die Passion“ gehört zu den Berlin-Romanen und spielt zu einer Zeit, da Berlin zur Weltmetropole wird, geografisch, wirtschaftlich und städtebaulich geradezu explodiert und zum Brennpunkt großer sozialer Umwälzungen wird, die, ausgelöst von der Landflucht, zunehmend ein städtisches Proletariat hervorbringen, in dem sich die Menschen, herausgerissen aus ihrer vertrauten Umgebung und ihren vertrauten sozialen und familiären Strukturen, nicht mehr zurechtfinden. Insbesondere betroffen davon sind die Frauen, die zwischen ökonomischer Not und dem Anspruch auf Befreiung von den Fesseln familiärer Bindung und sexueller Fremdbestimmung zerrieben werden. Käthe Kollwitz, mit Viebig befreundet, oder Heinrich Zille geben mit ihren Darstellungen ein eindringliches Bild aus den unterprivilegierten Vierteln der boomenden Metropole.

„Die Passion“ (1925), möglicherweise inspiriert von Honoré de Balzacs „Lys dans la vallée“ (1836), wo das Motiv der erblichen Geschlechtskrankheit bereits aufscheint, handelt vom Leidensweg der 1894 geborenen Eva Wilkowski die mit erblicher Syphilis geboren wird: „Sie, ihre Mutter und ihr Vater leiden unermesslich unter dieser Krankheit, deren Heilungsmöglichkeiten zu jener Zeit erst mühselig erforscht werden. Schwerwiegender sind für die Protagonisten jedoch die gesellschaftliche Ablehnung und die damit verbundene zunehmende psychische Belastung. Sie selbst empfinden die Krankheit als Schande und Schuld, ihre Umwelt reagiert mit Ekel, Abscheu, Angst und schließlich mit Ausgrenzung. Während der Vater in einer Anstalt vor

sich hindämmert und die Mutter früh verstirbt, verfolgt der Leser Evas Leidensweg über zahlreiche Stationen hindurch, bis sie ebenfalls im Alter von achtzehn Jahren ihrem Leiden erliegt“ (Braun). Die Autorin macht sich hier zur Anwältin jener stigmatisierten und gesellschaftlich ausgegrenzten Menschen, die unverschuldet in ihr Elend geraten sind, was ihnen von ihrer Umgebung aber meist nur als billige Ausrede ausgelegt wird. Es zeichnet Viebig aus, dass sie Evas Leidensweg von der Geburt bis zum frühen Tod erzählt und den Alltag der Figur in diese Konzeption der „progressiven Enthüllung“ (Simone Orzechowski) integriert, ohne dabei bloß die präzise Chronologie einer Krankengeschichte zu bieten. Auch der Umgang der Kranken selbst mit allen Phasen der Krankheit gehört zu diesem Konzept, ebenso das Verhalten der Umgebung von der Duldung über das Ausgeschlossensein, bis hin zur Vereinsamung und zum Selbstmordversuch und zum finalen Fatalismus, womit sich auch die jeweilige Distanz der Gesellschaft zur Infizierten ablesen lässt. Viebig lässt nicht einmal das Verhalten der kranken Eva gegenüber anderen Kranken außen vor, wie sie auch nicht darauf vergisst, die jeweiligen Krankheitsstätten (Heim, Irrenanstalt, Krankenhaus) sowohl aus der Perspektive der Patienten als auch der Besucher differenziert zu charakterisieren. Zusammenfassend schreibt Orzechowski: „Das in der Literatur verankerte Motiv wird nicht revolutioniert, aber auf originelle Weise behandelt. Die Schriftstellerin übernimmt eine realitätsnahe Perspektive, die sie beispielsweise durch den Verzicht auf die traditionell manichäische Kontrastierung von Stadt und Land nuanciert und so bereichert. Sie wertet eindeutig das Frauenbild auf, ohne dabei einen feministischen Standpunkt zu vertreten.“

Thomas Manns Roman „Doktor Faustus“

Der erschöpfend und umfassend wissenschaftlich untersuchte Roman „Doktor Faustus“ von Thomas Mann (1947) greift auf den Zusammenhang von Syphilis/Wahnsinn und Genie zurück und erweitert ihn. Die Infektion des Adrian Leverkühn ist – ausdrücklich vor dem Hintergrund der Biografie Nietzsches zu lesen

– weder ein „zufälliges Ereignis, noch wird sie gesucht. Sie wird angestrebt ... Die von Leverkühn erhoffte künstlerische Überhöhung stellt eine neue Qualität in der literarischen Verwendung des Syphilismotivs dar. Genialität ist nicht mehr etwas sich unbeeinflussbar Aufdrängendes und im Sinne der Melancholie ein primär endogener, sondern ein partiell erworbener Zustand. Zudem ist die bewusste Syphilisinfektion etwas neuzeitliches, da der Erwerb von Krankheit und Genialität, wie er im ‚Doktor Faustus‘ geschildert wird, keineswegs ein passiver Vorgang ist, sondern der Mensch als Erschaffender und Manipulierender auftritt. Die erleidende Patientenfigur des Mittelalters ist dem Prozess der Säkularisierung zum Opfer gefallen. Dem theozentrischen, iatrotheologischen Ansatz, der Krankheit in Bezug zu göttlichem Wirken setzt, wird ein Egozentrismus entgegengestellt, in dem ein Mensch zum Schöpfer seiner Krankheit und mit ihr nun sogar seiner Genialität wird. Die Anonymität der Prostituierten Hetaera Esmeralda im ‚Doktor Faustus‘ begründet sich vor allem darin, dass nicht mehr sie Gegenstand des sexuellen Begehrens von Leverkühn ist, sondern dieser selbst zum Objekt wird. Die klassische Subjekt-Objekt-Beziehung ist aufgehoben. Es ist diese Fokussierung auf das seelisch-geistige Vermögen des Ichs und den ‚eigenen Körper als ein verschwindendes, zerfallendes Objekt‘ (Voß). Leverkühns Verkehr mit den Prostituierten wird so zum Verkehr mit der eigenen Krankheit, die sexuelle Beziehung ist gewissermaßen zweckentfremdet zum Ziel der Steigerung künstlerischer Produktivität. Deshalb werden die in diesem Roman agierenden Ärzte auch zur Groteske, weil sie den Sinnhintergrund der Infektion nicht erkennen und ihre therapeutischen Ansätze auch deshalb scheitern, „da sie dem Inhalt des Teufelspaktes und der Notwendigkeit der Syphilis entgegenstehen“, wie Voß anmerkt.

Literatur beim Verfasser

AUTOR

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

Schaffe lieber ungewöhnlich



Der Merkelbot

Der Metallbildhauer Ronald Knoll lebt nach dem Resonanzprinzip „Was du lebst, das bist du und das wird verstärkt von außen auf dich zukommen“. Und so ist es kein Wunder, dass er nicht den üblichen Weg über eine Kunsthochschule oder ein künstlerisches Umfeld ging, sondern fast impulsiv beschloss, sich ganz der Kunst zu verschreiben. Seine Werke sind erfrischend unverstellt und geradlinig, ähnlich wie der Schöpfer dahinter.



Uta von Ballenstedt



Der Moderne Mensch

Die Skulpturen des Naumburgers Ronald Knoll sind deutliche Ausformungen seines Charakters, seiner politischen und gesellschaftlichen Überzeugungen und seines Sinns für Humor. Sie sind weder am Kunstmarkt orientiert, noch unterliegen sie Anforderungen von außen. Der studierte Maschinenbauer und ehemalige Optiker beschloss erst vor wenigen Jahren, sich ganz seiner Liebe zum bildhauerischen Gestalten zu widmen. Da ihm das Schweißen aus seiner Begeisterung für Motorräder und den daraus resultierenden Arbeiten etwa beim Zusatzrahmenschweißen lange vertraut war, und er ab und an auch bereits kleinere Werke hergestellt hatte, war es recht schnell klar, dass dies sein künftiger Weg sein würde.

Schon eine seiner ersten Arbeiten, der „Merkelbot“, eine Art Blechroboter, auf dessen Hals statt einem Kopf eine dem Symbol der Freimaurer ähnliche Pyramide thront, führte zu einem kleinen Eklat. Der Merkelbot besteht in seinem Grundgerüst aus Rohrleitungen sowie den Abdeckungen von Mikrowellen und Videorekordern. Stolz trägt er einen Wagenheber in Form der Merkelraute vor sich her. Die Anspielung auf Deutschlands Kanzlerin und auch weitere gesellschaftspolitische Implikationen sind nicht zu übersehen. Der Merkelbot soll die Fremdsteuerung von Merkel und der Politik darstellen, denn nach Knoll ist „die Bundeskanzlerin nur ein gut funktionierender Roboter“. Trotz der recht eindeutigen Skulptur gab es für den Naumburger Künstler erst Ärger, als er zu der Skulptur, die anfangs in einem Einkaufszentrum ausgestellt war, noch einen erklärenden Text hinzufügte. Schnell musste er die Skulptur entfernen und bekam seine erste Lektion in Sachen Kunstinterpretation, künstlerische Freiheit und „Unbequemsein“.

Immer auf „Empfang“

Ronald Knoll schert sich wenig um Anpasstheit und Gefälligkeit, sondern möchte die Menschen zum Nachdenken und Diskutieren anregen. Dabei muss man nicht seiner Meinung sein. Und so deutlich auch seine Skulpturen und Thesen sind, bestückt er erstere immer mit distanzierendem Humor und zweitens mit ausgesuchter Freundlichkeit im direkten Kontakt. Im Gespräch mit ihm kommt man gedanklich kaum hinterher, so viele Thesen entspringen diesem wilden Freidenker. Zu seinem künstlerischen Schaffensprozess meint Knoll selbst: „Ich habe häufig das Gefühl, dass die Ideen zu meinen Kunstwerken nicht aus dem abgeschlossenen Komplex meines Gehirns kom-



Skorpion

men. Eher verstehe ich mich als Antenne, als Empfänger, der ab und zu den richtigen Sender trifft, oder noch besser als Empfänger, der ständig auf *on* steht und wartet, das etwas gesendet wird. Meine Ideen kommen oft in einer Art Dämmerzustand, morgens im Halbdunkel – nicht wach, nicht schlafend.“

Moderne Sklaverei

Besonders am Herzen liegt Knoll seine Metallskulptur „Der moderne Mensch“. Etwas überlebensgroß steht sie da, starrt und tippt auf ein nachgebildetes Smartphone. Auf dem Gürtel steht in Spiegelschrift „Sklave“. Sie soll vor Augen führen, dass wir Menschen aus Fleisch und Blut wie die Metallskulptur nur in einer künstlichen Welt leben. Der moderne Mensch denkt nur, er steuere die Dinge um ihn herum, während er in Wahrheit von diesen gesteuert wird.

Ronald Knoll fertigt auch viele Skulpturen rein aus der Freude am Material und dessen Schönheit. Es entstehen verspielte Katzen, Fische, Skorpione mit Beleuchtung (der Edison-Skorpion), Tiefseeanglerfische und vieles mehr. Als gebürtiger Naumburger schuf der Künstler schließlich seine eigene Interpretation des berühmtesten Kunstwahrzeichens der Stadt, der mittelalterlichen „Uta von Naumburg“ (eigentlich Uta von Ballenstedt). Seine Uta ist sehr weiblich mit – im Gegensatz zu der im Mantel verhüllten Figur der mittelalterlichen Skulptur – betonten Rundungen und emanzipierter Haltung. Er macht sie zur Hauptfigur und hat in die Skulptur unter anderem ein Sägeblatt eingebaut, das die Kundalini-Schlange versinnbildlichen soll. Zudem trägt sie ein altergermanisches Friedenszeichen in der Hand.

Wie bei einem spritzigen, doch noch nicht zur ganzen Tiefe gelangten Jungwein wird sich wohl in den nächsten Jahren zeigen, ob Ronald Knoll Geduld mit der Kunst hat und diese weiterhin mit ihm. Ein Besuch im wunderschönen Naumburg und bei dem sympathischen und diskussionsfreudigen Künstler sei auf jeden Fall wärmstens empfohlen.

AUTORIN

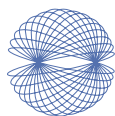
Dr. Angelika Otto, München

Website: kunst-in-metall.webnode.com

Blog: kinstinmetall.wordpress.com/

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2018		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
22.9.2018 in Witten Lebenshilfe, Pflanzraum, Dortmunder Str. 75 9:00 bis 17:00 Uhr	Schulungsprogramm zur EVA-NP. Update Neurologie, Aktuelles und Interessantes für unsere MFAs. Schwerpunktthema Parkinson.	Burkhard Brautmeier, Sachgebietsleiter Ärztekammer Westfalen-Lippe Ressort Fortbildung, Akademie für medizinische Fortbildung der ÄKWL und der KVWL Gartenstr. 210 – 214, 48147 Münster Tel.: 0251 929 2207, Fax: -929 27 2207 E-Mail: burkhard.brautmeier@aekwl.de http://www.aekwl.de/fortbildung
29.9.2018 in Frankfurt 8 CME-Punkte	Wie kommen die neuen MS-Immuntherapien in der Praxis an? <i>Referenten:</i> Prof. Dr. Gereon Nelles, Neurologische Gemeinschaftspraxis am Heilig Geist-Krankenhaus – Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Tobias Bopp, Institut für Immunologie Universitätsmedizin Mainz	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-16, Fax: -20555-11 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.de
6.10.2018 in Erlangen 8 CME-Punkte	Die Nerven- und Muskelsonografie – eine neue Technik für die Praxis – Grundlagen und praktische Übungen <i>Referenten:</i> Dr. Cornelia Möbius, Neurologische Uni- versitätsklinik Erlangen (Leiterin der Neurophysiologi- schen Abteilung); Dr. Axel Schramm, Neurologische Praxis Fürth (DEGUM-Seminarleiter für Nerven-/ Muskelultraschall)	Fortbildungsakademie der Berufsverbände BVDN – BDN – BVDP Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-16, Fax: -20555-11 E-Mail: k.braungardt@akademie-psych-neuro.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-Hyperaktivitätssyn- drom (ADHS) im Erwachsenenalter <i>Referenten:</i> PD Dr. Maria Strauß, Psychiatrische Univer- sitätsklinik 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
10.11.2018 in Bad Säckingen Rhein-Jura-Klinik 8 CME-Punkte	Workshop-Tagung BVDN Landesverband Baden-Württemberg Akute Krisen und chronische Therapieverläufe psychischer Erkrankungen	Rhein-Jura-Klinik Bad Säckingen Tel.: 07761 560-172 E-Mail: praxis@dannegger-loerrach.de oder direktionssekretariat@rhein-jura-klinik.de
Fortbildungsveranstaltungen 2018		
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
2.10.2018 in Witten Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50	„Beziehungsweise(n)... Demenz - Pflege und Forschung im Wandel“ 9. Jahrestagung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)	Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Witten Sabine Bauer Tel.: 02302 926 235 E-Mail: sabine.bauer@dzne.de
6.10.2018 in Köln Universität zu Köln Großer Hörsaal in der „Alten Botanik“, Gyrhofstr. 15	Allein oder gemeinsam? Immer ein Ziel: Mehr Lebensqualität Jahrestagung der Tourette-Gesellschaft, ADHS Deutschland e.V. und Aspies e.V.	www.tourette-gesellschaft.de
9. – 11.10.2018 in Dresden Radisson Blu Park Hotel & Conference Centre, Nizzastr. 55	10th International Symposium on Neuroprotection Neurorepair 2018	event lab. GmbH Jenny Kaftan, Sabrina Wolf Richard-Lehmann-Str. 12, 04275 Leipzig Tel.: 0341 240596 75 79 E-Mail: info@neurorepair-2018.de
10. – 12.10.2018 in Berlin City Cube Messe Berlin, Messedamm 26	ECTRIMS – 34th Congress of the European Commit- tee 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
17. – 20.10.2018 in Mannheim Congress Center Rosengarten, Rosengartenplatz 2	Deutscher Schmerzkongress 2018	m:con – mannheim:congress GmbH Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim Tel.: 0621 41060 www.mcon-mannheim.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 Saßmannshausen**Ansprechpartner für Themenfelder****EBM/GÖÄ:** 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, Neuroophthalmologie:**

Klaus Gehring

Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen**Neuropsychologie:** Paul Reuther**Neuroonkologie:** Werner E. Hofmann

Pharmakotherapie Neurologie: Gereon Nelles
Pharmakotherapie Psychiatrie: Roland Urban
Prävention Psychiatrie: Christa Roth-Sackenheim
Prävention Neurologie: Paul Reuther
Schlaf: Ralf Bodenschatz
Schmerztherapie Neurologie: Uwe Meier, Monika Körwer
Suchttherapie: Greif Sander



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de**Vorstand des BDN****1. Vorsitzender:** 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

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**Geschäftsstelle des BVDN**

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof,

Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

E-Mail: bvdn.bund@t-online.de**Bankverbindung:** Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

BVDN Homepage: <http://www.bvdn.de>**Cortex GmbH** s. oben Geschäftsstelle BVDN**Politische Geschäftsstelle Berlin:**

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

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

Rolf Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

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

Greif Sander

Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim**PTSD:** Christa Roth-Sackenheim**Sucht:** Greif Sander**Transsexualität:** 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



Ich will Mitglied werden!

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

- ☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- ☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN)
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- ☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- ☐ Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)
(Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Arzt 300 €, Arzt in Weiterbildung 90 €, Senior 60 €).
- ☐ Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zu gleichen Beitragskonditionen.
- ☐ Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zu gleichen Beitragskonditionen.

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

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

Tel.-Nr. _____ Fax _____ E-Mail/Internet: _____

Ich bin ☐ niedergelassen ☐ in der Klinik tätig ☐ Chefarzt/ärztin ☐ Facharzt/in
☐ Weiterbildungsassistent/in ☐ Neurologe/in ☐ Nervenarzt/ärztin ☐ Psychiater/in
☐ in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____

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

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

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

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

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

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

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

IBAN: _____

Bei der _____ BIC _____

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

Name: _____

Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)

■ 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 Lütke	München	ja	KV/ÄK	089 713729	089 71090537	angela.luetke@gmx.de
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-psiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband:	BRANDENBURG					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband:	BREMEN					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband:	HAMBURG					
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
BVDN-Landesverband:	HESEN					
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@klemm-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
Tel.: 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-Merk

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

A.-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. Norbert Mönter

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

Prof. Dr. Gereon Nelles

Werthmannstr. 1, 50935 Köln
Tel.: 0221 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: w.rossbach@gmx.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

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

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

Athene Akademie

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

Cortex GmbH

Gut Neu Hof
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 Neu Hof
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.schilling@uke.uni-
hamburg.de

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e. V. (BV ANR)

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

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

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

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

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

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

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

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e. V. (DGNR)

Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin
Geschäftsstellenleiter:
Florian Schneider
Geschäftsstellenassistentin 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. (DGGP) e. V.

Postfach 1366, 51675 Wiehl
Tel.: 02262 797683, Fax: -9999916
E-Mail: GS@dgppn.de
www.dgppn.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@vakjpp.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. El-
mar Etzersdorfer, Furtbachkran-
kenhaus, 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. Gunter 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-medin.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@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szostek (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@springer.com

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

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

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.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



© storm / Fotolia

Vorschau

Ausgabe 9/2018

September

erscheint am 12. September 2018

Frontotemporale Demenz

Neue Erkenntnisse zur Art der pathologischen Proteinablagerungen und der zugrunde liegenden Genmutationen von frontotemporalen Demenzen erlauben auch neue Klassifikationen dieser neurodegenerativen Erkrankungen.

Serumdiagnostik der Demenz

Die Suche nach einem einfachen und zuverlässigen Diagnoseverfahren für Demenz konzentriert sich seit einigen Jahren auf Indikatoren im Serum. Die Arbeitsgruppe Demenzdiagnostik der Predemtec beschreitet neue Wege.

Neurosarkoidose

Eine Neurosarkoidose manifestiert mit neurologischen Symptomen, in einem Drittel ohne Lungenbeteiligung und bei fast jedem Vierten als isolierte Form. Neben Hirnnervenausfällen kommt es seltener zur Beteiligung des Rückenmarks, des peripheren Nervensystems oder der Muskulatur.

Hier steht eine Anzeige.

