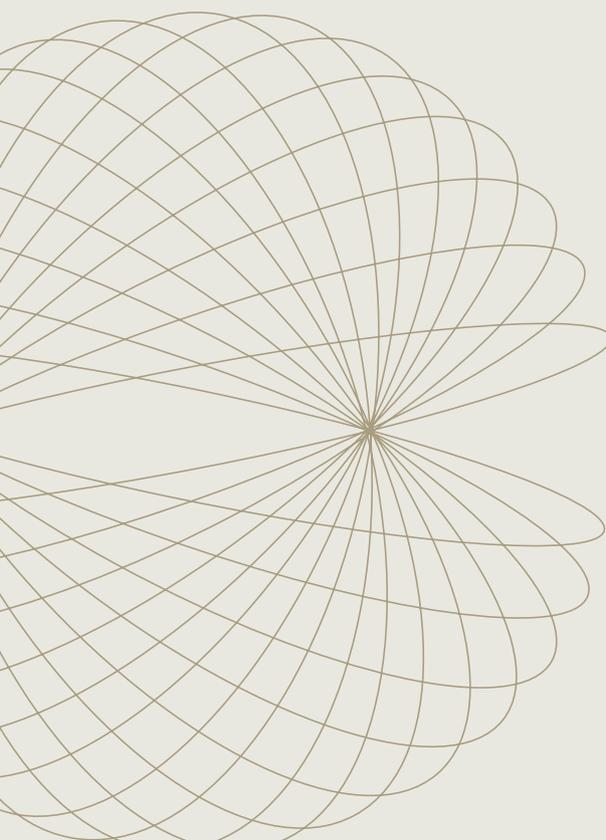


NEUROTRANSMITTER

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



Digitale kollegiale Beratung

ZNS-Konsil startet in Thüringen

Rollenverständnis beleuchtet

Dolmetscher in der Psychotherapie

Psychiatrische Kasuistik

**Systemischer Lupus mit psychiatrischer
Manifestation**

CME: Neurodegenerative Erkrankungen

**Assessment von Alltagsfunktionen und
Therapie bei Parkinson-Demenz**



» Aufgrund der Unterversorgung kommt es häufig zu stationärer Einweisung, wo eine umfassende ambulante Behandlung im Lebensumfeld des Patienten möglich wäre. «

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

La Grande Dame Psychiatrie

Vor einiger Zeit habe ich einem Vortrag des Benediktinermonches Anselm Grün gelauscht. In seinen Schriften vermag er komplexe theologische und psychologische Zusammenhänge durch einfache Darstellung auch Menschen nahezubringen, die zu diesen Themen nur wenig Zugang haben. Ich war beeindruckt von seiner Vortragsweise.

Dann aber die Irritation: Anselm Grün berief sich auf Erkenntnisse von C. G. Jung und nannte ihn einen bedeutenden Psychologen! Hoppla – C. G. Jung war Arzt! Auf dem Gebiet der Psychiatrie forschte er als Assistent von Egon Bleuler in der berühmten „Irrenheilanstalt Burghölzli“ in Zürich an Gehirngewebeproben und praktizierte auch die damals populäre Hypnose. Nach ersten Kontakten mit Sigmund Freud näherte er sich dessen Verfahren der Psychoanalyse an und wurde zunächst ein wichtiger Unterstützer Freuds. Er engagierte sich in der 1926 gegründeten allgemeinen „Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“, wo gerade junge Psychiater der biologisch orientierten Universitätspsychiatrie eine „neue Richtung“ hinzufügen wollten – die Psychotherapie.

Alles nur Semantik?

Anselm Grüns Fauxpas spiegelt die aktuelle Annahme der breiten Bevölkerung wieder, dass Psychotherapie ein exklusives Instrument der Psychologen sei. Das mag an der Ähnlichkeit der Begriffe liegen.

In der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre begegnete man – folgerichtig – der Unterversorgung psychisch erkrankter Menschen fast ausschließlich durch Erweiterungen im Bereich der psychologischen Psychotherapie. Die Ermöglichung richtlinienpsychotherapeutischer Behandlung ohne Delegationsverfahren, eine Zunahme von Kassenarztsitzen für psychologische Psychotherapeuten und zuletzt der breite und heftige politische Einsatz für einen neuen Heilberuf auf diesem Gebiet haben uns überrollt. Die Versorgung der Patienten wurde dabei nicht deutlich verbessert. Mühsame Versuche, Wartezeiten auf Therapieplätze zu verkürzen, hatten bisher kaum Erfolg. Zugleich suchen immer mehr Menschen Unterstützung und Hilfe bei seelischen Problemen.

Ganzheitliche Betrachtung

Und hier ist der Benediktinermonch Anselm Grün wieder am Start: Mit seinem spirituell-psychotherapeutischen Angebot trifft er den Nerv vieler Suchender. Veränderte religiöse, gesell-

schaftliche und familiäre Strukturen führen dazu, dass heute bei vielen Lebensproblemen Hilfe beim Arzt und/oder Psychologen gesucht wird. Die Bandbreite zwischen einer Befindlichkeitsstörung und einer ernsten Depression, einer manifesten Angststörung oder einer Psychose ist groß.

Zudem muss auch bei psychisch kranken Menschen die medizinisch-somatische Komponente bedacht werden. Für die ganzheitliche Betrachtung einer Störung mit ihren somatischen und psychologischen Komponenten bedarf es der umfassenden medizinischen-psychiatrischen Ausbildung.

In der Behandlung stellt die Psychotherapie eben nur eine Möglichkeit dar. In vielen Fällen sehen wir sehr gute und anhaltende Genesungseffekte durch psychiatrische Behandlung, Medikamente oder auch andere biologischen Verfahren.

Die Psychotherapie kommt aus der Medizin und stellt einen wichtigen Bereich medizinischer Versorgung dar. Wir können als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie also sehr selbstbewusst den Dualismus von Medizin und Psychologie leben. Unser Wirkungsgrad ist hoch, wie die Fallzahlen im vertragsärztlichen Bereich zeigen: Psychiater in Deutschland versorgen 700 bis 800 Patienten, (zumeist psychologische) Psychotherapeuten 45 bis 55 Patienten pro Quartal. Fraglos bietet der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zudem ein umfassende(re)s Behandlungsangebot!

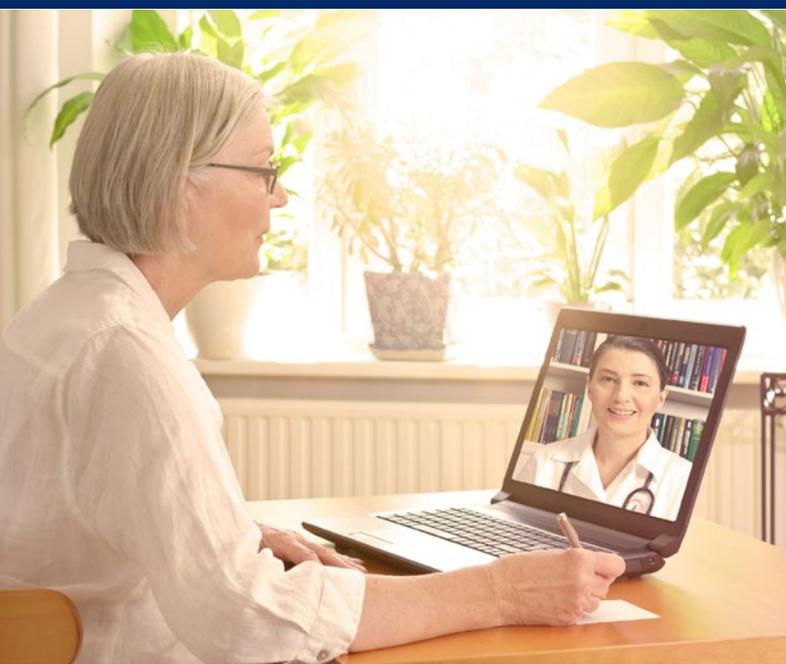
Nicht sexy genug?

Nicht selten sprechen sowohl Laien als auch ärztliche Kollegen anderer Fachrichtungen lieber davon, dass psychologische Behandlung erforderlich ist, als Patienten „zum Psychiater“ zu schicken. Das Erste scheint leichter und Letzteres nicht sexy zu sein.

Es gibt eine Unterversorgung für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Häufig kommt es deswegen zu stationärer Einweisung, wo eine umfassende ambulante Behandlung im Lebensumfeld des Patienten möglich wäre. Die Lösung liegt zweifelsohne in einer professionell vernetzten Versorgung durch Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten. Die Nähe zwischen Psychiater, psychologischem und ärztlichem Psychotherapeut ist groß und es wird eine fruchtbare Zusammenarbeit resultieren, wenn Behandlung gemeinsam gestaltet wird. Also: Vive la Grande Dame Psychiatrie!

Ihre

Sabine Köhler



13 Digitales ZNS-Konsil startet in Thüringen

Über eine kostenlose und sichere Datenplattform können Hausärzte in Thüringen ab sofort Konsile durch Fachärzte anfragen. Dies ermöglicht eine zügige leitliniengerechte Behandlung und erleichtert die Versorgung im ländlichen Raum.

18 Mit ihren eigenen Waffen

Ärzte sind zwar oftmals gesetzlich verpflichtet, Kopien von Unterlagen zu erstellen, doch die Menge der angeforderten Behandlungsunterlagen ist kaum zu bewältigen. Zudem fallen die Entschädigungssätze unverhältnismäßig gering aus. Kreative Kollegen schlagen mit den Waffen der Bürokratie zurück.

In dieser Ausgabe!

Auf Seite 44 f. finden Sie den Medizin Report aktuell „Polyneuropathien bei Diabetes mellitus: Auch an immunvermittelte Polyneuropathien wie CIDP denken“.

Titelbild (Ausschnitt): „Schatten unterschiedlicher Insekten“, 2015, von Lea Grebe

Inhalt 11

November 2018

3 Editorial

La Grande Dame Psychiatrie

Sabine Köhler, Jena

Die Verbände informieren

6 Verbesserung der Versorgung bleibt in aller Munde

Landessprechertreffen des BVDP

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

9 Ausrichtung auf politische Veränderungen

Landessprechertreffen des BDN

Thomas Gilleßen, München

10 Gesundheitspolitische Nachrichten

— Entscheidung des Landessozialgerichtes Hamburg:
Doppelfachärzte dürfen nervenärztliche
Grundpauschale abrechnen

— Ärztemonitor 2018: KBV befürchtet Arztzeitmangel

Gunther Carl, Kitzingen

12 Recht

— Informationspflicht: Patient muss bei bedrohlichem
Befund immer informiert werden

— Keine begünstigte Nebentätigkeit: Vergütung für
Lehrärzte ist steuerpflichtig

Bernhard Michatz, Berlin

13 ZNS-Konsil startet in Thüringen

Digitale kollegiale Beratung

Sabine Köhler, Jena

Rund um den Beruf

15 Täglicher Bürokratieaufwand belastet Praxen

weiterhin stark

Markus Weih, Nürnberg

18 Ausbeuterisches Ansinnen nicht klaglos hinnehmen

Kopien für Patienten oder die DRV

Gunther Carl, Kitzingen

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Fortbildung

- 20** **Das Rollenverständnis von Dolmetschern in der Psychotherapie**
Co-Therapeut, Patientenfürsprecher oder Kulturvermittler
Ibrahim Özkan, Jacqueline Jenne, Göttingen
- 25** **Systemischer Lupus mit psychiatrischer Manifestation**
Psychiatrische Kasuistik
Hannes Ole Tiedt, Marco Matthäus Zierhut, Dimitris Repantis, Berlin
- 30** **Methamphetamin-Abhängigkeit und Elternschaft**
Suchterkrankungen
Janina Dyba, Michael Klein, Diana Moesgen, Köln
- 34** **CME Assessment von Alltagsfunktionen und Therapie bei Parkinson-Demenz**
Neurodegenerative Erkrankungen
Sara Becker, Kathrin Brockmann, Inga Liepelt-Scarfone
- 41** **CME Fragebogen**

Journal

- 46** **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Raffinement und Scham
Gert Heidenreichs Roman „Schweigekind“
Gerhard Köpf, München
- 50** **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Der letzte Moment und die Ewigkeit
Lea Grebe verewigt Insekten
Angelika Otto, München

- 14** Kleinanzeigen
42 Pharmaforum
52 Termine
54 Verbandsservice
59 Impressum/Vorschau



34 Alltagsfunktionen und Parkinson-Demenz

Die Erfassung der Beeinträchtigungen von Aktivitäten des täglichen Lebens bei Parkinson-Patienten ist essenziell für die Diagnose einer Parkinson-Demenz. Viele Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen wurden allerdings nicht in erster Linie zur Erfassung von Alltagsproblemen bei Morbus Parkinson entwickelt. In diesem Artikel werden Fallstricke bei der Beurteilung der Alltagskompetenz von Parkinson-Patienten und geeignete Messverfahren dargestellt.

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)



Landessprechertreffen des BVDP

Verbesserung der Versorgung bleibt in aller Munde

Am 22. September 2018 trafen sich die BVDP-Landessprecher zum zehnten Mal in der Geschäftsstelle in Berlin und diskutierten die aktuellen Belange der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und der psychiatrisch tätigen Nervenärzte. Thematisiert wurden die Versorgungssituation und die Notwendigkeit einer ausgewogenen Bedarfsplanung.

An dem Treffen der BVDP-Landessprecher nahmen SprecherInnen und Sprecher aus allen Bundesländern teil. Freudig begrüßt wurden die neue Sprecherin Dr. Caterina Jacobs aus Mecklenburg-Vorpommern, Inhaberin einer psychiatrischen Einzelpraxis in Rostock und Nachfolgerin von Dr. Christine Lehmann, sowie der neue Sprecher Dr. David Steffen aus dem Saarland, Inhaber einer großen Praxis mit mehreren angestellten Ärzten und Nachfolger von Dr. Gerd Wermke.

Aufhebung der Zulassungsbeschränkung nicht zielführend

Großen Raum in der Diskussion nahm der Referentenentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ein. Es stellte sich insbesondere die Frage, wie mit der geplanten Rücknahme der Zulassungsbeschränkung für Fach-

ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie umgegangen werden soll. Eine kurzfristige flächendeckende Öffnung der Zulassungsmöglichkeiten für die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ist aus Sicht der BVDP-Landessprecher nicht zielführend. Es wäre dann nämlich zu befürchten, dass sich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in einem nach aktuell geltenden Verhältniszahlen schon jetzt überversorgten Gebiet niederlassen. Eine Unterversorgung betrifft aber insbesondere die ländlichen Regionen. Es lässt sich schwer einschätzen, wie groß die Zahl derjenigen ist, die derzeit in Kliniken arbeiten und tatsächlich gewillt sind, sich vertragsärztlich niederzulassen. Zudem könnte es innerhalb der Bedarfsplanungsgruppe (bestehend aus Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern) zu Verwerfungen bei der Versorgung kommen, wenn bei der Aufhebung

der Zulassungsbeschränkung nicht alle Fachgruppen berücksichtigt werden.

Patientengerechte Bedarfsplanung

Einen weiteren versorgungsrelevanten Effekt könnte die ungesteuerte Ausweitung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) der Kliniken haben, denn der Vergleich der Versorgungsdaten von Vertragsärzten unserer Fachgruppen und der von MVZ zeigt ein sehr unterschiedliches Bild. Oft sind die Fallzahlen der klinikbetriebenen MVZ deutlich niedriger als die der vertragsärztlichen Praxen. Zudem ist die Fluktuation der in den MVZ angestellten Ärzte deutlich höher als in der Vertragsarztpraxis. Für den Patienten geht dadurch die Kontinuität „seines“ Arztes oder „seiner“ Ärztin verloren. Die Landessprecher votierten daher für eine am tatsächlichen Bedarf ausgerichtete und ausgewogene Bedarfsplanung. Außerdem wurde festgestellt, dass es aufgrund der engen Verzahnung unserer Fächer weiterhin dringend notwendig ist, die gemeinsame Bedarfsplanungsgruppe (vorerst) zu erhalten. Ohne zusätzliche finanzielle Mittel kann es aus unserer Sicht keinesfalls eine Ausweitung der Sitze geben, denn es kann ja nicht sein, dass wir die Verbesserung der Versorgung aus eigener Tasche bezahlen!

Nachwuchs gewinnen

Ein weiteres großes Thema bildete die Nachwuchsgewinnung. Zwei neue Veranstaltungsformate des BVDP auf dem diesjährigen DGPPN-Kongress wurden vorgestellt: Der Ein-Tages-Workshop



Fester Blick auf die Versorgung (v. li.):
Dr. Christian Vogel,
Dr. Norbert Mayer-Amberg, Dipl.-med.
Marion Nesimi (für
Dipl.-med. Delia Peschel),
Dr. Michael Krebs, Dr. Caterina Jacobs,
Dr. Ulrike Bennemann.

© C. Roth-Sackenheim

„Lass Dich nieder: Wie funktioniert die ambulante Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie?“ (Mittwoch, 28. November 2018, 15:30 – 19:30 Uhr, Raum R6), für den schon erfreulich viele Anmeldungen vorliegen, sowie ein „Speed-Dating“ als „Sprechstunde der Vertragsärzte“ (Donnerstag, 29. November 2018, 17:15 – 18:45 Uhr, Raum M2), bei dem sich die Praxisinhaber den Fragen der Niederlassungswilligen oder Niederlassungsinteressierten stellen und Kontakte für das jeweilige Bundesland knüpfen.

Begrüßt wurde die Tatsache, dass die Delegierten des diesjährigen Deutschen Ärztetags im Mai in Erfurt beschlossen haben, das komplementäre Neurologie-Jahr in der Weiterbildung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beizubehalten. Zum Thema Weiterbildungsinhalte des Zusatztitels „Psychotherapie“ sprachen sich die Delegierten auch für die Verankerung von Kenntnissen bezüglich der Diagnostik und Therapie von schweren chronischen oder hirnergänisch verursachten Erkrankungen aus.

Themen aus den Ländern

Bezüglich der Quartalsplausibilität besteht das Problem, dass einige Praxisverwaltungssysteme die Prüfzeit von 22 Minuten bei gemeinsamem Ansatz einer Ordinationsgebühr und einer GOP 21220 nicht aufgreifen. Im Wesentlichen zeigt sich, dass die Kollegen eine konstruktive regelmäßige Kommunikation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ihrer Bundesländer pflegen und Probleme angesprochen und gelöst werden können. Die Delegierten berichteten zudem über eine partnerschaftliche und konstruktive Zusammenarbeit in den jeweiligen Landesvorständen des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte (BVDN).

In Thüringen ist das ZNS-Konsil unter Beteiligung der KV Thüringen gestartet. Bei guter Akzeptanz des Konzeptes unter unseren Kollegen scheinen die Hausärzte die strukturierten konsiliarischen Anfragen zu ZNS-Themen bisher eher zögerlich anzunehmen. In Anspruch genommen werden kann das ZNS-Konsil aber auch durch Fachärzte anderer somatischer Gebiete.

In Nordrhein ist das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt „Neuro-

Tab. 1: Die aktuellen Landessprecher des BVDP (mit Angabe weiterer Funktionen in den Verbänden)

Baden-Württemberg	Dr. med. Thomas Hug
Bayern	Dr. med. Christian Vogel (2. Vorsitzender BVDP)
Berlin	Dr. med. Michael Krebs
Brandenburg	Dipl. med. Delia Peschel (Vertreten durch Dipl.-med. Marion Nesimi)
Hamburg	Dr. med. Ute Bavendamm
Hessen	Dr. med. Martin Finger (Schatzmeister BVDP)
Mecklenburg-Vorpommern	Dr. med. Caterina Jacobs
Niedersachsen	Dr. med. Mayer-Amberg (Beisitzer BVDP)
Nordrhein	Egbert Wienforth
Rheinland-Pfalz	Dr. med. Wolfgang Rossbach
Saarland	Dr. med. David Steffen
Sachsen	Dr. med. Ulrike Bennemann
Sachsen-Anhalt	Dr. med. Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein	Dr. med. Uwe Bannert
Thüringen	Dr. med. Sabine Köhler (Beisitzerin BVDN)
Westfalen-Lippe	Rüdiger Saßmannshausen (Vertreten durch Dr. med. Michael Meyer)

logisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“ (NPPV) erfolgreich gestartet. Er beinhaltet strukturierte Behandlungspfade bei sechs Indikationen.

Schleppende Anbindung an die Telematikinfrastruktur

Drei Vertreter der Delegierten berichteten über ihre mittlerweile erfolgte Anbindung an die Telematikinfrastruktur, die aber bei Weitem noch nicht störungsfrei laufe. Die BVDP-Vorsitzenden wiesen nochmals darauf hin, dass es laut Aussage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vollkommen unmöglich sei, bis Ende des Jahres alle Praxen an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, da es dafür zu wenig Anbieter und zu wenig Personal gebe. Die ursprünglich angedachte zeitlich gestaffelte degressiv angelegte Förderungssumme ist obsolet, da sich erstens der erwartete Preisnachlass keineswegs einstellt und zweitens die Frist völlig verfehlt wird. Hierzu verhandelt die KBV derzeit mit dem GKV-Spitzenverband nach. Eine von der KV Bayerns initiierte und von der KBV unterstützte Petition spricht sich für eine Verschiebung der

Einführung der Telematikinfrastruktur aus.

Fazit für die Praxis

Aus Sicht der Landessprecher ist die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung im Rahmen des TSVG nicht geeignet, um die Unterversorgung in den ländlichen Regionen zu beheben. Die Bedarfsplanung muss am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet werden und sollte aufgrund der engen Verzahnung der Fächer weiterhin durch eine gemeinsame Bedarfsplanungsgruppe vorgenommen werden. Dem drohenden Fachärztemangel muss durch Nachwuchsgewinnung entgegenwirkt werden. Die Anbindung sämtlicher Praxen an die Telematikinfrastruktur kann realistischweise nicht bis Ende des Jahres gestemmt werden. Alle Mitglieder sind herzlich zur nächsten BVDP-Mitgliederversammlung eingeladen (30. November 2018, 12:00 – 15:00 Uhr, im Raum M4). □

AUTORIN

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

Hier steht eine Anzeige.



Landessprechertreffen des BDN

Ausrichtung auf politische Veränderungen

Die Landessprecher des BDN kamen am 21. und 22. September 2018 in Potsdam zu ihrem jährlichen Arbeitstreffen zusammen, um sich über die berufspolitischen Aspekte des vergangenen Jahres auszutauschen und die inhaltliche Ausrichtung für das kommende Jahr zu erarbeiten.

Wie bereits in den vergangenen Jahren zeigte sich der Stellenwert des BDN-Landessprechertreffens in der nahezu vollständigen Vertretung aller Länder. Es ergaben sich sowohl für einzelne Länder als auch für die Gesamtheit konkrete Handlungskonzepte. Andererseits wurden auch gravierende Unterschiede zwischen einigen Bundesländern deutlich.

Berichte aus den Ländern

Übereinstimmend ergab sich aus den Berichten der Eindruck gestiegener Fallzahlen: Der neurologische Versorgungsbedarf hat weiterhin zugenommen. Aufgrund der demografischen Entwicklung sind in den kommenden Jahren weitere Steigerungen zu erwarten. Dies erscheint umso problematischer, als die meisten Praxen ihre Kapazitäten bereits ausgereizt haben und diese aufgrund der Begrenzung des Zeitvolumens auf 780 Stunden im Quartal nicht erhöhen können. Es wurde lebhaft zu den Abrechnungsprüfungen nach § 106a SGB V („Plausibilitätsprüfung“) und den daraus unterschiedlichen Herangehensweisen der verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bei Überschreitung der Zeitkontingente diskutiert.

Umfangreich besprochen wurde auch die in Bayern erstmals erzielte Vergütung der Anwendung von Botulinumtoxin im Rahmen der „förderungswürdigen Leistungen“ in allen neurologischen Indikationen. Die Debatte zielte unter Berücksichtigung der Besonderheiten einzelner Länder auf Strategien zur Umsetzung einer Vergütung in den anderen KVen.

Neues zum TSVG

Ein weiterer Schwerpunkt der Tagung bestand in der Vorstellung und politischen Bewertung der fachgruppenrelevanten Aspekte des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) durch den Rechtsanwalt Bernhard Michatz, Geschäftsführer der politischen Geschäftsstelle des BVDN in Berlin. Neurologen, Nervenärzte und Psychiater, die zwar den Arztgruppen der „grund- und wohnortnahen Patientenversorgung“ angehören, werden nach aktueller Lesart des Referentenentwurfs und Einschätzung von Experten künftig dennoch nicht verpflichtet, mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden anzubieten. Unklar erscheint, wie sich die Einführung der geforderten 25 Stunden Sprechzeit pro Woche auf die Honorarsituation unserer Fachgruppe auswirken wird. Auch hier zeigt sich insbesondere im ländlichen Raum mit hohen Versorgungszahlen die derzeitige Begrenzung auf ein Zeitvolumen von 780 Stunden im Quartal schädlich.

Gemeinsam diskutiert wurden überdies die möglichen Folgen der vom TSVG vorgesehenen neuen Bedarfsplanung, die künftig für Neurologen und Psychiater getrennt erfolgen soll.

Öffentlichkeitsarbeit

Der 1. Vorsitzende des BDN, Dr. Uwe Meier, berichtete über die Pressekonferenz in Berlin, die einen Tag vor dem Landessprechertreffen stattgefunden hatte, und in der der Spitzenverband ZNS (SPiZ) vor einem „Tsunami“ an Patienten mit psychischen Krankheiten und Hirnerkrankungen gewarnt hatte.

In diesem Zusammenhang berichtete Meier auch über ein vom SPiZ in Auftrag gegebenes Gutachten des „Düsseldorfer Institute for Competition Economics“ (DICE). Dieses hatte große Unterschiede in der Vergütung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sowie Wettbewerbsnachteile durch die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen festgestellt.

Nachwuchsarbeit

Im Rahmen der letztjährigen Tagung waren bereits Ideen zur engeren Bindung junger Kollegen an den Berufsverband zusammengetragen worden. Meier berichtete über die mittlerweile etablierte intensiviertere Zusammenarbeit mit den „Jungen Neurologen“. Es wurde vereinbart, einen Workshop für Konzepte der Nachwuchsförderung einzurichten.

Fazit für die Praxis

Die Tagung der Landessprecher in Potsdam erwies sich auch in diesem Jahr als bedeutende und effektive Veranstaltung in der gemeinsamen Ausrichtung auf veränderte politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Die kommende Tagung der Landessprecher wird im Rahmen der Jubiläumsveranstaltung 2019 zum zwanzigjährigen Bestehen des BDN erneut in Potsdam stattfinden. □

AUTOR

Dr. med. Thomas Gilleßen, München
Landessprecher BDN Bayern

ENTSCHEID DES LANDESSOZIALGERICHTES HAMBURG

Doppelfachärzte dürfen nervenärztliche Grundpauschale abrechnen

☞ Laut Urteil des Landessozialgerichts Hamburg (LSG HH, Az.: L5KA 12/16) vom 2. August 2018 dürfen Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie mit zwei Facharzturkunden die nervenärztliche Grundpauschale EBM-GOP 21213 bis 21215 abrechnen. Ein Kollege aus Hamburg, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie, hatte im Mai 2016 vor dem Sozialgericht Hamburg zunächst verloren. Ihm war von der KV Hamburg (KV HH) mit Bescheid vom August 2014 untersagt worden, die nervenärztliche Grundpauschale abzurechnen. Dies hatte der Kollege ab 2013 getan, weil die GOP 21213 bis 21215 im EBM höher bewertet sind, als die neurologische (16210-16212) oder die psychiatrische Grundpauschale (21210-21212). Die KV KH argumentierte, dass nach dem Wortlaut des EBM nur Nerven- oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie mit einer **gemeinsamen** Facharzturkunde die nervenärztliche Grundpauschale 212130-21215 abrechnen dürfen. Hingegen müssten Doppelfachärzte mit zwei Facharzturkunden, welche die Bezeichnung Facharzt für Neurologie und zusätzlich die Bezeichnung Facharzt für Psychiatrie führen, je nach Krankheitsausrichtung des Patienten entweder die neurologische oder die psychiatrische Grundpauschale verwenden. Auf die Argumentation des Kollegen, dass das Tätigkeitsspektrum des Nervenbeziehungsweise Facharztes für Neurologie und Psychiatrie identisch ist mit dem Tätigkeitsspektrum des Doppelfacharztes ließ

sich die KV HH aus rechtssystematischen Gründen (wörtlicher Wortlaut des EBM) nicht ein. Wie bereits mehrfach im NeuroTransmitter berichtet, vertritt etwa die Hälfte der Länder-KVen diese Auffassung, während in den anderen KVen auch Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie die nervenärztliche Grundpauschale abrechnen dürfen – in einzelnen KVen sogar müssen. Hierzu haben wir vor Jahren schon eine Umfrage durchgeführt, deren Ergebnis auch der KBV bekannt ist. Bereits seit vielen Jahren tritt der BVDN gegenüber der Honorarabteilung der KBV dafür ein, dass Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie ebenfalls die nervenärztliche Grundpauschale verwenden dürfen. Es wurde dem BVDN schriftlich und mündlich mehrfach bestätigt, dass die KBV ebenfalls unserer Auffassung ist. Dies umzusetzen obliege jedoch dem Bewertungsausschuss beziehungsweise der geplanten Neufassung des EBM. Zu beidem kam es bekannterweise seit Jahren nicht.

Das LSG HH interpretierte nach der nun vorliegenden Urteilsbegründung den EBM-Text offenbar noch wortwörtlicher als das Sozialgericht Hamburg und die KV HH. Es arbeitete sich sehr eingehend in die verschiedenen historischen Versionen der fachärztlichen neurologischen und psychiatrischen Weiterbildungsordnungen auf Landes- und Bundesebene ein, inklusive der wiederholten und nun endgültigen Abschaffung des Nervenarztes und der zeit-



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

»Die nervenärztliche Grundpauschale für Doppelfachärzte sollte eigentlich selbstverständlich sein.«

weiligen Wiedereinführung des „kleinen Nervenarztes“. Ein weiterer Argumentationsstrang des LSG HH war die Tatsache, dass Nerven- und Doppelfachärzte – Facharzt für Neurologie **plus** Facharzt für Psychiatrie – das gleiche Tätigkeitsspektrum an der gleichen Patientenpopulation ausüben: „Aufgrund seiner berufsrechtlichen Anerkennung in diesen beiden Facharztgruppen steht ihm indes die Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie zu. Der Senat folgt den Ausführungen der Klägerseite darin, dass die Auslegung des EBM nur diesen Schluss zulässt (1) und dass andernfalls ein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG gegeben wäre (2).“ ... wobei schon die Auslegung nach dem Wortlaut – eingedenk der dargelegten historischen Entwicklung – unter Berücksichtigung der Semantik der Facharztbezeichnungen den Schluss nahelegt, dass der Kläger nicht **WIE** ein Neurologe und Psychiater zu behandeln ist, sondern dass er schlicht einer **IST**.“ „Wegen der Dauer der Ausbildung und der damit verbundenen Hürden, beide Facharztweiterbildungen zu durchlaufen, sind in der Folge auch kombinierte Facharztweiterbildungen angeboten worden, die in zwei Facharztprüfungen münden und dann zumindest in der ärztlichen Umgangssprache zu der Bezeichnung „Doppelfacharzt für Neurologie und Psychiatrie“ geführt haben (vgl. „Gut strukturierte kombinierte Ausbildung für den Doppelfacharzt“: NeuroTransmitter



Doppelfachärzte werden in einigen KVen bei der Ansetzung der Grundpauschalen weiterhin benachteiligt.

2015, 26 ff.)“. Die Revision wurde nicht zugelassen.

Die vom LSG HH beigeladene KBV vertrat übrigens vor Gericht im Gegensatz zu der gegenüber dem BVDN geäußerten positiven Auffassung die Negativmeinung der KV HH.

Kommentar: Soviel zum Thema *Verlässlichkeit der KBV*. Den Ausführungen des LSG Hamburg ist nichts hinzuzufügen. Wir dürfen gespannt

darauf sein, ob die KV Hamburg vor dem Bundessozialgericht (BSG) gegen die Nichtzulassung der Revision klagt. Der Rechtsweg des betroffenen Kollegen dauert nun schon fünf Jahre. Mit aus diesem Grund hatte der BVDN auf den Rechtsweg verzichtet, weil er auch auf die Einlassungen der KBV vertraute und mit einer baldigen Klarstellung der nervenärztlichen Abrechnungsbedingungen für Doppelfachärzte rechnete. Falls die KV HH auf die

Revision verzichtet, müsste sie zumindest dem Kläger das entgangene Honorar ab 2013 nachzahlen. Zukünftig müsste sie auch den hamburgischen Doppelfachärzten für Neurologie und Psychiatrie die Abrechnung der nervenärztlichen Grundpauschale 21213-21215 erlauben. Fraglich ist dann immer noch, wie die anderen bisher negativ eingestellten KVen reagieren. Wir werden berichten und uns für die betroffenen Kollegen einsetzen. **gc:**

ÄRZTEMONITOR 2018

KBV befürchtet Arztzeitmangel

Das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (Infas) hat im Frühjahr 2018 im Auftrag der KBV und des NAV-Virchow-Bundes zum vierten Mal über 10.000 niedergelassene Ärzte befragt. Sie sollten Auskunft geben über die Einstellung zu ihrem Beruf. Erneut stellte sich heraus, dass 90% der Ärzte und 97% der Psychotherapeuten mit ihrem Beruf im Großen und Ganzen zufrieden sind, wenngleich manche Rahmenbedingungen als bedenklich und schwierig kritisiert wurden. 85% würden den Beruf wieder ergreifen. 70% halten die erfahrene Anerkennung für ihren Einsatz und die Anstrengungen im Beruf für angemessen. 57% der Befragten Kollegen gaben an, für die Behandlung ihrer Patienten oft nicht genug Zeit zu haben, bei den Psychotherapeuten waren es 32%. Ein Drittel der Ärzte berichtete über ein Gefühl des Ausgebranntseins durch die Arbeit. Schon bei der Beschäftigungsstruktur zeigten sich jedoch Ergebnisse, die früher so nicht zu beobachten waren: Etwa ein Drittel der Kollegen war angestellt, ein Viertel arbeitete in Teilzeit. Ein Achtel der Befragten arbeitete in einem MVZ, die Hälfte in einer Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft. Diese waren tendenziell auch zufriedener. Die Ärzte behandelten im Durchschnitt etwa 45 Patienten pro Tag. Die Wochenarbeitszeit wurde mit durchschnittlich 51 Stunden angegeben (Einzelpraxen: 52 Stunden; MVZ: 48 Stunden). Im direkten Patientenkontakt in der Sprechstunde verbrachten die Befragten allerdings nur 33 Stunden, für Hausbesuche 3,5, für Bereitschaftsdienst 2,5, für Weiterbildung 2,3, für Verwaltung 7,5 und die Anleitung des Praxisteams 1,7 Stunden. 40% der Kollegen berichteten über Erfahrung mit

verbaler Gewalt in der eigenen Praxis, 6% schalteten die Polizei ein. Dass körperliche Gewalt in Praxen in den letzten fünf Jahren zugenommen hat, meinten 45% der Ärzte. Seit Beginn ihrer Praxistätigkeit machten 25% der Kollegen selbst Erfahrung mit konkreter körperlicher Gewalt, so viele schalteten auch die Polizei ein. Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern über Entlassungsbriefe verbesserte sich in den letzten Jahren bei 35% der Kollegen geringfügig. 50% beklagen eine schlechte Qualität der Arztbriefe aus dem Krankenhaus. Einzelpraxen versorgten im Schnitt 1.100 GKV-Patienten, Gemeinschaftspraxen 3.100. Der Anteil der Privatpatienten lag bei 8–10%. Mit der wirtschaftlichen Situation eher zufrieden zeigten sich im Mittel 55%, in Gemeinschaftspraxen etwas häufiger. Eher unzufrieden waren 25%, sehr zufrieden 12%. Neurologen und Psychiater lagen bei den oben gegebenen Antworten etwa in der Mitte. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeuten waren etwas zufriedener mit ihrem Beruf und den Arbeitsbedingungen als der Durchschnitt. Andererseits klagten Psychiater häufiger über Zeitmangel im Kontakt mit ihren Patienten als andere Ärzte. Neurologen hatten etwas längere Wochenarbeitszeiten als der fachärztliche Durchschnitt, insbesondere wegen zeitaufwändigerer Verwaltung. Für Hausbesuche und Bereitschaftsdienste benötigten Fachärzte insgesamt weniger Zeit. Neurologen und Psychiater behandelten pro Tag deutlich weniger Patienten als der durchschnittliche Facharzt. Dies ist bekannt und schlägt sich in deutlich niedrigeren Quartalsfallzahlen nieder. Mit verbaler und körperlicher Gewalt mussten Neurologen



© Les Cumilffe / Fotolia

Teilzeitmodelle und angestellte Ärzte – die Gesamtarztzeit geht zurück.

und vor allem Psychiater häufiger Erfahrung machen als übrige Fachgruppen. In Psychiaterpraxen ist der Anteil von Privatpatienten etwas niedriger. Die Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Praxissituation liegt bei Neurologen und Psychiatern etwa im Durchschnitt.

Kommentar: Der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen befürchtet zurecht, dass die für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehende Gesamtarztzeit durch die Zunahme von angestellten Ärzten auf Bedarfsplanungssitzen und Teilzeitmodellen deutlich abnimmt. So habe die durchschnittliche Wochenarbeitszeit vor etlichen Jahren noch 56 Wochenstunden, 2018 aber nur noch 51 Stunden betragen. Dies spiegelt eine sich verändernde Einstellung der Ärzteschaft im Einsatz für den Beruf wieder. Viele Ärzte seien nicht mehr bereit, Lebensqualität und Zeit für die Familie den überhöhten beruflichen Anforderungen wie bisher unterzuordnen. **gc**



INFORMATIONSPFLICHT

Bedrohlicher Befund: Patient muss immer informiert werden

Ein Arzt muss dafür Sorge tragen, dass sein Patient unter allen Umständen von bedrohlichen Befunden erfährt – auch wenn der Patient schon länger nicht mehr in der Praxis war. Dies entschied der Bundesgerichtshof (BGH) am 26. Juni 2018 (Az.: VI ZR 285/17). Im vorliegenden Streit verlangte ein Mann von seiner langjährigen Hausärztin Schmerzensgeld und Schadenersatz. Sie hatte ihn wegen Schmerzen im linken Bein und Fuß an einen Facharzt überwiesen. Später wurde ein Geschwulst in der Kniekehle entdeckt, das bei einer Operation entfernt wurde. Dass es sich bei dem Geschwulst um einen bösartigen Tumor handelte, teilte die Klinik ausschließlich der Hausärztin mit. Die Hausärztin sprach den Mann erst knapp eineinhalb Jahre später darauf an, als dieser das nächste Mal die Praxis aufsuchte. Er benötigte danach weitere Krankenhausaufenthalte und Operationen. Das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf wies die Klage des Patienten ab. Die Richter hielten es für nachvollziehbar, dass die Ärztin nichts unternommen hatte,

da sie zum damaligen Zeitpunkt nicht mehr in die Behandlung eingebunden gewesen sei.

Diese Auffassung teilte der Bundesgerichtshof (BGH) nicht: Der Arztbrief mit der Aufforderung, den Patienten in ein onkologisches Spezialzentrum zu überweisen, sei ausschließlich an sie gerichtet gewesen. Zwar habe die Hausärztin die Behandlung an die Facharztpraxis abgegeben, dem Arztbrief hätte sie jedoch entnehmen müssen, dass die Klinik irrtümlicherweise sie für die behandelnde Ärztin hielt. Sie hätte den Arztbrief nicht ignorieren und eine Gefährdung ihres Patienten hinnehmen dürfen, denn auch nach einer Überweisung treffe Ärzte eine „nachwirkende Schutz- und Fürsorgepflicht“. Gerade in ihrer koordinierenden Funktion als Hausärztin hätte sie die Information weitergeben müssen. Der Arzt müsse den Informationsfluss aufrechterhalten, wenn nicht eindeutig sei, dass die Information auch den Patienten oder den weiterbehandelnden Arzt erreicht habe. Hausärzte müssten

zudem damit rechnen, von langjährigen Patienten als Ansprechpartner für das Krankenhaus angegeben zu werden. Da es sich darüber hinaus um einen „bedrohlichen Befund“ gehandelt habe, war der Anlass zu umgehender weiterer Behandlung gegeben. Daher liege ein „schwerer ärztlicher Behandlungsfehler“ vor. In solchen Fällen müssten Ärzte den Patienten kurzfristig einbestellen.

Der BGH verwies den Streit zurück an das OLG. Die Bewertung des Fehlers als „grob“ führt nun zu einer Beweislastumkehr. In der Neuverhandlung muss die Hausärztin nachweisen, dass es auch bei einer sofortigen Information über den Befund zu einem Rezidiv des Tumors gekommen wäre.

Anmerkung: Auch für unsere Fachgruppen ist dieses Urteil von großer Relevanz. Gerade bei chronisch kranken Patienten sind wir oft das „Äquivalent zum Hausarzt“ und übernehmen so ebenfalls eine Koordinierungsfunktion, die diesem Urteil zufolge auch eine große Sorgfaltspflicht mit sich bringt. **bm**

KEINE BEGÜNSTIGTE NEBENTÄTIGKEIT

Vergütung für Lehrärzte ist steuerpflichtig



Lehrärzte müssen die Vergütung für ihre Tätigkeit versteuern.

Lehrärzte müssen die Vergütung versteuern, die sie für die Ausbildung von Medizinstudierenden im praktischen Jahr erhalten. Dies hat das Finanzgericht Schleswig-Holstein am 14. März 2018 entschieden (Az.: 2 K 174/17). Diese Vergütung fällt nicht unter § 3 Abs. 26 des Einkommensteuergesetzes (EStG) und ist daher nicht steuerfrei, wie es Vergütungen für nebenberufliche Tätigkeiten, beispielsweise bei Übungsleitern, Ausbildern oder Erziehern sind.

Dem Urteil lag folgender Sachverhalt zu Grunde: Ärzte einer Gemeinschaftspraxis hatten einen Vertrag mit einer Universität geschlossen, in dem die Universität den Ärzten Studierende zuwies und sie beauftragte, unter Berücksichtigung der Approbationsordnung Lehraufgaben zu übernehmen. Für die dafür erhaltene Vergütung

machten die Ärzte eine Steuerbefreiung geltend.

Das Finanzgericht lehnte dies ab. Zwar handele es sich um eine Ausbildungstätigkeit im Sinne des § 3 Abs. 26 EStG. Es liege aber keine begünstigte Nebentätigkeit vor, weil es keine inhaltliche, zeitliche und organisatorische Trennung der hauptberuflichen Tätigkeit als Arzt und der nebenberuflichen Tätigkeit als Lehrarzt gebe. Die Tätigkeiten überschneiden sich inhaltlich und zeitlich, da mit der Behandlung der Patienten unter Anwesenheit der Medizinstudenten gleichzeitig Haupt- und Nebenberuf ausgeübt würden. Auch organisatorisch seien die Tätigkeiten eng miteinander verzahnt. Während der Patientenbehandlung würden die Ärzte zusätzlich zu den Unterweisungen lediglich Vor- und/oder Nachbesprechungen mit den Studenten durchführen. **bm**

Digitale kollegiale Beratung

ZNS-Konsil startet in Thüringen

Digitale Medien haben in alle Bereiche Einzug gehalten und können zunehmend auch speziell in strukturschwachen Gebieten die Patientenberatung erleichtern. Über eine gesicherte Plattform können Erstbehandler eine Therapieempfehlung von neurologischen oder psychiatrischen Fachkollegen einholen.

Übervolle neurologische und psychiatrische Praxen, Druck durch Terminservicestellen und Erwartungen der Patienten, jederzeit medizinische Hilfe zu bekommen – in diesem Spannungsfeld bewegen wir Vertragsärzte uns derzeit. Gleichzeitig nutzen wir in vielen Lebensbereichen die Möglichkeiten moderner, internetbasierter Systeme. Wir recherchieren schnell und unkompliziert mit unseren digitalen Endgeräten sowohl wissenschaftliche Details als auch konsumorientierte Aspekte.

Start schon im September

Die Entwicklung einer Behandlungsform unter Nutzung der modernen Kommunikationsformen, die in unseren Alltag bereits Einzug gehalten haben, war überfällig und so entstand das ZNS-Konsil durch die gemeinsame Arbeit der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP zusammen mit der Firma Monks. Anfang September fiel der Startschuss für diese innovative Form der gemeinsamen Behandlung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen durch Haus- und Fachärzte in Thüringen.

Die zunehmende Morbidität in der alternden Bevölkerung sowie die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage und Beratungen aufgrund psychischer Erkrankungen werden in Thüringen wie in vielen Bundesländern viel diskutiert.

In Thüringen sind insgesamt 60 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie (= Nervenärzte), 29 Neurologen und 30 Psychiater in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen sowie in Medizinischen Versorgungszentren tätig. Häufig ist der Hausarzt erster Ansprechpartner und Behandler bei einer neurologischen oder psychischen Erkrankung. Obwohl Thüringen mehrere mittelgroße städtische

Zentren mit einem vielfältigen neuropsychiatrischen Angebot hat, können die Ärzte dort die hohe Nachfrage nach Terminen in den Praxen genauso wenig befriedigen wie die Kollegen in den ländlichen Gebieten.

Vernetzte Versorgung soll Facharztpraxen entlasten

Bei dem ZNS-Konsil handelt es sich um ein Versorgungsprojekt für die niedrigschwellige fachärztliche Behandlung im neurologischen und psychiatrischen Bereich. Dabei soll eine leitliniengerechte Behandlung angestrebt werden, ohne zwangsläufig einen Termin für eine Face-to-Face-Behandlung beim Facharzt abwarten zu müssen. Haus- oder Fachärzte anderer Fachrichtungen können über eine sichere Datenplattform eine Konsilanfrage an einen Spezialisten (Nervenarzt, Neurologen oder Psychiater) stellen und bekommen innerhalb einer definierten Zeit eine Rückmeldung mit Diagnose- und Behandlungs-

empfehlungen. Durch diese vernetzte Versorgung können die Termin- und Zeitressourcen in den Facharztpraxen entlastet werden und die Patienten bekommen schneller die leitliniengerechte Therapie für ihre Erkrankung. Chronifizierung und lange Zeiten des Arbeitsausfalls können durch zeitnah einsetzende Behandlung verhindert werden.

Selektivvertrag nach § 140a SGB V

Zusammen mit der KV Thüringen und der Barmer-GEK konnte ein Selektivvertrag nach § 140a SGB V geschlossen werden, der die vernetzte Versorgung unter Nutzung des ZNS-Konsils für die Patienten in Thüringen ermöglicht. Überdies gibt es mittlerweile mit weiteren Krankenkassen Gespräche, das ZNS-Konsil auch deren Versicherten zugänglich zu machen.

Für folgende Diagnosen wurde die Nutzung des ZNS-Konsils in Thüringen vereinbart:

- Depression
- Demenz

Das ZNS-Konsil in Thüringen ist bereits Anfang September gestartet.



© agenturfotografin / Adobestock (Symbolbild mit Fotomodell(en))

Kostenlos inserieren!

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

Ihre Anzeige sollte nicht länger als maximal 300 Zeichen (mit Leerzeichen) sein. Diese senden Sie bitte ausschließlich per E-Mail (Fax/telefonische Aufgabe von Anzeigen und Chiffre nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvdn.bund@t-online.de.

Bei aktueller Mitgliedschaft wird Ihre Anzeige in der nächsten Ausgabe abgedruckt.

Einsendeschluss für den nächsten

NeuroTransmitter ist der 30. November 2018!

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

Praxisbörse

Nervenärztliche Einzelpraxis (Neurologie/Psychiatrie/ Psychotherapie) in Landau/Pfalz wartet auf engagierten Nachfolger (m/w). Abgabe der umsatzstarken Praxis aus Altersgründen bald oder später. Alle Übernahmearten möglich. Geeignet für Nervenärzte, Psychiater oder Neurologen bzw. „1/2“ Neurologen zusammen mit „1/2“ Psychiater. Bereitschaftsdienst durch die Notdienstzentrale geregelt. Exzellente Verkehrsanbindung an die umliegenden Kultur- und Produktionszentren (Mannheim, Ludwigshafen, Baden-Baden, Karlsruhe, Heidelberg; Frankreich in 15 km Entfernung), 2 Allgemeinkrankenhäuser in der Stadt, zwei psychiatrisch/neurologische Kliniken in der Nähe, Universität, Schulen aller Art etc.

Kontakt: 0151 63354407

Gutgehende, neurologisch orientierte Nervenarztpraxis in nordbayerischer Kleinstadt abzugeben. Qualifizierte, langjährig zusammenarbeitende Mitarbeiterinnen, zentrale Lage, Parkmöglichkeiten, gute Verkehrsanbindung.

Kontakt: dr-reichwein@web.de

Karlsfeld bei München: FA für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenarzt (m/w) für langfristige Mitarbeit in gut eingeführter Praxis gesucht. Ab Frühjahr 2019. Teilzeit zirka 20 bis 25 Stunden.

Kontakt: psychiatrie-karlsfeld@gmx.de

Nervenarzt oder Psychiater (m/w) ab sofort oder später für meine ausbaufähige, langjährig etablierte Nervenarztpraxis in Bruchsal mit Schwerpunkt Psychiatrie zur Kooperation und/oder Praxisübernahme gesucht.

Kontakt: ute.schwarze@dgn.de (Tel. 07257 930055)

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

GE Logiq 7 Pro, 12/2005, mit 10L Linearsonde (3,5–12,0 MHz), 8 C Mikrokonvexsonde (4,0–11,0 MHz), 3 S Sektorsonde (1,5–3,6 MHz) in voll funktionstüchtigem Zustand, VHB 2.000 €. Passend dazu neuwertiges Handypod-Pro-Dopplerhandgerät mit 4- und 8-MHz-Sonde samt Vasoview-Software hd-pro Version 1.30 für 800 €. Schwarzer Topas Neurophysiologischer Messplatz EMG/NLG/EP mit VEP-Monitor, 2006, mit Messwagen, PC, ohne Drucker, VHB 750 €

Kontakt: 0461 503900 (Dr. Thomas King)

Suche gebrauchtes Dopplergerät extrakraniell.

Kontakt: 07144 15525 (Dr. J. Oberer)

— Multiple Sklerose
— Kopf- und Gesichtsschmerz
Anfang September fand die Einführungsveranstaltung vor allem für unsere nervenärztlichen, neurologischen und psychiatrischen Kollegen statt. Einige Hausärzte waren allerdings bereits neugierig und nahmen an dieser Veranstaltung ebenfalls teil. In den kommenden Wochen werden Informationsveranstaltungen für die Hausärzte stattfinden, denn diese initiieren bei Bedarf die Konsilanfrage an den Spezialisten.

Es fallen keine Kosten an

Voraussetzung für die Teilnahme des Vertragsarztes am Projekt ist nur ein Internetzugang. Die Teilnahme ist **nicht** mit Kosten verbunden, auch fallen keine zusätzlichen Hardware-Kosten an.

Wie funktioniert das ZNS-Konsil?

Besteht der Verdacht auf eine der genannten Erkrankungen oder wurde diese diagnostiziert und bedarf der weiteren fachärztlichen Behandlung, kann der Hausarzt (oder auch Gynäkologe, Internist, Urologe etc.) eine Diagnostik- oder Therapieempfehlung von einem Spezialisten mittels ZNS-Konsil anfordern. Der anfragende Arzt nutzt die gesicherte Plattform der KV Thüringen. Über den Link „ZNS-Konsil“ kann er für seinen Patienten den erarbeiteten Diagnosealgorithmus erreichen. Nach der Eingabe der Patientendaten wird dieser an einen Experten versendet. Innerhalb einer definierten kurzen Zeit wird der Fachkollege reagieren, indem er zur Diagnosesicherung eventuell noch notwendige Angaben (z. B. Laborwerte, Zusatzangaben, MRT-Befund etc.) erbittet und dann eine Therapieempfehlung geben kann. Als Experte erklärt man über ein Ampelsystem seine Bereitschaft und Möglichkeit, eingehende Anfragen in der vorgeschriebenen Zeit zu beantworten. Bei Urlaub, Krankheit oder hohem Arbeitsaufkommen im Praxisalltag hat man also die Möglichkeit, dies durch „rot“ anzuzeigen.

Zusatzvergütung

Für die Bearbeitung des ZNS-Konsils wurde eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung mit der Barmer-GEK vereinbart, die über die Quartalsabrechnung

der KV gezahlt wird. Dafür wurden Pseudoziffern generiert. Der Facharzt erhält 40 € pro Konsil.

Anerkennung und Förderung durch Thüringer Landesregierung

Das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie rief im vergangenen Jahr zur Bewerbung um eine finanzielle Förderung von innovativen Versorgungsprojekten unter telemedizinischer Nutzung auf. Mit dem ZNS-Konsil konnten wir trotz konkurrierender Projekte der Universitätsklinik und eines großen Versorgungskrankenhauses die höchste Förderstufe erreichen. Somit konnte dem durch die Berufsverbände der niedergelassenen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater entwickelten innovativen Versorgungsmodell ein Start ermöglicht werden. Die Weiterentwicklung dieses Projektes ist nun unsere Aufgabe:

- Verhandlung mit weiteren Krankenkassen
- Etablierung des ZNS-Konsils auch in den anderen Bundesländern – Verhandlungen dafür sind in der KV-Nordrhein fortgeschritten
- Nutzung des ZNS-Konsils auch für die bereits erarbeiteten Krankheitsmodule: Angsterkrankung, Psychosen, Epilepsie, Morbus Parkinson, Schlaganfallfolgen

Im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates zur bedarfsgerechten Steuerung im Gesundheitswesen wird eine Erleichterung der Etablierung der in Selektivverträgen erprobten Neuerungen in die Regelversorgung gefordert. Die Beratung mittels ZNS-Konsil wäre eine solche Versorgungsform, die lange Wartezeiten verhindert, Doppelbehandlungen unnötig macht und Versorgung im ländlichen Raum erleichtern kann. □

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Bürokratie

Täglicher Bürokratieaufwand belastet Praxen weiterhin stark

Mehr Zeit für die Behandlung der Patienten und weniger unnötige Bürokratie wünschen sich Ärzte schon seit langer Zeit. Doch die aktuelle Auswertung des Bürokratieindex zeigt: Es tut sich wenig. Wegfallende oder vereinfachte Formulare werden an anderer Stelle durch neue Formulare ersetzt. Die Datenschutzgrundverordnung und die Telematikinfrastruktur führen vermutlich zu neuen bürokratischen Herausforderungen.

An dieser Stelle haben wir bereits mehrfach über das Thema Bürokratie im Gesundheitswesen berichtet (vgl. zuletzt *NeuroTransmitter*. 2017;28(7–8): 19–21). Mehr Zeit für die Patientenbehandlung, größere Unabhängigkeit von Vorschriften und höhere Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung sind ja langjährige Forderungen der Ärzteschaft. Sie betreffen Nervenärzte in gleicher Weise oder in noch stärkerem Umfang als andere Fachgebiete oder Wirtschaftsbereiche. In einer ausdifferenzierten Industrienation, die über 10% ihres Bruttoinlandsprodukts in das Gesundheitswesen investiert, das gleichzeitig solidarisch sein soll, wird das Thema Bürokratie natürlich niemals völlig zu vermeiden sein. Aber die Entwicklung im Verlauf sollte beobachtet werden, um bei ungünstigen Veränderungen rasch gegensteuern zu können.

Bereits im letzten Jahr haben wir in diesem Kontext den Bürokratiekostenindex (BKI) des Statistischen Bundesamtes vorgestellt. Der seit 2012 bestehende BKI soll die Belastung in der Wirtschaft durch den täglichen „Papierkram“ greifbar machen und zeigen, wie sie sich im Zeitverlauf entwickelt. Im Blickfeld des BKI stehen also Belastungen, die den Praxen (aber auch Unternehmen) entstehen, sofern diese aufgrund bundesrechtlicher Regelungen, Gesetze oder – im Gesundheitswesen – durch Informationspflichten entstehen. Im Verlauf und im Vergleich zum letzten Jahr zeigt sich, dass die Last durch Bürokratie seit 2012 etwas abgenommen hat, aber spätestens seit einem Jahr wieder

auf hohem Niveau stagniert (Tab. 1). Der Nachteil des BKI ist, dass er leider nicht spezifisch genug für die Situation im Gesundheitswesen ist.

Während für die Krankenhäuser zuletzt das Entlassmanagement ein wichtiges Thema war, standen für die Praxen die Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und die Telematikinfrastruktur (TI) im Mittelpunkt. Die Auswirkungen der TI auf laufende Prozesse in der Praxis sind gegenwärtig noch gar nicht abschätzbar. Mit der im Gesundheitswesen lange geforderten Digitalisierung erhoffte man sich prinzipiell eine Verbesserung der medikamentösen Versorgung, aber auch sonstige Effizienzsteigerungen und einen Netto-Bürokratieabbau. Im

aktuellen Ausbaustand der TI wurde seit 2016 der Medikationsplan sichtbar, der aktuell meist noch in Papierform verwendet wird. Er spielt für den durchschnittlichen Nervenarzt aber vermutlich noch keine große Rolle. Nach der derzeit laufenden Integration der „Konnektoren“ in die EDV-Infrastruktur noch bis Ende 2018 (und vermutlich darüber hinaus) wird in 2019 das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) sichtbar werden. Es ist zu erwarten, dass vermutlich vorwiegend die Arzthelferinnen durch ein um bis zu 45 Sekunden verzögertes Einlesen der Karten belastet sein werden. Damit ist eher von einer Netto-Bürokratiebelastung auszugehen. Aktuell soll durch eine Petition an den

Der Zeitaufwand für nicht ärztliche Tätigkeiten ist in den Praxen nicht geringer geworden – leider!



Tab. 1: Entwicklung des Bürokratiekostenindex seit Einführung bis zur Gegenwart (Januar 2012 = 100)

Jahr	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Januar	100,00	100,28	100,32	100,02	99,10	98,99	99,19
Februar	–	100,29	100,33	100,02	99,10	98,97	99,19
März	–	100,25	100,33	100,23	99,01	98,97	99,11
April	–	100,26	100,33	100,22	99,08	98,94	99,11
Mai	100,27	100,30	100,31	100,22	99,07	98,94	99,13
Juni	100,30	100,30	100,40	98,99	98,97	99,16	99,13
Juli	100,24	100,32	100,40	99,00	98,98	99,21	...
August	100,25	100,33	100,41	98,72	98,71	99,18	...
September	100,21	100,32	100,35	98,70	98,71	99,03	...
Oktober	100,23	100,32	100,36	98,79	98,73	99,17	...
November	100,25	100,31	100,08	99,10	98,72	99,17	...
Dezember	100,27	100,31	100,13	99,10	99,00	99,11	...

Quelle: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Buerokratiekosten/Tabellen/Buerokratiekostenindex.html>; Zugriff 6.9.2018 um 14:35 Uhr

Bundestag eine weitere zeitliche Verschiebung der Einführung der TI erwirkt werden. Leider wurden im E-Health-Gesetz von 2015 weitere neue Informationspflichten lanciert. Deren bürokratischer Effekt wird vermutlich erkennbar werden, sobald die weiteren Funktionen der TI, wie der E-Arztbrief oder der Notfalldatensatz in den Alltag der Vertragsärzte Einzug halten.

Datenschutzgrundverordnung

Konkret erhöht die seit Mai 2018 geltende DSGVO – bei konsequenter Umsetzung – in vielen Praxen den Dokumentationsaufwand (vgl. NeuroTransmitter. 2018;29(6):18–20). Als Minimalstandard mussten einige Dokumente neu erstellt oder vorhandene Dokumente auf die individuelle Praxissituation angepasst und seither verwendet werden. In der Praxis

waren die neuen Dokumente in der Regel umfangreicher als zuvor und zogen zum Teil mehr Nachfragen der Patienten nach sich. Für Arzthelferinnen ist es wegen des Datenschutzes schwerer geworden, das Ersatzverfahren bei vergessenen Krankenversicherungskarten einzuleiten.

Eine wertvolle Informationsquelle zum Bürokratieaufwand ist die KBV. Deren „Ärztemonitor“, der nun bereits zum vierten Mal veröffentlicht wird, ist eine gemeinsame Initiative mit dem NAV-Virchow-Bund sowie der Brendan-Schmittmann-Stiftung und wird vom Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) in Form von Telefoninterviews mit über 10.000 Ärzten und Therapeuten durchgeführt. Hierbei geht es aber nicht nur um Bürokratie, sondern allgemein um das Stimmungsbild der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. In diesem Jahr sorgten Aussagen über zunehmende Gewalt in den Praxen für einige Diskussion. Im Themenfeld Bürokratie hat der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten wieder leicht zugenommen, die nach eigener Einschätzung nicht ausreichend Zeit für die Patientenversorgung haben. Die bisher bekannt gewordenen Planungen zum Terminalservice- und Versorgungsgesetz lassen erahnen, dass hier weitere Herausforderungen auf die Praxen zukommen werden. Aktuell bereitet die KBV ein Symposium vor, bei dem sinnvolle Maßnahmen für einen wirkungsvollen Bürokratieabbau und verbindliche Ziele diskutiert werden sollen.

Während der „Ärztemonitor“ eher die subjektive Belastung misst, stellt der Bürokratieindex (BIX, **Abb. 1**), ebenfalls von der KBV (zusammen mit der Fachhochschule des Mittelstandes, FHM) entwickelt, ähnlich wie der BKI eine Datensammlung nach dem Standardkostenmodell (SKM, wir berichteten 2017) dar. Er ist aber stärker auf die Bedürfnisse von Ärzten zugeschnitten. Im aktuellen BIX wurden insgesamt 383 (!) Informationspflichten aus folgenden Bereichen berücksichtigt:

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- KBV und besondere Kostenträger

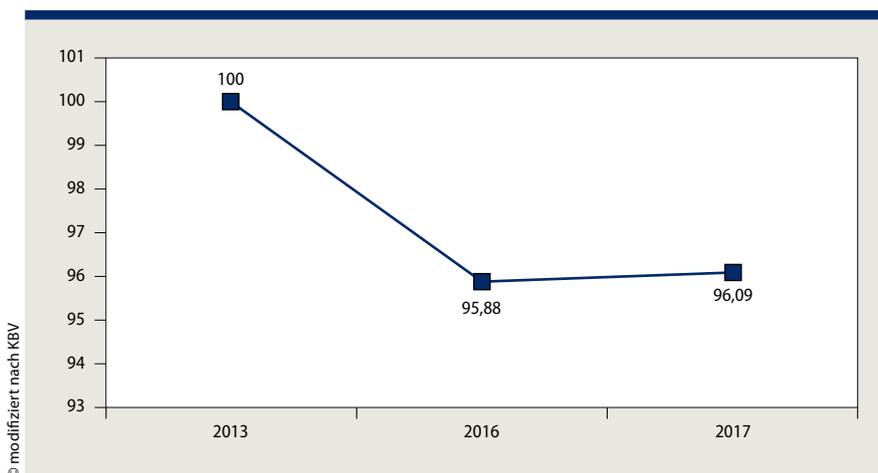


Abb. 1: Bürokratieindex 2013/2016/2017. Betrachtung nach Nettostunden in Punkten.

¹http://www.kbv.de/media/sp/BIX2017_Projektbericht.pdf, Zugriff am 9.9.2018 um 11:23 Uhr
²https://www.gesundheitswirtschaft-rhein-main.de/fileadmin/content/Downloads/Studien/web_gwrm-Studie_20171201.pdf, Zugriff am 8.9.2018 um 14:33 Uhr.

Die Informationspflichten betreffen vor allem die Qualität der Versorgung, aber auch allgemein die Umsetzung von Verordnungen, Bescheinigungen, Auskünften an Kostenträger, ohnehin anfallende Formulare wie die Überweisung und sonstige Pflichten. Die aktuellen Daten zeigen wie zuvor, dass über 90 % aller bürokratischen Belastungen durch nur 6,5 % der „Top-Pflichten“ ausgelöst werden. An der Spitze liegen die unvermeidlichen Überweisungen, gefolgt von über 26 Millionen Auskünften an die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sowie sonstige Kostenträger. Es wurden 2017 weiterhin über 54 Millionen Arbeitsstunden für administrative Tätigkeiten aufgefressen, etwa sieben Stunden pro Woche¹. Auch hier zeigt sich, ähnlich wie im BKI, im Verlauf eine leichte Zunahme, in konkreten Zahlen um 0,21 %, entsprechend 54,16 Millionen Nettostunden oder 60 Nettoarbeitsstunden pro Praxis.

Als Top-Belastung aus unserem Bereich nennt der BIX das Formular Krankenbeförderung, die (bereits schon wieder geänderte) individuelle Patienteninformation zur Psychotherapie und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Inzwischen können Ärzte und Therapeuten auf einem Online-Forum der KVB ihre konkreten Probleme mitteilen, sofern sie über das interne kv-safenet-Portal angemeldet sind. Neben den bundesweiten Institutionen gibt es einige Initiativen der Bundesländer zu diesem Thema. Die Initiative Gesundheitswirtschaft Rhein-Main (GWRM) stellte im Januar 2018 in ihrer Untersuchung „Bürokratie und Deregulierung im Gesundheitswesen“ fest, dass sich Ärzte im Schnitt immer noch bis zu drei Stunden am Tag mit administrativen Tätigkeiten beschäftigen müssen. Als Verursacher wird in erster Linie der MDK genannt² und unter anderem die Einsetzung einer Task-Force empfohlen.

Reduktion von Bürokratie?

In der zusammenschauenden Betrachtung und Analyse der allfälligen Veränderungen im Gesundheitswesen sind jedoch auch bürokratische Verbesserungen, Vereinfachungen oder veränderte Formulare erwähnenswert: So sind die Formulare zur Chronikerbescheinigung

und die Aufklärung des Patienten bei Überschreitung der Festbetragsgrenze vereinfacht worden. Dies wird aber eher den Hausarzt betreffen. Für die psychotherapeutisch tätigen Nervenärzte hat sich der weggefallene Antrag zur Kurzzeit-Psychotherapie (12 Stunden) bemerkbar gemacht.

Fast unbemerkt geblieben – für den Neurologen aber relevant – sind Veränderungen in der Vereinbarung zur Qualitätssicherung bei der Abnahmeprüfung für den Ultraschall der Carotiden und transkranial. Hier reicht inzwischen eine Gewährleistungserklärung des Geräteherstellers, die Bilddokumentation ist entfallen. Das Formular zur Verordnung häuslicher Krankenpflege wurde von vier auf drei Seiten reduziert. Zudem können seit dem 1. Juli 2018 Laborüberweisungen digital erfolgen. Dies sollten Nervenärzte nutzen, die ihre Laborbefunde ohnehin schon digital ins PVS einspielen.

Fazit für die Praxis

Beim Thema Bürokratie sind Nettoverbesserungen neu auferlegten Pflichten entgegenzustellen. In der Zusammenschau ist eher eine Stagnation oder leichte Zunahme festzuhalten; eine Einschätzung, die vermutlich von den meisten Kollegen geteilt wird. Das Thema Bürokratie bleibt damit gegenwärtig und auf unserer Agenda. Sollte sich der Trend (und politische Wunsch) zur Verdichtung der Fallzahlen durch die demografische Entwicklung und zunehmende Morbidität auch bei uns Nervenärzten noch stärker als bisher durchsetzen, ist allein dadurch mit einem Anwachsen der Bürokratiepflichten zu rechnen.

Die Digitalisierung allgemein, speziell die laufende Einführung der TI konnte die Versprechen zur Vereinfachung und Koordination der Abläufe bislang mitnichten einhalten, teils ist sogar das Gegenteil zu befürchten. Die Belastungen durch die DSGVO sind nicht unerheblich und müssen, wie der Berufsverband empfahl, in den Praxen niedrig gehalten werden. Dies ist allein deshalb essenziell, um die gut eingespielten Abläufe nicht zu erschweren, die erforderlich sind, um eine große Zahl von Patienten zu versorgen. Aktuell ist festzuhalten, dass die Instrumente zur Bürokratiemessung, die regelmäßigen Befragungen, seien es BIX, Ärztemonitor oder BKI, sich inzwischen zu

Notwendige Praxisdokumente gemäß DSGVO

- Patienteninformation: Aushang im Wartezimmer
- Behandlungsvertrag, Anamnesebogen, Schweigepflichtsentscheidung/Befundforderung: Verweis auf Widerrufsrecht nach Artikel 13,14 DSGVO
- Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten und -vorgänge
- Verpflichtungserklärung für Mitarbeiter
- Aktualisierung der Dienstleisterliste bezüglich Auftragsdatenverarbeitung (ADV)
- Prozessbeschreibung bei Datenpannen mit Risiko- oder Folgenabschätzung
- Anpassung der Webseiten

validen „Zeigern“ auf dem „Armaturenbrett“ der Bürokratie entwickelt haben. Verbindliche, gegebenenfalls sogar gesetzliche Ziele zum Bürokratieabbau wie in der Wirtschaft (hier gibt es ein Abbauziel von 25%!) wären ein Schritt in die richtige Richtung und würden mit einem Schlag Millionen von sinnvoller zu verwendenden Arbeitsstunden freisetzen.

Angeichts der Stagnation beim Bürokratieabbau wäre es nun an der Zeit, sich die Ergebnisse der Formularlabore (z.B. in Westfalen-Lippe) noch genauer anzusehen und gegebenenfalls deren Vorschläge umzusetzen, um dann nächstes Jahr die Auswirkungen beurteilen zu können. Ein wertvolles Ziel wäre beispielsweise eine bessere Standardisierung und Vereinfachung formfreier Anfragen (durch den MDK sowie Ämter) und die konsequente Nutzung der elektronischen Laborüberweisung. Die Bürokratiefolgekosten müssen bei den Entscheidungen des G-BA besser berücksichtigt werden, damit ein Abbau an einer Stelle nicht durch Aufbau an einer anderen Stelle neutralisiert wird.

Wir werden das Thema weiter aufmerksam verfolgen und etwaige Fehlentwicklungen kritisch kommentieren. □

AUTOR

Prof. Dr. Markus Weih, Nürnberg



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

Patienten haben in aller Regel ein Recht auf persönliche Einsicht in ihre Krankenunterlagen nach § 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), sofern nicht die Rechte Dritter dadurch beeinträchtigt werden (wir berichteten bereits mehrfach im NeuroTransmitter). Dies ist zum Beispiel regelmäßig der Fall, wenn bei psychiatrischen Patienten deren Kommunikations- oder Konfliktpartner ausreichend deutlich vom Arzt dokumentiert waren. Ebenso hat der Patient das Recht auf „elektronische Abschriften“ – wie Kopien im Gesetz genannt werden – seiner Befunde oder seiner Akte, sofern die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Diese muss der Arzt jedoch nicht kostenfrei anfertigen. Er kann nach den §§ 630c und 811 BGB dem Patienten den Aufwand dafür in Rechnung stellen. Genauso verhält es sich, wenn der Patient einer Versiche-

Kopien für Patienten oder die DRV

Ausbeuterisches Ansinnen nicht klaglos hinnehmen

Ärzte sind vielfach gesetzlich verpflichtet, Kopien von Unterlagen für Patienten oder etwa die Deutsche Rentenversicherung zu erstellen. Neben den Kopierkosten sollte in der Regel auch eine Bearbeitungs-pauschale erhoben werden.

rung, einem Rechtsanwalt oder beispielsweise auch dem VdK dieses Recht übertragen hat. Gleiches gilt übrigens zudem für die in jüngster Zeit zu beobachtenden kommerziellen Anbieter von „elektronischen Patientenakten“ über Smartphone-Apps. In allen diesen Fällen indirekter Übergabe von Patientendaten müssen natürlich eine Einwilligungserklärung oder der Auftrag des Patienten im Original vorliegen, der möglichst genau die angeforderten Daten beschreibt. Beides darf nicht älter als wenige Monate sein.

Beinahe alle Auskünfte im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung müssen laut Gesetz an die entsprechenden Institutionen jedoch auch ohne gesonderte Schweigepflicht-entbindung durch den Patienten erteilt werden.

Heraussuchen, kopieren und kuvertieren

Für Kopien aus Behandlungsunterlagen können nach dem Justiz-Vergütungs-Entschädigungsgesetz (JVEG) die dort festgelegten Preise in Rechnung gestellt werden: 50 Cent je Seite für die ersten 50 schwarz-weißen Kopien, ab der 51. Seite 15 Cent pro Seite. Manche Gerichte gewähren auch bei vielen Kopien den vollen Satz, weil Behandlungsakten manuell schwieriger zu handhaben sind als gewöhnliche Schriftstücke. Bei Farbkopien erhöht sich der Satz auf einen Euro, bei der größeren Anzahl auf 50 Cent. Die GOÄ-GOP 96 mit 17 Cent pro Seite ist nicht einschlägig, denn hier handelt es sich um Durchschläge selbst erstellter Gutachten. Wenn es sich nur um wenige Seiten ohne größeren Ermittlungsaufwand in den eigenen Akten oder im EDV-Praxisverwaltungssystem handelt, kann man es bei den Kopiesätzen nach JVEG belassen. Dennoch ist dieser Aufwand bei den genannten Preisen bei weitem nicht kostendeckend, natürlich kommen in vielen Fällen der Personalaufwand für das Kuvertieren und zur Post bringen hinzu.

Muss der Arzt persönlich je nach Fragestellung und Problematik aus einer Vielzahl von Unterlagen die zutreffenden Daten auswählen, sollte eine Bearbeitungsgebühr von beispielsweise 5 bis 20 € verlangt und dem Patienten selbstverständlich auch quittiert werden.

Sparwille bei der DRV

Besonders die Deutsche Rentenversicherung (DRV) geht nach Berichten etlicher



Die DRV fordert seit geraumer Zeit nur noch Kopien von Behandlungsunterlagen an, was in der Praxis ganz schnell zu einem enormen Aufwand kumulieren kann.

Kollegen seit über einem Jahr in vielen Fällen den besonders knausrigen Weg, lediglich Kopien von Behandlungsunterlagen anzufordern respektive vom Patienten verlangen zu lassen. Sie möchte offenbar die Kosten für eine schriftliche ärztliche Stellungnahme vermeiden. Diese Vorgehensweise ist inakzeptabel, denn sie beutet die ärztliche Arbeitskraft sowie die der Mitarbeiterinnen zu Dumping-Preisen aus. Bei der großen Menge der von der DRV angefragten Behandlungsunterlagen summiert sich für diese natürlich der Einspareffekt. In unseren Fachgebieten kumuliert andererseits der finanzielle Schaden, denn bei neurologischen und psychiatrischen Patienten sind rentenrelevante Fragestellungen bekanntermaßen besonders häufig. Mittlerweile hat sich bei nervenärztlichen Kollegen in dieser Hinsicht doch ein gewisser Erfahrungsschatz angesammelt, damit umzugehen, denn das Vorgehen der DRV hat Methode.

Mögliches Umgehen mit Anfragen der DRV

Viele Praxisinhaber meinen: Wer uns ärgert, den ärgern wir zurück. Ein Blick ins BGB (§ 811 (1)) hilft hier weiter: „Die Vorlegung (von Unterlagen, Red.) hat in den Fällen der §§ 809, 810 an dem Ort zu erfolgen, an welchem sich die vorzule-

gende Sache befindet. Jeder Teil kann die Vorlegung an einem anderen Orte verlangen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.“ In unserem Fall befindet sich der Vorlegungsort selbstverständlich in unserer Praxis. Auch nach obergerichtlicher Feststellung besteht seitens der Versicherung kein Anspruch auf Zusendung, Erfüllungsort ist die Praxis. Nach § 811 (2) BGB kann die Vorlegung verweigert werden, bis der andere Teil die Kosten vorschießt oder Sicherheit leistet. Für die Anforderungen von Kopien seitens der DRV kommt bei vielen Kollegen nur noch ziviler Ungehorsam zum Einsatz. Sie verwickeln beispielsweise die DRV in einen bürokratischen Schriftverkehr mit dem entsprechenden Sachbearbeiter und schlagen damit die DRV mit den eigenen Waffen. Die Antworten der Praxis auf die Anforderung von Kopien können von unseren Mitarbeiterinnen durchgeführt werden, ohne dass der Arzt selbst eingreifen muss. Beispiele für Antworten aus Praxen lassen sich viele finden:

- „Bitte vereinbaren Sie mit unserer Sekretärin einen Termin, an dem Sie sich in unserer Praxis die Kopien anfertigen können. Bitte bringen Sie hierzu ein Kopiergerät mit.“
- „Leider ist unser Kopiergerät derzeit defekt/wir besitzen kein Kopiergerät.“

- „Bitte legen Sie die Schweigepflichts-entbindung des Patienten im Original vor. Sie darf nicht älter als zwei Wochen sein.“
- „Sind Sie mit einer Bearbeitungsgebühr von 20 € einverstanden? Sobald Ihre schriftliche Bestätigung vorliegt, beginnen wir mit der Arbeit.“
- „Bitte wenden Sie sich nach Ende unseres Fortbildungskongresses erneut an uns.“
- „Unsere Kapazitäten für Verwaltungsaufgaben sind derzeit erschöpft, bitte richten Sie in vier Wochen nochmals einen Antrag an uns.“
- „Bitte nennen Sie uns die Rechtsgrundlage ihres Ersuchens.“
- „Bitte überweisen Sie uns die anfallenden Kosten von XXX Euro als Vorkasse nach § 811 (2) BGB.“

Letztendlich wird man in vielen Fällen auf gesetzlicher Grundlage dann doch die Kopien anfertigen müssen. Der Patient sollte jedoch immer mit einer über die reinen Kopierkosten hinaus gehenden Verwaltungskostenpauschale an dem Aufwand beteiligt werden. □

AUTOR

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

Leserbrief

„Unkritische und unreflektierte Statements zu Antidepressiva bei Jugendlichen“

Zum CME-Artikel „Pharmakotherapie der Suizidalität“ der *NeuroTransmitter-Ausgabe 7-8/2018* hat der Redaktion Prof. Dr. G.-E. Trott aus Aschaffenburg geschrieben.

Den Artikel „Prävention oder Promotion – Pharmakotherapie der Suizidalität“ von Thomas Bronisch habe ich mit Interesse gelesen. Nicht einverstanden bin ich mit den unkritischen und unreflektierten Statements zu Antidepressiva bei Jugendlichen. Es hat in der Fachwelt sehr viele Diskussionen darüber gegeben, so wurde zum Beispiel die Arbeit von Sharma et al. 2016 im BMJ wegen methodischer Schwächen und Fehlinterpretationen kritisiert. In der „ADAPT Studie“

(Wilkinson et al. 2011) wurde lediglich festgehalten, dass vorbestehendes suizidales und nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten während der Behandlung persistierte. In einer Metaanalyse von Kim und Boylan 2016, die 99 Studien erfasste, wurden nur in einer einzigen Studie vermehrte autoaggressive Tendenzen beschrieben. Zudem müssen die unterschiedlichen SSRI auch differenziert betrachtet werden.

Herr Bronisch erwähnt, dass nach der FDA „black box warning“ sowohl die Diagnose einer Depression bei Jugendlichen als auch der Verordnung von SSRI deutlich zurückgegangen ist. In Folge der „black box warning“ kam

es zeitgleich zu einem Anstieg der Suizidraten bei Jugendlichen! In den Studien zur SSRI bei Jugendlichen taucht auch immer wieder der Begriff „suicidal thoughts“ auf. Dies ist ein nicht operationalisierter Begriff, der viele Spekulationen zulässt, aber keine klaren Aussagen für die Praxis. Wie Herr Bronisch bereits in seinem Text schrieb, ist es in keiner SSRI-Studie bei Jugendlichen im Behandlungsarm zu einem vollendeten Suizid gekommen. Und dass bei antidepressiver Behandlung nicht alle Symptome einer Depression zeitgleich beeinflusst werden, darauf hat Paul Kielholz bereits vor über 50 Jahren hingewiesen. □



Co-Therapeut, Patientenfürsprecher oder Kulturvermittler

Das Rollenverständnis von Dolmetschern in der Psychotherapie

Die adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, besonders von Flüchtlingen, ist aufgrund ihrer oft noch geringen/nicht ausreichenden Kenntnisse der deutschen Sprache kompliziert. Dolmetscher können zwar helfen, die Sprachbarrieren zu überwinden, aber ihr Einsatz in der Psychotherapie bereitet Therapeuten oft ein gewisses Unbehagen.

IBRAHIM ÖZKAN, JACQUELINE JENNE



Im Mittelpunkt: der Patient. Zu seinem Wohl sollten Therapeut und Dolmetscher gut kooperieren.

20 Das Rollenverständnis von Dolmetschern in der Psychotherapie

Co-Therapeut, Patientenführsprecher oder Kulturvermittler

25 Systemischer Lupus mit psychiatrischer Manifestation

Psychiatrische Kasuistik

30 Methamphetamin-Abhängigkeit und Elternschaft

34 CME Assessment von Alltagsfunktionen und Therapie bei Parkinson-Demenz

40 CME Fragebogen

Die Migrationsbewegung nimmt stetig zu, und dies nicht allein durch „Flüchtlingsströme“, sondern ebenfalls als Resultat der Globalisierung [1]. Aufgrund der spezifischen Lebensumstände von Flucht und Migration haben Menschen mit Migrationshintergrund, besonders Flüchtlinge, einen erhöhten Bedarf an psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung [2]. 20% der Patienten mit Migrationshintergrund beherrschen aber die deutsche Sprache nicht genügend, um ihre Beschwerden in einer psychotherapeutischen Behandlung adäquat vorbringen zu können oder von den Interventionen ausreichend zu profitieren [1]. Um die Versorgung dennoch zu gewährleisten, werden in der Psychotherapie Dolmetscher eingesetzt. Therapeuten (dieser Begriff wird hier verwendet für Psychotherapeuten und Psychiater beiderlei Geschlechts) tun dies jedoch ungern und oft mit einem Gefühl des Unbehagens. Da der Einsatz von Dolmetschern in der Psychotherapie aber zunimmt, ist es wichtig, die Gründe für die Schwierigkeiten der dolmetschergestützten Psychotherapie zu eruieren, um Veränderungen zu bewirken.

Rollenkonflikte – ein zentrales Problem

Wenn Therapeuten nach ihrer Meinung zum Einsatz von Dolmetschern befragt werden, äußern sie meist Befürchtungen

über deren Bedeutung für das Beziehungsgefüge. Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt ist die Überschreitung der Rollenkompetenzen der Dolmetschenden [3, 4]. Die Angst der Therapeuten vor einer dritten Person im Beziehungsgefüge oder dem Überschreiten ihrer Rolle ist verbunden mit Gefühlen des Ausgeschlossenenseins und des Misstrauens [5]. Diese Gefühle werden meist nicht nur vom Dolmetscher wahrgenommen, sondern ebenfalls vom jeweiligen Patienten, was letztlich zu einem Unwohlsein aller drei Parteien führen kann [6].

Rollenkonflikte sind somit einer der größten Problembereiche beim Einsatz von Dolmetschern im psychotherapeutischen Bereich [7, 8, 9, 10]. Daher stellt sich die Frage, wie die Rolle von Dolmetschern in der Psychotherapie definiert ist. Bislang fehlen hierzu einheitliche und klar formulierte Vorgaben. Daher ist die Diskussion um die Rollendiversifikation und -festlegung sowie die damit verbundene professionelle Identität der Dolmetschenden sehr wichtig [4] – zumal die anekdotische Evidenz dieser Diskussion meist auf der Sicht der Therapeuten basiert [11]. Mithilfe der nachfolgend dargestellten Untersuchung sollte das subjektiv bedeutsame Rollenverhalten von Dolmetschern in der Psychotherapie quantitativ von Therapeuten wie auch von Dolmetschern eingeschätzt werden. Zudem wurde untersucht, mit welchen Faktoren das Rollenverständnis

zusammenhängt, um Ansatzpunkte für Veränderungen zu finden.

Die Studie

Im Rahmen einer Master-Arbeit wurden Dolmetscher und Therapeuten zur Bedeutung der elementaren Rollenverhaltensweisen von Dolmetschern in der Psychotherapie befragt. Die Umfrage wurde online durchgeführt und hatte eine Gesamtstichprobe von 135 Teilnehmern (90 Therapeuten, 44 Dolmetscher). Aus den erhobenen Daten wurden mithilfe einer Faktorenanalyse Rollenvariablen gebildet. Eine Rollenvariable vereint alle Verhaltensweisen einer Rolle und kann als eine mögliche Rolle von Dolmetschern in der Psychotherapie interpretiert werden. Insgesamt konnten drei Faktoren gebildet werden: die Rolle der Co-Therapeuten, der Patientenführsprecher und der Kulturvermittler. Die extrahierten Rollen sind in **Abb. 1** mit den zugeordneten Rollenverhaltensweisen dargestellt.

Dolmetscher in der Rolle von Co-Therapeuten nehmen eine aktive Stellung in der Behandlung ein, indem sie Aufgaben der Therapeuten (mit-)übernehmen, also zum Beispiel die Sitzung strukturieren oder den Patienten selbstständig Fragen der Therapeuten erklären. Dolmetscher in dieser Rolle sollten psychiatrische Fachbegriffe kennen und die Patienten unterstützen.

In der Rolle der Patientenführsprecher nehmen Dolmetscher ebenfalls eine ak-

Hier steht eine Anzeige.



tivere Stellung in der Therapie ein. Im Gegensatz zu den Co-Therapeuten verlagern sie den Beziehungsschwerpunkt zu den Patienten hin: Sie bauen eine Beziehung zu den Patienten auf und unterstützen diese, oder es besteht bereits eine Beziehung vor Beginn der Therapie. Dolmetscher in dieser Rolle besitzen die Befugnis, Fragen der Therapeuten selbstständig zu klären sowie kulturbedingte Begriffe einzuordnen und zu erklären.

Die Rolle der Kulturvermittler ist im Vergleich mit den beiden anderen Rollen eine zurückhaltende Position. Die Dolmetscher übernehmen die Aufgaben der wörtlichen Übersetzung, erklären und ordnen kulturbedingte Begriffe ein. Sie sollten psychiatrische Fachbegriffe kennen und sich in den psychotherapeutischen Sitzungen zurücknehmen.

Differiert das Rollenverständnis von Dolmetschern und Therapeuten?

Dolmetscher schätzten die Rolle als Patientenfürsprecher und der Co-Therapeuten als bedeutsamer ein als Therapeuten. Die geschätzte Bedeutsamkeit der Kulturvermittler differierte jedoch nicht zwischen den beiden Gruppen (Abb. 2). Beinhaltet die Rollenvorstellung von Dolmetschern im Vergleich zu Therapeuten eine aktivere Einbindung in die Behandlung, haben als Konsequenz beide Gruppen eine unterschiedliche Schwelle, wann die Rollenkompetenz überschritten wird.

Es besteht die Möglichkeit, dass Dolmetscher unbewusst motivational zu aktiveren Rollen tendieren und ihnen daher das Überschreiten ihrer Rollenkompetenzen nicht bewusst wird. Dafür würde auch sprechen, dass Dolmetscher, deren Motivation für ihre Arbeit im psychotherapeutischen Setting die Unterstützung von „Landsleuten“ ist, die Rolle der Co-Therapeuten als bedeutsamer einschätzen.

Aktivere Rollen der Dolmetscher?

Die Studie zeigte, dass Therapeuten die Rolle der Co-Therapeuten als umso bedeutsamer für das Gelingen der Behandlung einschätzten, je geringer ihre Erfahrung mit der dolmetschergestützten Psychotherapie war. Zudem setzen Therapeuten, die der Rolle der Co-Therapeuten eine höhere Bedeutung zumäßen, häufiger

ger nahe Angehörige und entfernte Verwandte der Patienten und seltener Dolmetscher mit einer Qualifikation für den psychotherapeutischen Bereich ein. Für eine co-therapeutische Arbeit der Dolmetscher ist jedoch eine gute Schulung und Erfahrung gerade in der Psychotherapie von Therapeuten und Dolmetschern wichtig [12]. Ebenso stuften Therapeuten die Bedeutung der Patientenfürsprecher umso höher ein, je geringer ihre Erfahrungen mit Dolmetschern in der Psychotherapie waren. Die vermutete Bedeutung der Patientenfürsprecher stand auch mit der Häufigkeit der als Dolmetscher eingesetzten Personengruppe in Verbindung: Je öfter Angehörige der Patienten und je seltener Dol-

metscher mit einer Fortbildung für den psychotherapeutischen Bereich eingesetzt wurden, desto bedeutsamer haben Therapeuten die Rolle der Patientenfürsprecher eingeschätzt.

Zusammenfassend zeigte sich, dass aktivere Rollen von Dolmetschern in der Psychotherapie eher von Therapeuten bevorzugt werden, die wenig Erfahrung in der dolmetschergestützten Psychotherapie besitzen und bevorzugt Laien oder Angehörige als Dolmetscher einsetzen.

Bei den Therapeuten stand die Einschätzung der Bedeutsamkeit der Rolle der Kulturvermittler – im Gegensatz zu den anderen beiden Rollen – in keinem Zusammenhang zur Arbeitsbeziehung, der Erfahrung oder der Art der Ausbil-

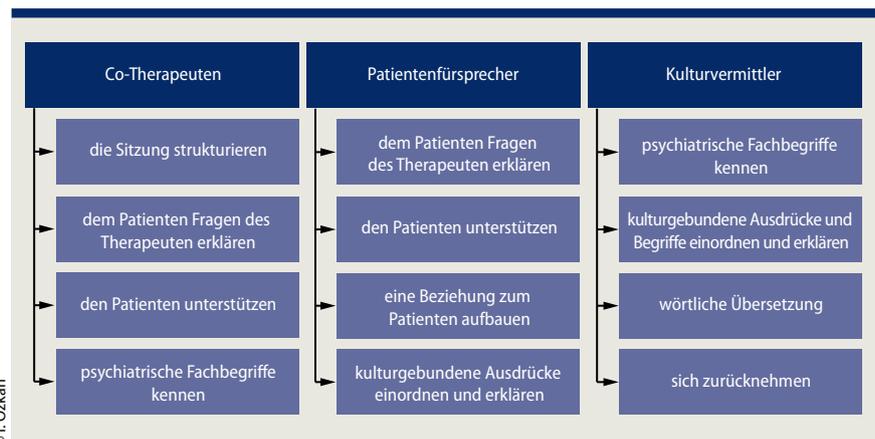


Abb. 1: Darstellung der Rollenvariablen von Dolmetschern mit den zugeordneten Verhaltensweisen (Grafik: J. Jenne).

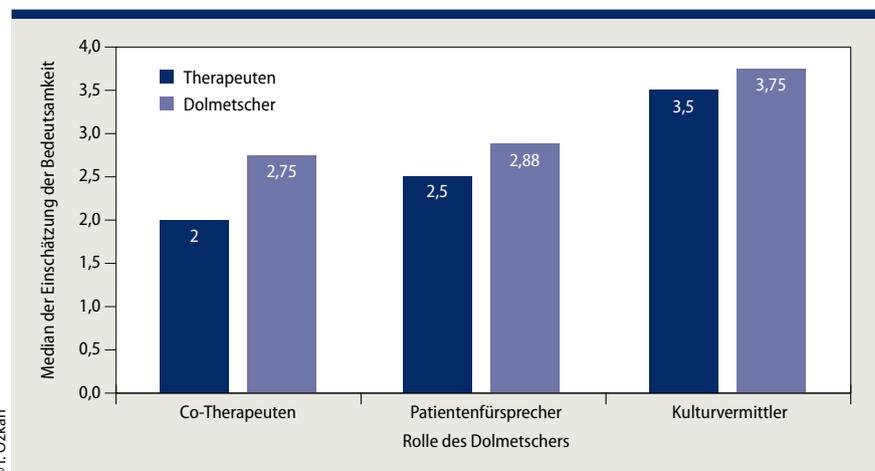


Abb. 2: Darstellung der Einschätzung der Bedeutsamkeit der verschiedenen Rollen der Dolmetscher und Therapeuten (Grafik: J. Jenne).

derung der Dolmetscher. Solche mit einer Qualifikation für den therapeutischen Bereich maßen dem Vermitteln von Kultur eine höhere Bedeutung zu. Dolmetscher, die gerichtlich vereidigt waren oder eine berufliche Motivation angaben, hatten tendenziell höhere Werte für die Bedeutsamkeit der Kulturvermittler angegeben.

Die Rolle der Kulturvermittler stand im Vergleich zu den anderen beiden Rollen mit wenigen Faktoren in Zusammenhang. Therapeuten scheinen die Rolle der Kulturvermittler zu präferieren – unabhängig von ihrer Erfahrung oder der Arbeitsbeziehung zum Dolmetscher. Zudem wurde dieser Rolle unabhängig vom Tätigkeitbereich die höchste Bedeutsamkeit zugemessen. Nur für diese Rolle gab es zwischen Dolmetschern und Therapeuten keine Unterschiede hinsichtlich ihrer geschätzten Bedeutung.

In der Beschreibung der Rolle eines Kulturvermittlers ist nicht spezifiziert, ob die Einordnung und Erklärung von kulturellen Aspekten vor, nach oder während der psychotherapeutischen Sitzungen stattfinden soll. Wir schlagen im „Göttinger Behandlungsmodell“ vor, dass der kulturellen Vermittlung ausschließlich in Vor- und Nachgesprächen Raum zu geben sei. Während der psychotherapeutischen Sitzung sollen die Behandler eine Haltung der transkulturellen Achtsamkeit einnehmen. Zwischen zwei Personen gibt es trotz kultureller Unterschiede immer auch Gemeinsamkeiten. Es werden zwei Konzepte miteinander vereint: Das Konzept der Achtsamkeit spannt einen Raum zwischen dem Rationalen, dem Wissen sowie den Gedanken und dem Emotionalen, den Gefühlen und den Bewertungen [13]. Das zweite Konzept spannt einen Raum zwischen dem Eigenen, Vertrauten und dem Fremden, in dessen Schnittmenge sich der transkulturelle Übergangsraum befindet [14]. Beide Räume werden übereinander gelegt, so dass deren Schnittmenge den Raum der transkulturellen Achtsamkeit bildet. Die Therapeuten nehmen eine achtsame und authentische Haltung ein und geben kulturellen Unterschieden Raum – ohne die Unterschiede zu bewerten, aber mit der Möglichkeit, Gemeinsamkeiten als Arbeitsgrundlage zu finden [15].

Das Rollenverständnis – eine Sache der Ausbildung?

Der Differenzierungsgrad der Dolmetscher bezüglich der Einschätzung der Bedeutung von Rollenverhaltensweisen war wesentlich geringer als jener der Therapeuten. Dolmetscher mit einer Weiterbildung für den psychiatrischen/psychotherapeutischen und Gesundheitsbereich zeigten ein kongruenteres Rollenverständnis mit Therapeuten. Auch bei Letzteren erwies sich Erfahrung als Einflussfaktor auf das Rollenverständnis.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Rollenvorstellungen relevant durch eine Aus- und Weiterbildung der Dolmetschenden für den psychotherapeutischen Bereich beeinflusst werden. Die Art der Ausbildung der Dolmetscher in der Psychotherapie reicht von bilingualen Ehrenamtlichen, die keine Erfahrungen im Einsatz im therapeutischen Bereich haben, bis hin zu professionellen Dolmetschern.

Alle Patienten haben das Recht auf adäquate Verständigungsmöglichkeiten, eine angemessene Aufklärung und Beratung sowie eine qualifizierte Behandlung [16]. Dieses Recht lässt sich gemäß Sozialgesetzbuch X aber nicht durch professionelle honorierte Dolmetscher durchsetzen (§ 19 SGB X Amtssprache, Stand 11. November 2016). Es entsteht ein Dilemma zwischen Recht haben und Recht umsetzen. Meist werden keine professionell ausgebildeten Dolmetscher eingesetzt. Zudem werden Übersetzer oft nur im Kontext internationaler Wirtschaftsbeziehungen ausgebildet; nur selten beherrschen sie die Sprachen, die im Gesundheitsbereich benötigt werden [17] oder haben Kenntnisse über die Psychotherapie. Um dieses Dilemma zu umgehen, wurden Weiterbildungen für bilinguale Ehrenamtliche zu Dolmetschern im psychotherapeutischen/psychiatrischen und Gesundheitsbereich konzipiert [18].

In Deutschland liegen hierfür verschiedene Modelle vor, die sich alle voneinander unterscheiden. Das Göttinger Behandlungskonzept [19] bietet eine Schulung für Dolmetscher in psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen an. Sie wurde mit der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen abge-

stimmt und besteht aus zwei Wochenendseminaren. Die Themen dieser Schulung sind die Erläuterung der Schweigepflicht, der Erwerb von Grundkenntnissen der Psychiatrie und Psychotherapie sowie von psychischen Störungsbildern, die Reflexion der Rolle des Dolmetschers und Basiswissen der Psychohygiene.

Fazit für die Praxis

Aus den Ergebnissen der vorgestellten Studie lassen sich drei wichtige Ansätze zur Verbesserung der dolmetschergestützten Psychotherapie ableiten:

- Herstellung und Reflektion der Kongruenz des Rollenverständnisses zwischen Dolmetschern und Therapeuten
- Verbessern der Zusammenarbeit beider Gruppen
- Ausbau der Weiterbildung von Dolmetschern und Therapeuten.

Zusammenfassend lässt sich sagen: „Invariably, the therapist is the driver, the interpreter the vehicle and the client the passenger, each with their explicit positions and roles“ („Der Therapeut ist stets der Fahrzeuglenker, der Dolmetscher das Fahrzeug und der Patient der Fahrzeuginsasse, wobei alle drei ihre vorgegebenen Positionen und Rollen innehaben.“) [12] Dieses Zitat verdeutlicht, dass alle drei Parteien feste Aufgabenbereiche übernehmen sollten. Insbesondere Dolmetscher und Therapeuten müssen in ihrer Funktion aufeinander abgestimmt sein, damit sich die Therapie mit der gewünschten Geschwindigkeit in die richtige Richtung bewegt. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. Ibrahim Özkan

Dr. disc. pol./ Dipl. Psych./Psychol.
Psychotherapeut

Leitender Psychologe des Schwerpunkts für Kulturen, Migration und psychische Krankheiten

Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen
E-Mail: i.oezkan@asklepios.com

Jacqueline Jenne

M.Sc. Psychologin, in Weiterbildung zur psychologischen Psychotherapeutin

Literatur

1. 10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland [Internet]. 2014. Available from: https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/10_Auslaenderbericht_2015.pdf?sessionid=1D6F4686092E40FACBE8076763112C00.s12t1?__blob=publicationFile&v=4.
2. Belz M, Özkan I. Herausforderung Migration und Flucht. In: Albers M, Elegeti H, M Z, editors. Armut behindert Teilhabe Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie Hart am Wind - Band 2. Köln: Psychiatrie Verlag; 2016.
3. Scott SD. Clinician factors in interpreter-facilitated psychotherapy: An exploratory study. US: ProQuest Information & Learning; 2015.
4. Tribe R, Morrissey J. The refugee context and the role of interpreters. In: Tribe R, Raval H, editors. Working with Interpreters in Mental Health. New York: Routledge; 2013. p. 216-36.
5. Morina N, Maier T, Mast MS. Lost in Translation?–Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2010;60:104-10.
6. Razban M. An interpreter's perspective. In: Tribe R, Raval H, editors. Working with Interpreters in Mental Health New York: Routledge; 2013. p. 110-6.
7. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. Patient Education and Counseling. 2013;91[2]:131-40.
8. Cushing A. Interpreters in medical consultations. In: Tribe R, Raval H, editors. Working with Interpreters in Mental Health. New York: Routledge; 2013. p. 48-71.
9. O'Hara M, Akinsulure-Smith AM. Working with interpreters: Tools for clinicians conducting psychotherapy with forced immigrants. International Journal of Migration, Health and Social Care. 2011;7[1]:33-43.
10. Storck T, Schouler-Ocak M, Brakemeier E-L. Words don't come easy. Psychotherapeut. 2016;61[6]:524-9.
11. Granger E, Baker M. The role and experience of interpreters. In: Tribe R, Raval H, editors. Working with Interpreter in Mental Health. New York: Routledge; 2013. p. 117-38.
12. Patel N. Speaking with the silent: addressing issues of disempowerment when working with refugee people. In: Tribe R, Raval H, editors. Working with Interpreters in Mental Health. New York: Routledge; 2013. p. 237-55.
13. Linehan MM. Cognitive Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Publications; 1993.
14. Nadig M. Zur Psychodynamik transkultureller Begegnungen. In: Golbashi S, Küchenhoff B, Heise T, editors. Migration und kulturelle Verflechtungen, 3. Kongress des Dachverbandes der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum. Berlin: VWB; 2010. p. 59-68.
15. Özkan I. Migrationsstress, Alter und Lernen–Betrachtungen der Zusammenhänge sowie Implikationen für die Didaktik: Georg-August-Universität Göttingen; 2011.
16. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz. Patientenrechte in Deutschland: Leitfaden für Patientinnen/ Patientinnen und Ärztinnen/ Ärzte. 2007.
17. Meyer B. Nutzung der Mehrsprachigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund. Berufsfelder mit besonderem Potenzial. In: Flüchtlinge BfMu, editor. 2008.
18. Beauftragte der Bundesregierung für Migration Flüchtlinge und Integration. Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. 2015.
19. Belz M, Özkan I. Psychotherapeutische Arbeit mit Migranten und Geflüchteten. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag 2017.



Psychiatrische Kasuistik

Systemischer Lupus mit psychiatrischer Manifestation

Aktuelle Anamnese

Eine 42-jährige Patientin stellte sich in Begleitung einer Freundin zur vollstationären Aufnahme vor. Sie berichtete im Aufnahmegespräch, seit etwa einem halben Jahr unter Gedächtnis-, Konzentrations- und Artikulationsproblemen zu leiden. Alles fühle sich unwirklich an. Zudem beklagte die Patientin körperliche Beschwerden in Form von trockenem Mund und Hals, das Gefühl, als ob die Beine schwach würden sowie Angstgefühle und Panikzustände. Ihr 17-jähriger Sohn habe ebenfalls eine Veränderung an ihr bemerkt und – wie auch ihr Freundeskreis – auf die jetzige stationäre Aufnahme zur weiteren Behandlung gedrungen.

Vorangegangen sei zwei Monate zuvor eine stationäre Behandlung in der psychiatrischen Abteilung einer anderen Klinik. Drei Wochen vor der jetzigen Vorstellung sei sie von den Ärzten dort entlassen worden.

In der Zeit vor der damaligen Aufnahme sei sie zunehmend „durcheinander“ gewesen und habe am Vortag vermeintlich ihren ehemaligen Partner gesehen, der jedoch nicht wirklich vor Ort gewesen sei. Sie habe deswegen zunächst die Rettungsstelle aufgesucht und sei dort an ihren ambulanten Psychiater verwiesen worden. Auf dem Weg dorthin sei sie vom Weg abgekommen und schließlich mit der Feuerwehr ins Krankenhaus gebracht worden. Sie habe an diese Ereignisse nur undeutliche Erinnerungen und habe sich wie benebelt gefühlt, als ob sie eine Droge verabreicht bekommen hätte. Sie habe sich von den Leuten in der Umgebung beobachtet und abschätzig bewertet gefühlt. In der Klinik habe sie einen Namen gehört und diesen auf eine

Freundin bezogen, die sie verdächtigt habe, sie mittels ihres Mobiltelefons zu überwachen. Ihr Befinden habe sich in der ersten Klinik zwar gebessert, seit der Entlassung vor drei Wochen habe sie sich jedoch stark zurückgezogen und ihre Wohnung kaum mehr verlassen können.

Aus dem Arztbrief geht hervor, dass sich vor der dortigen Aufnahme eine Ladenangestellte durch die Patientin bedroht gefühlt und daraufhin die Polizei gerufen habe. Es wurden eine depressive Symptomatik sowie leicht konkretistisches und umständliches Denken, teils Danebenreden und Gedankenabreißen, fraglich wahnhafte Realitätsverkennungen ohne Halluzinationen oder Ich-Störungen dokumentiert. Die durchgeführte MRT-Bildgebung des Kopfes und die Labordiagnostik zeigten keine Auffälligkeiten; im Liquor fand sich eine leichte Schrankenstörung bei ansonsten unauffälligem Befund. Unter einer Behandlung mit Risperidon 2 mg/Tag bildete sich die Symptomatik deutlich, aber nicht komplett zurück. Unter der Verdachtsdiagnose einer psychotischen Episode im Rahmen des systemischen Lupus erythematodes (SLE) wurde die Patientin mit der vorbestehenden immunmodulierenden Medikation nach Hause entlassen.

Fremdanamnese

Der Sohn der Patientin sowie zwei Freundinnen berichteten übereinstimmend, dass es im zurückliegenden halben Jahr eine zunehmende Veränderung im Verhalten der Patientin gegeben habe, die so oder ähnlich noch nie aufgetreten sei. So habe sie sich vermehrt zurückgezogen, sei misstrauischer gewe-

Testen Sie Ihr Wissen!

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

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

(N = neurologisch, P = psychiatrisch):

NT 12/2017

P: Raumforderung und primär progressive Aphasie

NT 2/2018

P: ADHS-Beschwerden: Differenzialdiagnose CFS

NT 3/2018

N: Wirkfluktuationen und Fieber bei Parkinson

NT 4/2018

P: Spätschizophrenie bei einer 58-Jährigen

NT 5/2018

N: Zwei Migränepatienten mit zyklischem Erbrechen

NT 6/2018

P: Schizophrenie-Ersttherapie und der Faktor Zeit

NT 9/2018

P: Lithiumintoxikation bei einer älteren Patientin

NT 11/2018

P: Systemischer Lupus mit psychiatrischer Manifestation

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



sen und habe sich schnell kritisiert gefühlt. Dies habe sich kurz vor der erstmaligen stationären Aufnahme zuge-spitzt, als sie sich durch ihr soziales Um-feld über ihr Mobiltelefon überwacht gefühlt habe. Eine depressive Sympto-matik bestehe schon jahrelang und sei aktuell deutlich verstärkt.

Familienanamnese

Bei den Eltern habe eine Alkoholabhän-gigkeit bestanden, an deren Folgen beide im fünften Lebensjahrzehnt verstorben seien. Der ältere Bruder sei ebenfalls al-koholabhängig.

Soziobiografische Anamnese

Die Patientin sei in Berlin geboren und mit einem leiblichen Bruder sowie (nach der Trennung der Eltern) bei der Mutter mit deren wechselnden Partnern und mehreren Halbgeschwistern aufgewach-sen. Aufgrund von Gewalt und sexuellem Missbrauch durch den Stiefvater sowie einen Nachbarn habe sie ab dem 13. Le-bensjahr in Kinderheimen und einer Pflegefamilie gelebt.

Nach der Hauptschule habe sie den Re-alschulabschluss nachgeholt, eine Aus-bildung als Friseurin absolviert, und da-nach auch selbstständig in diesem Beruf gearbeitet. Nach Konflikten mit Kollegen und finanziellen Problemen habe sie ihr Geschäft aufgegeben und sei in den ver-gangenen fünf Jahren arbeitssuchend be-ziehungsweise krankgeschrieben oder vom sozialmedizinischen Dienst befreit gewesen. Aktuell lebe sie in einer Miet-wohnung mit dem 17-jährigen Sohn. Vom Kindsvater sei sie seit 15 Jahren ge-trennt und habe auch keinen Kontakt zu ihm. Sie lebe aktuell ohne festen Partner, habe einen kleinen, aber festen Freundes-kreis.

Psychiatrische Vorgeschichte

Seit der komplizierten Geburt ihres Soh-nes habe die Patientin unter depressiven Symptomen und Panikattacken gelitten und sei im ambulanten Rahmen mit ver-schiedenen Medikamenten behandelt worden; sie erinnert sich an Buspiron, Opipramol, Escitalopram, Fluoxetin und zuletzt Duloxetin. Psychotische Episo-den, Suizidversuche und stationäre psy-chiatrische Behandlungen in der Vorge-schichte werden verneint.

Medikation

Hydroxychloroquin 200 mg 2 ×/Tag, Candesartan 16 mg/Tag, Escitalopram 10 mg/Tag und Risperidon 1 mg/Tag (Reduktion von 2 mg auf Wunsch der Patientin).

Suchtmittelanamnese

Nikotinabstinenz seit zwei Jahren. Kein Alkoholkonsum aktuell und nur selten in der Vorgeschichte. Cannabiskonsum zuletzt vor etwa 20 Jahren; der Konsum weiterer Drogen wurde glaubhaft ver-neint.

Somatische Erkrankungen

Raynaud-Syndrom bei Antiphospholi-pid-Antikörper-Syndrom (Erstdiagnose [ED] im 20. Lebensjahr [LJ]); komplizierte Geburt des Sohnes mit Notfall-Sectio bei Plazentainsuffizienz, periprozedural hochparietale Subarachnoidalblutung ohne Nachweis eines Aneurysmas (25. LJ); Hysterektomie bei Myomen (38. LJ); mit 39 Jahren Erstdiagnose eines SLE aufgrund serologischer (ANA-positiv, Anti-ds-DNA-AK positiv) und klini-scher Zeichen (Alopezie, Raynaud-Syn-drom und Fatigue ohne ZNS-Beteili-gung oder thromboembolische Ereignis-se); arterielle Hypertonie mit Nephroan-giosklerose in der Nierenbiopsie ohne Zeichen einer Lupusnephritis.

Psychopathologischer Befund bei Aufnahme

Die Patientin ist wach und bewusstseins-klar, zu Person, Zeit, Ort und Situation vollständig orientiert. Im Kontakt zeigt sie sich misstrauisch und klagsam, sel-terer dysphorisch gereizt. Bei subjektiver Konzentrationsstörung verläuft die seri-elle Subtraktion (Serial 7s) etwas ver-langsam, aber fehlerlos. Die Mnestic ist leicht eingeschränkt (zwei von drei Be-griffen werden erinnert). Die Auffassung ist leicht verlangsamt, Sprichwörter kön-nen erschwert erläutert, Oberbegriffe und Unterscheidungsmerkmale korrekt benannt werden. Im formalen Denken zeigt sich die Patientin gehemmt, ver-langsam und umständlich sowie einge-engt auf Ängste über die Zukunft und ihre soziale Sicherung, die in der Real-i-tätsprüfung nicht entkräftet werden können. Es bestehen kein Gedanken-drängen oder Gedankenabreißen. Die

Patientin beschreibt vermehrtes Grü-beln. Es bestehen keine Phobien oder Zwänge und bei zwar überwertigen Ängsten kein Anhalt für Wahn. Keine Sinnestäuschungen. Permanent beste-hendes Derealisationserleben, ansonsten keine Ich-Störung. Die Stimmung ist ge-drückt, im Affekt ist die Patientin starr. Es besteht eine deutliche Antriebsmin-derung. Einschlaf- und Durchschlafstö-rungen, Albträume oder zirkadiane Be-sonderheiten werden verneint. Keine Hinweise auf Eigen- oder Fremdgefähr-dung, von Suizidalität klar distanziert.

Untersuchungsbefunde bei Aufnahme

Internistischer Befund

42-jährige Patientin in gutem Allge-mein- und adipösem Ernährungszu-stand (Body-Mass-Index 33,2 kg/m²). Haut: intakt. Lymphknoten im Kopf-Hals-Bereich: nicht palpabel. Schleim-häute rosig und feucht. Schilddrüse: schluckverschieblich. Pulmo: vesikulä-res Atemgeräusch über allen Lungenfel-dern, keine Rasselgeräusche, symmetri-sche Atemverschieblichkeit zwei Finger breit. Cor: normofrequent, unregelmä-ßig mit Pulsdifferenz, atemunabhängig. Pulse peripher allseits tastbar. Abdo-men: Bauchdecke weich, keine Abwehr-spannung, kein Druckschmerz, keine Resistenzen, Leber und Milz nicht pal-pabel, kein Flankenklopfeschmerz. Ex-tremitäten: keine Ödeme. Wirbelsäule: kein Klopfeschmerz.

Neurologischer Befund

Patientin wach und orientiert, kein Kopfschmerz, kein Meningismus und keine Nervendehnungszeichen. Kein ob-jektivierbares neuropsychologisches De-fizit bei subjektiven Wortfindungsstö-rungen. Hirnnervenstatus unauffällig. Kraft allseits vollständig vorhanden, Muskeleigenreflexe seitengleich schwach auslösbar, Babinski-Zeichen negativ, kei-ne Kloni. Koordination, Stand und Gang regelrecht. Beim Romberg-Stehversuch ungerichtetes Schwanken ohne Fallnei-gung. Sensibilität ungestört.

Laborwerte

Bei der Aufnahme relevant verändert waren [Norm]: Kreatinin 1,26 mg/dl

[0,50 – 0,90]; Prolactin 89,70 µg/l [4,79 – 23,30]; aPTT 88,0 sek [26,0 – 40,0]; Anti-dsDNA-AK > 200 U/ml [< 20]; C3-Komplement 890 mg/l [900 – 1.800].

EKG

Beschleunigter Sinusrhythmus (95/min), Indifferenztyp, R/S-Umschlag in V3 bis V4, keine signifikanten Repolarisationsstörungen, QTc 420 ms.

Therapie und Verlauf

Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte nach einer erstmaligen, zwei Monate zurückliegenden psychotischen Episode mit aktuell ausgeprägtem sozialen Rückzug, Misstrauen und Beziehungserleben sowie einer depressiven Symptomatik. Nachdem Risperidon zunächst auf Wunsch der Patientin und zur diagnostischen Einschätzung abgesetzt wurde, zeigte sich eine Zunahme der Symptome mit beginnendem nihilistischen Wahn, formaler Denkstörung sowie verstärktem Beobachtungs- und Beziehungserleben ohne Auftreten von Halluzinationen oder Ich-Störung. Nachdem die Medikation mit Risperidon 2 mg/Tag wieder aufgenommen wurde, bildeten sich diese Beschwerden rasch zurück. Die depressive Symptomatik zeigte sich unter Behandlung mit Venlafaxin retard 225 mg/Tag ebenfalls gebessert; wegen innerer Unruhe wurde die Dosierung auf 187,5 mg/Tag reduziert. Eine Schlafstörung mit verstärktem Grübeln zeigte sich zunächst unter der Gabe von Trimipramin 50 mg deutlich verbessert; diese Medikation konnte im Verlauf abgesetzt werden.

Unter dem Verdacht einer psychiatrischen Manifestation des seit drei Jahren behandelten SLE zogen wir konsiliarisch Kollegen der Rheumatologie hinzu. Neben der fortgeführten Immunmodulation mit Hydroxychloroquin in einer gewichtsadaptierten Tagesdosis von 400 mg wurde daraufhin in vierwöchigen Intervallen eine Therapie mit insgesamt sechs geplanten Zyklen Cyclophosphamid begonnen. Auf eine Steroidtherapie wurde aufgrund der bestehenden depressiven Symptomatik verzichtet.

Nach einem vor allem aufgrund psychosozialer Belastungen protrahierten stationären Verlauf wurde die Patientin hinsichtlich der psychotischen Sympto-

me vollständig remittiert entlassen. Eine leichtgradige depressive Symptomatik bestand weiterhin, im Vergleich zur Aufnahme deutlich verbessert und, soweit beurteilbar, in einer Ausprägung, die mit der bereits jahrelang bestehenden, chronisch persistenten Depression vergleichbar war.

Diskussion

Der SLE ist eine heterogene Autoimmunerkrankung, die verschiedene Organe betreffen kann und deren klinische Präsentation und Verlauf häufig eine hohe Variabilität aufweisen [1]. Die Prävalenz in Deutschland liegt bei 36,7/100.000 mit einem Geschlechterverhältnis (w:m) von 4:1 [2]. Eine Beteiligung des zentralen oder peripheren Nervensystems wird als neuropsychiatrische Manifestation des SLE (NPSLE) bezeichnet und tritt im Verlauf der Erkrankung bei einem sehr großen Teil (bis zu 75 %) der Patienten in höchst unterschiedlichem Schweregrad auf [3]. Dabei umfassen die in diesem Kontext häufig beobachteten psychiatrischen Symptome kognitive Störungen, psychotische Symptome, akute Verwirrheitszustände und depressive Symptome [4]. Als zugrunde liegender Pathomechanismus wird, im Gegensatz zu den vaskulären oder lokal entzündlichen Prozessen bei neurologischen SLE-Komplikationen (beispielsweise thromboembolische Ereignisse, Myelopathie, aseptische Meningitis), ein neuroinflammatorisches Geschehen mit Aktivierung von Entzündungsmediatoren und einem daraus resultierenden diffusen Schaden angenommen. Dazu passt der typischerweise langsam progrediente Verlauf bei psychiatrischen Manifestationen, während vaskuläre Komplikationen häufiger akut beginnen [3].

Die diagnostische Zuordnung neurologischer oder psychiatrischer Symptome bei Patienten mit bekanntem SLE erfordert in erster Linie den Ausschluss konkurrierender Ursachen. Manifestieren sich psychische Auffälligkeiten unter der Gabe von Steroiden, wäre insbesondere eine medikamentös induzierte psychiatrische Symptomatik abzugrenzen; diese tritt bei einer Behandlung mit Prednison in einer Dosis von 1 mg/Tag/kg Körpergewicht bei rund 10 % der Patienten auf, vorrangig als affektive Stö-

rung [5]. Die bei unserer Patientin bereits während des vorangehenden Klinikaufenthalts erhobenen Befunde mit unauffälliger MRT und bis auf eine diskrete Schrankenstörung unauffälligem Liquorbefund sind mit der Diagnose einer NPSLE mit psychotischer und affektiver Symptomatik im Sinne einer eher diffusen Manifestation ohne Nachweis fokaler Läsionen [3] gut vereinbar. Differenzialdiagnostisch wären eine Schizophrenie oder eine schizoaffektive Störung zu diskutieren, jedoch zeigten sich bei der Patientin während der psychotischen Symptome keine dabei zu erwartende Sinnestäuschung oder Ich-Störung. Zudem korrelierten die fremdanamnestischen Angaben einer allmählich progredienten Verhaltensänderung mit zunehmendem Misstrauen und Beobachtungserleben über die letzten Monate mit einem Anstieg der SLE-spezifischen Antikörper (Anti-dsDNA-AK) und verstärktem Komplementverbrauch (C3-Komplement) als Indikator der Entzündungsaktivität im gleichen Zeitraum.

Biomarker für eine NPSLE existieren bei einer Vielzahl von bekannten SLE-assoziierten Antikörpern momentan nicht; ein Zusammenhang von Anti-Ribosomen-Antikörpern mit psychotischen Symptomen wird aufgrund der begrenzten Sensitivität und Spezifität kontrovers diskutiert [6]. Hinzu kommt, dass Antikörperbestimmungen im Serum und Liquor in Analogie zu den verschiedenen Autoimmunen zephalitiden deutlich unterschiedlich aussagekräftig sind [7].

Die Therapie einer NPSLE basiert auf einer Kombination von immunmodulierenden und -suppressiven Behandlungsstrategien mit einer bedarfsgerechten symptomatischen, das heißt antidepressiven oder antipsychotischen Behandlung ohne spezifische Empfehlungen für letztere [8]. Eine Medikation mit Antimalariamitteln (Chloroquin und Hydroxychloroquin), deren immunmodulatorische Wirkung auf der Hemmung intrazellulärer „toll-like receptors“ beruht, wird bei jedem Patienten mit SLE empfohlen. Bei Anzeichen einer Organbeteiligung – und als solche ist eine NPSLE immer zu werten – wird eine Immunsuppression mit Cyclophosphamid, Mycophenolatmofetil oder Azathioprin

Hier steht eine Anzeige.



empfohlen, bei refraktären Verläufen oder Rezidiven Rituximab oder Calcineurin-Inhibitoren (Ciclosporin A, Tacrolimus) [1]. Neben den in den vergangenen Jahren intensiv erforschten antikörpervermittelten Autoimmunenzephalitiden ist die NPSLE ein weiteres Beispiel für organisch bedingte psychische Störungen, wobei die differenzialdiagnostische Abgrenzung gegenüber den klassi-

schen psychiatrischen Erkrankungen eine große Herausforderung darstellen. Dies gilt besonders für Fälle, in denen die Erstdiagnose eines SLE der neuropsychiatrischen Manifestation nicht vorangeht. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Hannes Ole Tiedt
Marco Matthäus Zierhut
Dr. med. Dimitris Repantis
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Charité – Universitätsmedizin Berlin,
 Campus Benjamin Franklin (CBF),
 Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin
 E-Mail: Dimitris.repantis@charite.de

Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche psychiatrische Symptomatik gehört nicht zu den als neuropsychiatrische Manifestation eines SLE (NPSLE) klassifizierbaren Störungen?

- Psychotische Episode
- Schwere Depression
- Manische Phase
- Kognitive Störung
- Akuter Verwirrheitszustand

Lösung

Richtig ist Antwort c. Die Klassifikation der mit SLE assoziierten neuropsychiatrischen Syndrome beruht auf den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) von 1999, die 2001 revidiert wurden [4]. Die Einteilung beruht allerdings auf Untersuchungen relativ kleiner Populationen, sodass seltene Manifestationen damit wahrscheinlich nicht erfasst werden. Eine manische Symptomatik könnte also bei einem NPSLE durchaus auftreten, worauf aktuelle Daten auch hinweisen [9]. Dies könnte in zukünftigen Kriterien berücksichtigt werden.

Frage 2

Welcher Laborparameter zeigt eine neuropsychiatrische Manifestation eines SLE mit klinisch ausreichender Sensitivität an?

- Antikörper gegen doppelsträngige DNA (Anti-dsDNA-AK)
- Antikörper gegen NMDA-Rezeptoren
- Anti-Ribosomen-Antikörper
- Keiner
- C3-Komplement

Lösung

Richtig ist Antwort d. Zwar sind Anti-Ribosomen-Antikörper tatsächlich häufiger nachweisbar bei Patienten mit NPSLE [6], die

Sensitivität lag in einer Metaanalyse jedoch nur bei 26%, die Spezifität bei 80% [10]. Anti-dsDNA-AK sind bei einem SLE typischerweise erhöht und kennzeichnen nicht die neuropsychiatrischen Syndrome. Ein erniedrigtes C3-Komplement reflektiert einen verstärkten Komplementverbrauch und damit eine erhöhte Entzündungsaktivität im Rahmen des SLE. Antikörper gegen NMDA-Rezeptoren sind bei der Autoimmunenzephalitis nachweisbar.

Frage 3

Welche Diagnostik ist bei Patienten mit Verdacht auf einen NPSLE sinnvoll?

- Elektroenzephalografie (EEG)
- Lumbalpunktion
- MRT des Kopfes
- HIV-Serologie
- Drogen-Screening

Lösung

Alle Antworten sind richtig. Die sinnvolle Diagnostik richtet sich nach der klinischen Präsentation, die sehr variabel sein kann. EEG, Lumbalpunktion und kraniale Bildgebung sind angezeigt, da sie mit der Erkrankung selbst zusammenhängende fokale Läsionen oder Auffälligkeiten aufdecken können. Alle hier genannten Untersuchungen können je nach klinischer Konstellation sinnvoll und notwendig sein, um eine konkurrierende Ursache für eine neu aufgetretene psychotische Episode, eine kognitive Störung oder einen Verwirrheitszustand erkennen beziehungsweise ausschließen zu können.

Frage 4

Welche der folgenden Behandlungsverfahren ist keine etablierte therapeutische Option bei SLE/NPSLE?

- Antimalariamittel
- Kortikosteroide
- Cyclophosphamid
- Plasmapherese
- Anti-CD-20-Antikörper

Lösung

Die richtige Antwort ist d. Die Plasmapherese wird bei schweren oder therapierefraktären Verläufen immunologisch vermittelter neurologischen Erkrankungen (beispielsweise Myasthenia gravis oder Guillain-Barré-Syndrom) eingesetzt, nicht jedoch in der Therapie des SLE. Antimalariamittel wie Chloroquin oder Hydroxychloroquin werden aufgrund ihrer immunmodulatorischen Effekte bei jedem Patienten mit SLE empfohlen; Kortikosteroide und Cyclophosphamid werden bei SLE mit Organbeteiligung und somit auch NPSLE eingesetzt. Anti-CD-20-Antikörper (Rituximab) können bei SLE im Fall eines refraktären Verlaufs oder von Kontraindikationen für die anderen Medikamente eingesetzt werden [1].

Literatur

1. Kuhn, A., et al., The Diagnosis and Treatment of Systemic Lupus Erythematosus. *Dtsch Arztebl Int*, 2015. 112(25): p. 423-32.
2. Brinks, R., et al., Age-specific prevalence of diagnosed systemic lupus erythematosus in Germany 2002 and projection to 2030. *Lupus*, 2014. 23(13): p. 1407-11.
3. Jeltsch-David, H. and S. Muller, Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: pathogenesis and biomarkers. *Nat Rev Neurol*, 2014. 10(10): p. 579-96.
4. Ainiala, H., et al., Validity of the new American College of Rheumatology criteria for neuropsychiatric lupus syndromes: a population-based evaluation. *Arthritis Rheum*, 2001. 45(5): p. 419-23.
5. Chau, S.Y. and C.C. Mok, Factors predictive of corticosteroid psychosis in patients with systemic lupus erythematosus. *Neurology*, 2003. 61(1): p. 104-7.
6. Sciascia, S., et al., Autoantibodies involved in neuropsychiatric manifestations associated with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *J Neurol*, 2014. 261(9): p. 1706-14.
7. Fragoso-Loyo, H., et al., Serum and cerebrospinal fluid autoantibodies in patients with neuropsychiatric lupus erythematosus. Implications for diagnosis and pathogenesis. *PLoS One*, 2008. 3(10): p. e3347.
8. Bertsias, G.K., et al., EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann Rheum Dis*, 2010. 69(12): p. 2074-82.
9. Wang, L.Y., et al., Systemic autoimmune diseases are associated with an increased risk of bipolar disorder: A nationwide population-based cohort study. *J Affect Disord*, 2018. 227: p. 31-37.
10. Karassa, F.B., et al., Accuracy of anti-ribosomal P protein antibody testing for the diagnosis of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: an international meta-analysis. *Arthritis Rheum*, 2006. 54(1): p. 312-24.

Suchterkrankungen

Methamphetamin-Abhängigkeit und Elternschaft

Die Abhängigkeit von Methamphetamin liegt in Deutschland im internationalen Vergleich auf mittlerem bis niedrigem Niveau, doch kann in einigen Bundesländern von einer regionalen Konsumepidemie gesprochen werden. Das psychogene Wirkprofil der Substanz ist besonders beachtenswert bei einer Elternschaft, bei den Kindern und bei deren Erziehung durch Suchterkrankte. Dementsprechend ergeben sich regional erhöhte Anforderungen zur Beratung und Unterstützung der betroffenen Familien.

JANINA DYBA, MICHAEL KLEIN, DIANA MOESGEN

Eine regionale Betrachtung verdeutlicht den lokal hochfrequenten Gebrauch von kristallinem Methamphetamin (auch „Crystal Meth“) in Deutschland, speziell in den Bundesländern nahe der tschechischen Grenze (z. B. Sachsen, Thüringen, Nordbayern). In Sachsen beispielsweise ist Crystal

Meth die Hauptproblemsubstanz in der ambulanten Suchthilfe: Der Beratungsbedarf bezüglich eines Stimulanzienkonsums ist hier mit 23,8% der Anfragen etwa dreimal so hoch wie in ganz Deutschland [1]. Die Hilfesysteme in den betroffenen Regionen werden mit drastischen Herausforderungen sowie An-

passungsbedarfen konfrontiert [2] und benötigen eine nachhaltige Verstetigung innovativer Hilfen für die Zielgruppe [1].

Wirkprofil von Crystal Meth

Crystal Meth ist ein hochpotentes Psychostimulans, dessen kurzfristige Wirkeffekte sich vor allem in Euphorie, über-



Crystal Meth ist billig und kann in verschiedenster Weise konsumiert werden.

triebenem Selbstbewusstsein, dem Gefühl gesteigerter Energie sowie ausgeglichener Konzentrations- und Leistungsfähigkeit äußern. Das vegetative Nervensystem wird stark aktiviert, das Schlafbedürfnis und der Appetit werden verringert, der Sexualtrieb deutlich gesteigert. Charakteristisch folgt der lang andauernden High-Phase oftmals ein „Crash“ mit entgegengesetzten Symptomen wie Schläfrigkeit, Lethargie und Antriebslosigkeit oder auch depressiven Verstimmungen. Das sexuelle Verlangen ist dann vermindert, Schlafzeiten und Appetit hingegen sind gesteigert. Die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit zeigt sich eingeschränkt [3, 4, 5].

Im Zuge des Konsums besteht ein erhöhtes Risiko für (persistierendes) psychotisches Erleben mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Grundsätzlich zeigen sich die Langzeitfolgen anhaltenden Konsums auf physiologischer und psychologischer Ebene hochproblematisch. Neben einem massiven körperlichen Verfall (z. B. Organschäden, Zahnschädigungen) können anhaltende Persönlichkeitsveränderungen, Gefühlskälte und depressive bis suizidale Tendenzen auftreten [6]. Die Neurotoxizität der Substanz kann darüber hinaus neuronale (insbesondere präfrontale) Schädigungen erzeugen, die oftmals exekutive und soziale Funktionen einschränken [7, 8].

Elterliche Suchterkrankungen

Allein in Deutschland sind vermutlich bis zu 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche von einer elterlichen Suchtstörung (Alkohol und illegale Substanzen) mitbetroffen [9]. Durch den außergewöhnlich hohen Anteil weiblicher Konsumentinnen im gebärfähigen Alter und der sexuell enthemmenden Substanzwirkung sind Schwangerschaften und somit Elternschaft in der Subgruppe der Methamphetamin-Abhängigen besonders häufig [10, 11]. Da Schwangerschaften oft spät bemerkt werden oder keine Möglichkeit oder Fähigkeit zur Abstinenz besteht, haben besonders diese Kinder ein erhebliches Risiko der pränatalen Exposition gegenüber der Substanz [11].

Der Drogenkontakt im Mutterleib ist dabei assoziiert mit einer Vielzahl von Entwicklungsdefiziten wie nachgeburt-

lich entwicklungsphysiologische, neurobehaviorale und neuronale Auffälligkeiten [12, 13, 14]. Bei Neugeborenen tritt nach pränataler Substanzexposition oft ein neonatales Abstinenzsyndrom auf, das sich in einem heterogenen Erscheinungsbild zwischen Erregung und Lethargie manifestiert [11, 15].

Langfristig zeigen betroffene Kinder vielfach Einschränkungen in sozialen sowie kognitiven Fähigkeiten. Problematisches Verhalten wie Hyperaktivität, Unangepasstheit oder Aggressivität sowie auch erhöhte emotionale Reaktivität, Ängstlichkeit und Depressivität persistieren teilweise bis ins Grundschulalter [16, 17, 18].

Methamphetamin-belastete Familien

Über die Risiken und Folgen der intrauterinen Substanzexposition hinaus ist das Lebensumfeld innerhalb der Methamphetamin-belasteten Familie von erheblicher Relevanz, jedoch derzeit noch wenig erforscht. Erste nationale und internationale Forschungsergebnisse legen ein hochproblematisches soziales wie psychologisches familiäres Setting nahe, mit erheblichen Unterstützungsbedarfen der suchtkranken Eltern sowie deren Kinder.

In Deutschland sind Familien, in denen Eltern(-teile) Methamphetamin konsumieren, deutlich von der Drogensubkultur geprägt, oft assoziiert mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, mit Arbeitslosigkeit, Verschuldung und Straffälligkeit. Betroffene Eltern weisen darüber hinaus häufig psychische Komorbiditäten sowie Traumatisierungen und ungünstige Erfahrungen in der eigenen Ursprungsfamilie auf. Vielfach werden neben Methamphetamin weitere illegale Substanzen konsumiert [20, 21]. Die familiären Konstellationen der Konsumierenden sind schließlich allgemein sehr intransparent und instabil, nur wenige Elternpaare sind dauerhaft liiert, die Abhängigen haben häufig mehrere Kinder und Geschwister vielfach nicht den gleichen Vater. Darüber hinaus konsumieren oft beide Eltern die Substanz.

Ein bedeutsamer Anteil der betroffenen Kinder, die primär im Vor- und Grundschulalter sind, wächst zumindest vorübergehend nicht beim suchtkran-

ken Elternteil auf [21]. Auch internationale Befunde betonen das ungünstige Familien-Setting. So besteht ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung, physischen oder sexuellen Missbrauch, häusliche Gewalt und diskontinuierliche Eltern-Kind-Beziehungen. Weiterhin können Verletzungen und Intoxikationen der Kinder durch die Substanz oder ihre Herstellung resultieren [22].

Kinder aus suchtbelasteten Familien tragen ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung eigener psychischer Störungen und Suchterkrankungen. Sie zeigen oft Defizite in einer Vielzahl von Entwicklungsbereichen, wie der sozialen, kognitiven oder emotionalen Entwicklung [9, 23]. Nach Klein [24] sind in betroffenen Familien folgende Faktoren für die Kindesentwicklung besonders kritisch:

- junges Alter der Kinder,
- Suchterkrankung beider (Stief-)Elternteile,
- psychische Komorbidität der Eltern,
- weitere Suchterkrankungen in der Familie,
- frühe Abhängigkeitsentwicklung der Eltern,
- intensive Exposition gegenüber dem aktuellen elterlichen Suchtverhalten und
- eine Häufung kritischer Lebensereignisse (Trennungen, Gewalt, finanzielle Nöte),

In deutschen Studien zeigten sich psychische Problemlagen der Kinder vor allem in Form emotionaler Belastungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten [20]. Die emotionale Situation ist zum Teil gekennzeichnet durch Traurigkeit und Sorgen um die Eltern. Ebenso relevant ist parentifiziertes Verhalten mit einer

Methamphetamin

Methamphetamin (N-methyl-alpha-Methylphenethylamin) ist eine synthetisch hergestellte Substanz aus der Stoffgruppe der Phenylethylamine und gehört zur Substanzklasse der Amphetamine. Es ist ein potentes Stimulans und regt als indirektes Sympathomimetikum stark die sympathischen Teile des vegetativen Nervensystems an. Andere Namen sind umgangssprachlich Crystal Meth, Meth, Ice oder Crystal.



Kinder suchtkranker Eltern(-teile) tragen ein erhöhtes Risiko für eigene psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen.

unangemessenen Verantwortungsübernahme und daraus resultierenden Schuldgefühlen. Des Weiteren sind neben internalisierenden Symptomen vor allem externalisierendes Verhalten und Hyperaktivität problematisch bei betroffenen Kindern [20]. Internationale Befunde legen ebenso ein Risiko für Traumatisierungen, aggressive Verhaltens Tendenzen und ADHS-Symptomatik nahe [25, 26, 27]. Die Auffälligkeiten in den verschiedensten Entwicklungsbereichen ergeben sich sowohl aus der pränatalen Substanzexposition und damit assoziierten Entwicklungsdefiziten als auch aus der Kumulierung von Risikofaktoren der problematischen kindlichen Lebensbedingungen.

Elternschaft und Erziehung

Elternschaft stellt für Methamphetamin-Abhängige, die sich oft multiplen Problemlagen und einer meist schwierigen eigenen Lebenssituation gegenübersehen, eine besondere Herausforderung dar. Hinzu kommt, dass für viele der mitbetroffenen Kinder Verhaltensauffälligkeiten beschrieben werden, was die Aufgabe der Erziehung weiter erschweren kann. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass im Kontext von Methamphetamin-Abhängigkeit die allgemeine Erziehungskompetenz eingeschränkt ist und eine adäquate Betreuung, Anleitung und Versorgung der Kinder insbesondere bei aktuell Konsumierenden (auch

entgegen ihren Wünschen und Ideen) oft misslingt [20]. Dies gilt vor allem unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnislagen und Entwicklungsbedarfe der potenziell belasteten und verhaltensauffälligen eigenen Kinder.

Eine vertiefte Betrachtung des Erziehungsverhaltens und der Interaktionen innerhalb der Methamphetamin-belasteten Familie ist zur Entwicklung adäquater Unterstützungsangebote dringend notwendig. Hinsichtlich des Eltern-Kind-Kontakts sind erheblich volatile, von Konsumstatus und Intoxikation geprägte Interaktionen wahrscheinlich. Hierbei ist gemäß der Substanzwirkung von einem beliebigen Wechsel zwischen Ansprechbarkeit, (Über-)Stimulation, Gereiztheit oder Lethargie auszugehen.

Erste qualitative Forschungsbefunde aus Deutschland verdeutlichen die problematischen Eltern-Kind-Interaktionen in den betreffenden Familien [20]: Neben konsumbedingter Vernachlässigung von Pflichten im Kontext von Kindern und Familie werden eine vermehrte physische und emotionale Distanz und ein Fehlen von Nähe gegenüber den Kindern von den Eltern thematisiert. Weiterhin substanzcharakteristisch zeigt sich auf Verhaltensebene eine verstärkte Reizbarkeit bis hin zur Aggression. Auch egozentrische Fixierungen und sozialer Rückzug werden von Methamphetamin-abhängigen Eltern beschrieben, was eine emotionale Vernachlässigung betroffe-

ner Kinder nahelegt. Das konkrete Erziehungsverhalten variiert dabei zwischen vermehrter Strenge, harschem Umgang sowie teilweise gesteigerter Nachgiebigkeit und Permissivität.

Erlebte Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Elternrolle werden vor allem in Form von Schuldgefühlen und Ambivalenz dargestellt. Als außerdem problematisch werden die große Verantwortung, der Umgang mit kindlichen Verhaltensauffälligkeiten sowie Konflikte mit anderen Betreuungspersonen von betroffenen Eltern erlebt [20].

Eine nordamerikanische Interviewstudie [28] zeigt vergleichbare Ergebnisse. Eltern beschreiben eine unbalancierte Erziehung zwischen starken negativen Emotionen und Apathie als Auswirkung ihres Konsums. Außerdem relevant ist ein extremer Aufwand der Eltern, Kinder und Konsum vermeintlich zu trennen („Doppelleben“) sowie eine retrospektive Ambivalenz bezüglich der Erfüllung der eigenen Elternrolle. Erste Einblicke in elterliche Rollenstressoren verdeutlichen insbesondere bei Müttern prekäre wirtschaftliche Situationen sowie vermehrt depressive Symptome [29]. Dies deckt sich mit Befunden zu elterlichem Stresserleben pränatal-konsumierender Mütter, die starke Stressbelastung und deutliche Depressivität aufweisen [30].

Spezifizierung elterlicher Belastungen

In einem aktuellen Forschungsprojekt [31] wurden die elterlichen Probleme weiter differenziert. Anhand einer Stichprobe mit 87 Elternteilen (68 Mütter und 19 Väter), die sich aufgrund ihres Methamphetamin-Konsums in Behandlung befanden und dabei größtenteils abstinent lebten, konnten elterliche Belastungen systematisch betrachtet und ihre Bedeutung für kindliche Problemlagen analysiert werden. Anhand des Elternbelastungsinventars [32] zeigten Mütter und Väter Schwierigkeiten sowohl mit ihrer Elternrolle als auch im Umgang mit dem kindlichen Verhalten. Der Großteil der Mütter war stark belastet durch die depressiv-negative Wahrnehmung der eigenen Elternschaft. Über drei Viertel erlebten zudem starke, belastende Anforderungen durch ihre

Kinder, jeweils etwa zwei Drittel schätzten sich als wenig kompetent in ihrer Mutterrolle ein und erlebten soziale Isolation [33].

Eine erste standardisierte Erfassung dysfunktionalen Erziehungsverhaltens fand anhand des Erziehungsfragebogens in Kurzform statt [34]. Danach zeigen Mütter und Väter sowohl Tendenzen zum Überreagieren als auch zu erheblicher verbaler Weitschweifigkeit [33]. Mütter berichteten generell mehr dysfunktionales Erziehungsverhalten als Väter. Weiterhin wurden elterliche psychische Belastungen anhand von Subskalen der Brief-Symptom-Checklist [35] erfasst. Hier wurde eine ausgeprägte psychische Belastung der Eltern evident, unter anderem hinsichtlich depressiver Symptome und aggressiver Tendenzen. Fast die Hälfte aller Eltern war insgesamt psychisch auffällig [33].

Kindliche Problemlagen manifestieren sich auch hier – kohärent mit bestehenden Forschungsbefunden – vor allem in sowohl externalisierenden als auch internalisierenden Symptomen. Vertiefte Analysen verdeutlichen, dass primär elterliche Probleme (insbesondere psychische Belastungen und Elternstress) relevante Prädiktoren für die Gesamtbelastung der Kinder darstellen. Weiterhin werden Verhaltensprobleme verstärkt von jüngeren Eltern berichtet und nehmen mit steigendem Alter der Kinder zu [33].

Fazit für die Praxis

Die vorliegenden Befunde unterstreichen den umfangreichen Hilfebedarf Methamphetamin-abhängiger Eltern und ihrer Kinder. Auch nach Erreichen einer Abstinenz erfahren die Eltern ein erhebliches Stresserleben in der eigenen Rolle. Insbesondere depressive Wahrnehmungen der Elternschaft sind hierbei problematisch. Hinzu kommt eine ungünstige Konstellation aus geringem Kompetenzerleben bei großer wahrgenommener Anforderung durch die Kinder. Dies kann in einer Überforderung der betroffenen Eltern münden und somit als potenzieller Risikofaktor für einen Rückfall fungieren [33]. Psychische Belastungen, insbesondere hinsichtlich Depressivität, erschweren oftmals die Situation. Erziehungsverhalten und Eltern-Kind-Interaktion sind außerdem häufig in-

Unterstützungsmöglichkeiten für Methamphetamin-abhängige Eltern

Gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinien [11] sollten Methamphetamin-abhängige Eltern regelhaft über die Angebote der Jugend- und Familienhilfe informiert werden. Eine engmaschige Betreuung wird dabei in interdisziplinärer Kooperation mit Suchthilfeeinrichtungen grundsätzlich empfohlen. Die dargelegten Probleme verdeutlichen, dass die Förderung elterlicher Fähigkeiten hierbei ein zentrales Thema darstellen muss. Neben der Bearbeitung von Schuldgefühlen oder (Selbst-)Stigmatisierung sollte die Reduzierung dysfunktionalen Erziehungsverhaltens und die Förderung bindungsorientierter, liebevoller Interaktionen in den Fokus genommen werden. So kann für die oftmals jungen Kinder ein angemessenes Entwicklungs-Setting kreiert werden. Weiterhin legen auch Befunde zur pränatalen Substanzexposition nahe, dass die Präsenz einer zugewandten Bezugsperson sich positiv auf die assoziierten Entwicklungsdefizite auswirkt [19].

Aufgrund der häufig vorhandenen depressiven Wahrnehmung der eigenen Elternrolle Methamphetamin-abhängiger Mütter und Väter empfiehlt sich zur Förderung der elterlichen Kompetenzen ein kleinschrittiger, ressourcenorientierter Ansatz [33]. Am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung wurde im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Forschungsprojekts die in Deutschland erste Intervention speziell für Methamphetamin-abhängige Eltern mit Kindern bis acht Jahren entwickelt. Dieses Elterntraining mit dem Titel Suchthilfe und Familientraining (SHIFT), ein modularisiertes Gruppenprogramm mit acht Sitzungen, wurde in Kooperation mit Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen in betroffenen Regionen Deutschlands (Sachsen, Thüringen) implementiert und evaluiert [36].

Unter präventiver Perspektive ist des Weiteren eine frühzeitige, systematische Berücksichtigung betroffener Kinder im Hilfesystem notwendig. Grundsätzlich sollte bei ersten Anzeichen von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten eine fachgerechte, interdisziplinäre Diagnostik vorgenommen werden [11]. Insbesondere mit zunehmendem Alter ist zu erwägen, betroffenen Kindern außerdem individuelle Unterstützung und Förderung anzubieten. Hierbei sollte auf die Stärkung von Bewältigungsstrategien und Ressourcen fokussiert werden. Zentral sind dabei etwa die Förderung von Problemlösefähigkeiten, der Reflexionsfähigkeit, der Selbstwirksamkeit sowie der sozialen Kompetenzen [37].

Suchtkranke Eltern und deren Kinder bilden eine besondere Risikogruppe. Elterliche Methamphetamin-Abhängigkeit muss innerhalb aller Suchtstörungen als besonders riskant gelten, da durch das Wirkprofil der Substanz Aggressivität, Unberechenbarkeit, psychoähnliche Verhaltensweisen und generell eine hohe Verhaltensvolatilität erzeugt werden. Betroffene Kinder sollten daher engmaschig und kontinuierlich unter der besonderen Aufmerksamkeit und Sorge der zuständigen Fachkräfte stehen. Als entscheidende und im Übrigen auch motivierende Intervention kann die Elternkompetenz gefördert werden, um eine Abstinenz oder wenigstens Konsumreduktion zu erreichen. Das Programm SHIFT liefert dafür erste evidenzbasierte Methoden.

stabil und für die Kinder unberechenbar. Methamphetamin-abhängige Eltern haben oftmals Schwierigkeiten, einen adäquaten, stabilen und konsistenten Erziehungsstil zu verfolgen und offenbaren Tendenzen zu sowohl übermäßig strengem als auch regellosem Erziehungsverhalten. Unabhängig vom aktuellen Substanzkonsum muss hier eine biografische, transgenerationale Perspektive berücksichtigt werden. Da betroffene Eltern selbst häufig aus ungünstigen familiären Verhältnissen stammen, trägt das Fehlen von Rollenmodellen und adäquaten Coping-Strategien potenziell zu ihren Schwierigkeiten in der Elternrolle bei [33]. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dipl.-Psych. Janina Dyba
Prof. Dr. Michael Klein
Dr. Diana Moesgen
 Katholische Hochschule
 Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)
 Deutsches Institut für Sucht- und
 Präventionsforschung (DISuP)
 Wörthstraße 10, 50668 Köln
 E-Mail: j.dyba@katho-nrw.de

Literatur

1. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. Sucht 2017 – Bericht der Sucht-krankenhilfe in Sachsen. Dresden: SLS e.V; 2018
2. Wetzel W, Rothe A. „Suchtberatung anders“ – Veränderungsbedarfe in der ambulanten Suchthilfe durch Crystal Meth. Suchttherapie 2016;17:22–26
3. Rawson R, Gonzales R, Ling W. Clinical aspects of methamphetamine. In: Johnson BA (Hrsg.). *Addiction Medicine – Science and Practice*. New York: Springer; 2012:495–510
4. Rawson R, Gonzales R, Ling W. Methamphetamine abuse and dependence: An update. *Dir Psychiatry* 2006;26:131–44
5. Halkitis PN. Methamphetamine addiction. Biological foundations, psychological factors, and social consequences. Washington, DC: American Psychological Association; 2009
6. Meredith CW, Jaffe C, Ang-Lee K, Saxon A. Implications of chronic methamphetamine use: A Literature Review. *Harv Rev Psychiatry* 2005;13:141–54
7. Homer BD, Solomon TM, Moeller RW, Mascia A, DeRaleau L, Halkitis PN. Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: A review of the underlying neurophysiological causes and behavioral implication. *Psychol Bull* 2008;134:301–10
8. Kim YT, Kwon DH, Chang Y. Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers. *Psychiatry Res* 2011;186:80–4. Online: 10.1016/j.psychres.2010.06.027
9. Klein M, Thomasius R, Moesgen D. Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kinder aus suchtkranken Familien*. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung; 2017:4–27
10. Milin S, Lotzin A, Degkwitz P, Verthein U, Schäfer I. Amphetamin und Methamphetamine – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS); 2014
11. Mühlig S, Dirks H, Dyba J, Klein M, Paulick J, Scherbaum N, Siedentopf JP. Besondere Situationen. In: *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. S3-Leitlinie Methamphetamine-bezogene Störungen*. Berlin: Springer; 2016:117–39
12. Forrester MB, Merz RD. Risk of selected birth defects with prenatal illicit drug use, Hawaii, 1986–2002. *J Toxicol Environ Health* 2007;70(1):7–18. Online: 10.1080/15287390600748799
13. Kwiatkowski MA, Roos A, Stein DJ, Thomas KG, Donald K. Effects of prenatal methamphetamine exposure: A review of cognitive and neuroimaging studies. *Metab Brain Dis* 2013;29:245–54. Online: 10.1016/j.bbr.2014.11.005
14. Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Grant P, Rizwan S, Arria A et al. Prenatal methamphetamine use and neonatal neurobehavioral outcome. *Neurotoxicol Teratol* 2008;30:20–8. Online: 10.1016/j. nnt.2007.09.005
15. Dinger J, Näther N, Wimberger P, Zimmermann US, Schmitt J, Reichert J, Rüdiger M. Steigender Konsum von Crystal Meth in Sachsen und dessen Risiken für Mutter und Kind – Erfahrungen aus einem Perinatalzentrum Level I aus pädiatrischer Sicht. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2017;221:73–80. Online: 10.1055/s-0043-102953
16. Abar B, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, Rizwan S, Smith LM, Arria A et al. Examining the relationship between prenatal methamphetamine exposure, early adversity, and child neurobehavioral disinhibition. *Psychol Addict Behav* 2013;27(3):662–73. Online: 10.1037/a0030157
17. Van Dyk J, Ramanjam V, Church P, Koren G, & Donald K. Maternal methamphetamine use in pregnancy and long-term neurodevelopmental and behavioral deficits in children. *Can J Clin Pharmacol* 2014;21(2):185–96. Online: 10.1007/s11920-015-0626-5
18. Eze N, Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, Arria A et al. School-aged outcomes following prenatal methamphetamine exposure: 7.5 year follow-up from the Infant Development, Environment and Lifestyle Study. *JPeds* 2016;170:34–8. Online: 10.1016/j.jpeds.2015.11.070
19. Twomey J, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, Shah R, Smith L et al. Prenatal Methamphetamine Exposure, Home Environment and Primary Caregiver Risk Factors Predict Child Behavioral Problems at 5 Years. *Am J Orthopsychiatry* 2013;83(1):64–72. Online: 10.1111/ajop.12007
20. Klein M, Dyba J, Moesgen D, Urban A. Crystal Meth und Familie – Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: Bundesgesundheitsministerium; 2015
21. Dyba J, Klein M, Wetzel W. Elternschaft, Partnerschaft und familiäre Konstellationen bei Methamphetaminekonsumierenden – Eine Analyse der Beratungsdokumentation in der ambulanten Suchthilfe. *Suchttherapie* 2017;18(2):73–8. Online: 10.1055/s-0043-102928
22. Messina N, Jeter K, Marinelli-Casey P, West K, Rawson R. Children exposed to methamphetamine use and manufacture. *Child Abuse Negl* 2014;38(11):1872–83. Online: 10.1016/j.chiabu.2006.06.009
23. Solis M, Shadur JM, Burns AR, Hussong AM. Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Curr Drug Abuse Rev* 2012;5(2):135–47. Online: 10.2174/1874473711205020135
24. Klein M. Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2001;2:118–24
25. Haight W, Ostler T, Black J, Kingery L. Children of methamphetamine-involved families. The case of rural Illinois. New York: Oxford University Press; 2009
26. Asanbe CB, Hall C, Bolden CD. The methamphetamine home: psychological impact on preschoolers in rural Tennessee. *J Rural Health* 2008;24(3):229–35. Online: 10.1111/j.1748-0361.2008.00163.x.
27. Paravesh N, Mazhari S, Nazari-Noghabi M. Frequency of psychiatric disorders in children of opioid or methamphetamine – dependent parents. *Addict Health* 2015;7(3-4):140–8. Online: 10.1300/J160v06n01_04
28. Brown JA, Hohman M. The impact of methamphetamine use on parenting. *Soc Work Pract Addict* 2006;6(1-2):63–88. Online: 10.1300/J160v06n01_04
29. Semple SJ, Strathdee SA, Zians J, Patterson T. Methamphetamine-using parents: The relationship between parental role strain and depressive symptoms. *J Stud Alcohol Drugs* 2011;72:954–64
30. Liles BD, Newman E, LaGasse LL, Derauf C, Shah R, Smith LM, Arria A et al. Perceived child behavior problems, parenting stress, and maternal depressive symptoms among prenatal methamphetamine users. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012;43(6):943–57. Online: 10.1007/s10578-012-0305-2
31. Katholische Hochschule NRW – Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung. *Crystal Meth & Familie II: Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetamineabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz*. Köln: KathHO NRW; 2018. [cited: 2018 Apr 04]. Online: www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/forschungsprojekte/crystal-meth-und-familie-ii/
32. Troester H. Eltern-Belastungs-Inventar. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R.R. Abidin. Goettingen: Hogrefe; 2011
33. Dyba J, Moesgen D, Klein M, Leyendecker B. Mothers and fathers in treatment for methamphetamine addiction – parenting parental stress, and children at risk. *Child Fam Soc Work*. 2018 Aug. 10.1111/cfs.12587
34. Naumann S, Bertram H, Kuschel A, Heinrichs N, Hahlweg K, Döpfner M. Der Erziehungsfragebogen (EFB). *Diagnostica* 2010;56(3):144–57. Online: 10.1026/0012-1924/a000018
35. Franke GH. Brief Symptom Checklist. Goettingen: Hogrefe; 2017
36. Katholische Hochschule NRW – Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung. *Das SHIFT Elterntraining*. Köln: KathHO NRW; 2018. [cited: 2018 Apr 04]. Online: www.shift-elterntraining.de
37. Velleman R, Templeton LJ. Impact of parents' substance misuse on children: An update. *BJPsych Advances* 2016;22:108–17. Online: 10.1192/apt.bp.114.014449

Neurodegenerative Erkrankungen

Assessment von Alltagsfunktionen und Therapie bei Parkinson-Demenz

Im Rahmen von neurodegenerativen Erkrankungen, insbesondere bei der Demenz, kommt es zu einem erheblichen Verlust der Alltagskompetenz bis hin zu einer vollständigen Pflegebedürftigkeit des Patienten in späten Krankheitsstadien. Dieser Artikel stellt wesentliche Einflussfaktoren auf die Alltagskompetenz sowie erste Therapieansätze zur Verbesserung von Alltagsverhalten bei der Parkinson-Erkrankung (PD) dar.

SARA BECKER, KATHRIN BROCKMANN, INGA LIEPELT-SCARFONE



Die Erfassung von Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz bei Parkinson-Patienten ist essenziell für die Diagnose einer Parkinson-Demenz.

Der Verlust der Alltagskompetenz bei der Demenz kann bis zur vollständigen Pflegebedürftigkeit des Patienten führen. Unter Alltagskompetenz versteht man, dass ein Erwachsener alltägliche Aufgaben in seinem Kulturkreis selbstständig und unabhängig in einer eigenverantwortlichen Weise erfüllen kann. Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sind komplexe Alltagsaufgaben, beispielsweise Finanzen regeln, Einkaufen oder soziale Aktivitäten, bei denen oftmals eine Interaktion mit der Umwelt erforderlich ist. Als Basis-ADL werden Tätigkeiten klassifiziert, die in erster Linie der Aufrechterhaltung des körperlichen Wohlbefindens dienen, beispielsweise kochen, waschen und anziehen [1].

Parkinson-Erkrankung

In Deutschland sind in etwa 200.000 Menschen von der Parkinson-Erkrankung (PD) betroffen, jährlich erkranken zirka 12.000 Personen an PD [2]. Die Prävalenz steigt mit dem Lebensalter stark an, so sind 1,8% aller 65-Jährigen, 2,4% aller 70-Jährigen und 2,6% aller über 85-Jährigen erkrankt [3].

Die klassischen Leitsymptome der PD sind Akinese, Rigor, Ruhetremor und posturale Instabilität. In der kürzlich erschienenen Revision der Diagnosekriterien der Parkinson-Erkrankung der Movement Disorder Society (MDS) wird die posturale Instabilität nicht mehr als frühes Leitsymptom der Erkrankung definiert, da sich diese oftmals erst im fortgeschrittenen Krankheitsprozess ausbildet. Die Akinese (Bewegungsverarmung) tritt mit einer Bewegungsverlangsamung (Bradykinese) und einer verminderten Bewegungsamplitude (Hypokinese) auf. Für die Diagnose eines Parkinson-Syndroms muss die Akinese zusätzlich zum Auftreten vom Rigor oder Ruhetremor vorliegen [4].

Darüber hinaus sind bei PD-Patienten eine Reihe weiterer, nicht motorischer Symptome zu beobachten. Neben somatischen Beschwerden wie autonomen Funktionsstörungen, gastrointestinalen Beschwerden und Schwindel betreffen diese auch Änderungen im Verhalten (Depression, Ängste) und der geistigen (kognitiven) Fähigkeiten. Kognitive Störungen sind bei Patienten mit PD kein seltenes Phänomen. Sie können neben den motorischen Belastungsfaktoren die Stressbelastung für die Patienten und Angehörigen erhöhen und somit deren Lebensqualität entscheidend mitbeeinflussen [5]. Eine frühe und valide Diagnosestellung der Parkinson-Demenz (PDD) hat somit eine hohe therapeutische Konsequenz. Die Gabe von Cholinesterasehemmern wirkt dem Fortschreiten der Demenz entgegen [6] und hilft somit die Lebensqualität der Patienten langfristig zu verbessern. Zunehmend wird die Wirksamkeit nicht pharmakologischer Therapiemaßnahmen insbesondere

in frühen Phasen des kognitiven Leistungsabbaus diskutiert, was eine frühe und valide PDD-Diagnose voraussetzt. Das Kernkriterium einer PDD ist die offensichtliche Minderung der Alltagskompetenz, hervorgerufen durch den kognitiven Leistungsabbau [7]. Eine sichere Unterscheidung von kognitiven und anderen Faktoren als Ursache von Alltagsproblemen ist daher von essenzieller therapeutischer Relevanz.

Einflussfaktoren auf die Alltagskompetenz

Neben dem Einfluss kognitiver Störungen bei PD kann die Alltagskompetenz durch eine Vielzahl anderer Symptome, in erster Linie durch die Bewegungsstörungen, mitbestimmt werden. Forschungsstudien belegen, dass Patienten mit PD weniger aktiv sind, das heißt weniger Zeit mit Tätigkeiten wie „gehen“ verbringen und dies auch in langsamerer Geschwindigkeit als Personen ohne Parkinson tun [8]. Aufgrund der eingeschränkten Fingerschicklichkeit ist für einige Patienten die Ausübung von Hobbies wie Basteln oder Handarbeiten deutlich erschwert.

Leitsymptome einer mittelgradigen und schweren depressiven Episode gemäß der ICD-10 sind jedoch ebenfalls Einschränkungen in den beruflichen und häuslichen Anforderungen. Es konnte gezeigt werden, dass depressive Symptome und Apathie, unabhängig von der Schwere der Bewegungsstörung bei PD, zu mehr Problemen bei der Alltagsbewältigung führen [9]. Erschwerend kommt hinzu, dass das Risiko einer Depression bei PDD höher ist als bei Patienten ohne kognitive Störungen, das heißt, beide Phänomene treten oft zusammen auf und wirken auf den Alltag ein [10]. Eine valide Differenzialdiagnose beider Störungen ist daher für weitere Therapieentscheidungen von hoher Bedeutung. Können beide Einflussgrößen auf das Alltagsverhalten nicht sicher abgegrenzt werden, empfiehlt es sich in einem ersten Schritt die depressiven Symptome zu behandeln, um die eigentliche Schwere der kognitiven Defizite nach Rückbildung der Depression beurteilen zu können.

Als weitere nicht motorische Symptome werden autonome Funktionsstörungen, insbesondere Blasenstörungen, von den Patienten als maßgeblich für die Alltagsgestaltung benannt [11]. Für eine valide Diagnose einer PDD sollten diese vielfältigen Einflussfaktoren auf die Alltagskompetenz gegebenenfalls mitbedacht und der primäre Faktor der Funktionseinschränkung abgegrenzt werden.

Kognitive Störungen und Auswirkungen auf den Alltag

Das Risiko an einer Demenz zu leiden ist bei PD zirka sechsmal höher als bei gesunden Personen vergleichbaren Alters [12]. Bei jedem vierten PD-Patient liegt die Diagnose einer Demenz vor. Die Prävalenz der PDD steigt mit dem Alter an, und wird

in der Bevölkerung ab dem 65. Lebensjahr auf zirka 0,3–0,5 % geschätzt [13]. Die Rate der jährlichen Neuerkrankungen wird mit 10 % angenommen. Im Rahmen der PD steigt das Risiko einer PDD mit zunehmender Erkrankungsdauer deutlich an, nach zirka 12 bis 15 Jahren kann die Diagnose einer PDD bei über der Hälfte aller PD-Patienten gestellt werden [14].

Die Vielzahl kognitiver Beeinträchtigungen ist auch bei PD-Patienten beschrieben, die nicht als dement gelten. Es wird angenommen, dass bei jedem vierten (zirka 27 %) PD-Patient kognitive Störungen in leichter Ausprägung vorliegen (PD-Mild cognitive impairment, MCI), in einigen Fällen sind diese bereits vor oder unmittelbar nach Diagnose der PD nachweisbar [15].

Die Diagnose einer PD-MCI erfordert den Nachweis der Leistungsabnahme im Vergleich zum prämorbidem (vor PD) Leistungsniveau, evaluiert durch die Anwendung etablierter Screening-Verfahren (z. B. Minimental Status Test oder Montreal Cognitive Assessment, Level-I-Diagnose) oder dem Nachweis von neuropsychologischen Defiziten in mindestens zwei Tests einer oder mehrerer der folgenden kognitiven Domänen: Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis, exekutive Funktionen, visuell-konstruktive Leistungen, Gedächtnis oder Sprache.

Das neuropsychologische Leistungsprofil von PD-Patienten mit und ohne Demenz unterscheidet sich quantitativ, jedoch nicht qualitativ voneinander, das heißt die Klassifikation einer Demenz basiert aktuell nicht auf einer bestimmten Konstellation kognitiver Störungen, sondern lediglich auf dem Schweregrad dieser Beeinträchtigungen [16].

Somit ist für die Diagnose einer PDD die Beurteilung der Alltagskompetenz das primär entscheidende Kriterium. Die Richtlinien der Expertengruppe der MDS spezifizieren, dass bedeutende Einschränkungen in der Alltagskompetenz eindeutig auf kognitive Faktoren (z. B. selbstständiges Erledigen von Finanzangelegenheiten) und nicht vorrangig durch motorische Probleme oder andere Faktoren (Depression, Psychose, autonome Funktionsstörungen) verursacht sein müssen, um die Diagnose einer PDD stellen zu dürfen. Die Trennung von kognitiven und motorischen Einflussgrößen auf die Alltagskompetenz stellt somit eine besondere Herausforderung dar.

Verlust der Alltagskompetenz als Risikofaktor einer Parkinson-Demenz

Es zeigt sich immer deutlicher, dass sich ADL-Einschränkungen vermutlich parallel zur Progression kognitiver Störungen entwickeln, und dass komplexe (instrumentelle) ADL-Funktionen bereits bei nicht dementen Parkinson-Patienten in leichter Ausprägung eingeschränkt sein können [17]. Erste ADL-Einschränkungen treten also schon sehr frühzeitig im Verlauf der demenziellen Entwicklung auf, oftmals als Vorboten der PDD [18]. Daher können leichte ADL-Beeinträchtigungen bei PD-MCI-Patienten ein potenziell höheres Risiko für eine spätere Demenz charakterisieren, im Vergleich zu PD-MCI-Patienten ohne funktionelle Beeinträchtigungen. Allerdings ist aktuell noch unklar, ob ADL-Einschränkungen kontinuierlich über eine größere Zeitspanne langsam und schleichend zunehmen, oder ob diese innerhalb einem kurzen Zeitraum sehr rasch progredient fortschreiten.

In der Literatur wurde wenig Aufmerksamkeit auf die Beziehung zwischen ADL-Beeinträchtigungen und kognitiver Defizite bei PD-MCI gerichtet. Neben dem Verlust der globalen kognitiven Leistung als Ursache der Alltagsprobleme im Rahmen der PDD stehen insbesondere Störungen der exekutiven Funktion mit der ADL-Leistung in Beziehung. Es wird vermutet, dass komplexere ADL besonders vulnerabel für frontale Defizite sind, zum Beispiel für Probleme in der Handlungsplanung, Zieldefinition und im Abgleich zwischen Handlungsplan und aktuellem Ausführungsstatus [19].

Messverfahren für den Alltag

Die Beeinträchtigung der ADL-Funktionen bei PD ist ein Kernmerkmal für die Diagnose der PDD. Daher müssen geeignete Verfahren etabliert werden, um die ADL-Funktionen reliabel und valide messen und beurteilen zu können. Zur Erfassung der Fähigkeit des Patienten, seine Alltagsfunktionen zu meistern, werden oftmals neuropsychologische Tests sowie Befragungen der Bezugspersonen benutzt, was das Risiko einer Unterschätzung der Dysfunktion und Behinderung in sich birgt [20]. Andererseits werden standardisierte Skalen verwendet, die für andere Demenzen bestimmt sind, und somit die motorischen Auswirkungen der Krankheit nicht diskriminieren. Vor allem ist die gezielte Anwendung bei PD-Patienten problematisch, da der krankheitsspezifische Beitrag der Skalen wenig betrachtet wird. Im Folgenden werden verschiedene Patienten- und Angehörigenfragebögen dargestellt, die bei der PD zur Erfassung der ADL-Kompetenz geeignet sind.

Patientenfragebögen

Die Einschätzung und Wahrnehmung von Alltagseinschränkungen des Patienten werden in Selbsteinschätzungsskalen wiedergespiegelt. Ein wichtiger, beeinflussender Faktor ist das Verharmlosen von Alltagseinschränkungen bei Zunahme der kognitiven Einschränkungen. Ähnlich wie bei der Alzheimer-Krankheit zu beobachten, haben PD-Patienten oft eine falsche Wahrnehmung von ihren eigenen kognitiven Einschränkungen und können somit ihre funktionellen und sozialen Defizite nicht immer realitätsgetreu berichten [21]. Eine der wenigen speziell für Parkinson entwickelten Skalen ist der „Parkinsons Disease Activities of Daily Living Scale“ (PADLS). Der PADLS ist jedoch derzeit nur in englischer Version erhältlich [22]. Patienten können mit dieser Skala Aussagen zu ADL-Beeinträchtigungen, die mit der PD zusammenhängen, treffen. Eine Unterscheidung der kognitiven und motorischen Einflüsse auf die ADL-Funktionen ist bei dieser Skala hingegen nicht möglich.

Bisher sind leider sehr wenige Selbsteinschätzungsskalen ins Deutsche übersetzt worden, die wenigen existierenden deutschen Skalen können sowohl von den betreffenden Patienten als auch von deren Angehörigen ausgefüllt werden. Eine kurze Übersicht:

Angehörigenbeobachtungen

Um Alltagseinschränkungen zu erfassen, werden in der Literatur Informantenbefragungen oftmals als Indikation für das Funktionieren in der realen Welt verwendet. Hierzu werden Personen, die im engen Kontakt zu dem Patienten stehen, befragt, zum Beispiel Betreuungspersonen, Ehepartner, Kinder, enge

Freunde oder andere Verwandte. Informantenfragebögen können eine genaue Darstellung der Kompetenz des Patienten bilden, allerdings sind sie auch anfällig für subjektive Voreingenommenheit und dürfen nicht als einziges Kriterium zur Beurteilung der ADL-Beeinträchtigung angewandt werden [23]. Zudem muss erwähnt werden, dass viele Verfahren, die aktuell in Forschungsstudien bei PD angewandt werden, nicht ursprünglich für die Parkinson-Erkrankung entwickelt wurden, sondern eher für andere Demenzarten wie die Alzheimer-Demenz [24].

IADL-Fragebogen

Ein Beispiel hierfür ist der Instrumental Activities of Daily Living (IADL)-Fragebogen von Lawton und Brody [25]. Dieser Fragebogen umfasst acht verschiedene Funktionsbereiche, die den Grad der Pflegebedürftigkeit älterer dementer Personen erfassen sollen. Jedes Item enthält Antworten, die ein Funktionsspektrum von „keine“ bis zu „schweren funktionellen“ Beeinträchtigungen widerspiegeln. Der IADL wird als ADL-Skala bei PD angewandt [26]. Sowohl demente Patienten als auch deren Angehörige beurteilen sich in dieser Skala als mehr eingeschränkt im Alltag in den erfragten Bereichen: Medikamentenmanagement, finanzielle Angelegenheiten regeln, Transportmittel oder Telefon benutzen, Einkaufen, Hauswirtschaft, Essenszubereitung und Wäsche waschen [27].

Pfeffer Functional Activities Questionnaire

Der Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ) wurde ursprünglich als Patientenfragebogen zur Differenzierung der funktionellen Beeinträchtigung von nicht erkrankten und dementen Personen entwickelt [28]. Er besteht aus zehn Items. Die Fähigkeit jede Aktivität auszuführen wird auf einer Skala von 0 (keine Probleme) bis 3 (von anderen abhängig) eingestuft. Kürzlich wurde eine modifizierte Version des FAQ vorgeschlagen, bei der zwei Items, die von den Autoren als besonders motorisch anfällig betrachtet wurden, aus dem Test eliminiert wurden [29]. Für die modifizierte Version wird ein Cut-off von 3,5 Punkten vorgeschlagen, der mit einer Sensitivität von 47 % und einer Spezifität von 88 % zwischen PD-Patienten mit und ohne ADL-Einschränkungen differenziert. Eigene Forschungsarbeiten deuten darauf hin, dass verschiedene Aufgaben des FAQ in der Tat eine hohe Assoziation zur Bewegungsstörung bei PD aufweisen, während andere Aufgaben mit der Schwere der kognitiven Störung in Verbindung stehen [30].

ADCS-Fragebögen

Weitere Angehörigenfragebögen wurden von der Alzheimer's Disease Cooperative Study (ADCS) Group entwickelt, um ADL-Einschränkungen sowie Veränderungen der ADL-Fähigkeiten zu erfassen. Die Gruppe hat zwei Skalen entwickelt: die ADCS-Activities of Daily Living Scale (ADCS-ADL) für bereits demente Patienten und die ADCS-MCI-Activities of Daily Living Scale (ADCS-MCI-ADL) für die Anwendung bei leichten kognitiven Störungen [31]. Bei beiden Fragebögen wird die Bezugsperson gefragt, ob der Patient innerhalb den letzten vier Wochen eine Aktivität durchgeführt hat, und wenn ja, wie komplex die Handlung war und mit welchem Unabhängigkeitsgrad sie durchgeführt wurde. Der Vorteil dieser beiden Frage-

bögen ist, dass sie eine große Betonung auf Alltagsaktivitäten legen, die stark von kognitiven Prozessen wie Gedächtnis und Organisation abhängen, und somit weniger von der Motorik beeinflusst werden [32]. Der ADCS-ADL wurde bereits als Erfolgsparameter in einer weltweiten multizentrischen Behandlungsstudie für PDD eingesetzt. Die Verwendung bei der PD muss trotzdem weiter untersucht werden, da die psychometrischen Qualitäten bei PD noch nicht evaluiert wurden.

Neue Skalen

Vielsprechende neue Skalen, die international im Bereich Parkinson validiert werden, sind der „Fragebogen zur Verminderung der kognitiven Leistungen älterer Personen“ (IQCODE) [33] und die „Bayer Activities of Daily Living Scale“ (Bayer ADL) [34], jedoch sind die Ergebnisse dieser Studien noch abzuwarten.

Einschätzung durch den behandelnden Arzt

Für klinische Entscheidungen und Behandlungsstrategien ist die ADL-Beurteilung sowie die Feststellung des Grades der Behinderung im Alltag essenziell.

Teil II der UPDRS

Eine gängige Untersuchungsmethode, um Alltagseinschränkungen speziell bei Parkinson Patienten zu erfassen, ist Teil II des Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) [35]. Der UPDRS ist ein Rating-Tool, das zur Verlaufsbeobachtung bei Morbus Parkinson entwickelt wurde, damit die Verschlechterung oder Verbesserung der PD im Verlauf der Zeit durch Ärzte einfacher beurteilt werden kann. Teil II umfasst die Aktivitäten des täglichen Lebens, legt aber größeren Wert auf die motorischen als auf die kognitiven Einschränkungen. Einige Fragen, wie zu Tremor, Fallen, Freezing oder Schluckbeschwerden stellen keine kognitiven ADL-Beeinträchtigungen dar. Jedoch können diese einzelnen Items ohne Verlust der Reliabilität oder Variabilität aus der Einschätzung der ADL Kompetenz weggelassen werden [36]. Die Skala wird zusätzlich oftmals zur Beurteilung nicht pharmakologischer Interventionsstudien mit ADL als primärer oder sekundärer Erfolgsparameter eingesetzt.

Schwab-England-Skala

Die Schwab und England-Skala ist zu einem Standardmessverfahren bei der PD geworden und wurde bereits in vielen Studien verwendet [37]. Sie spiegelt die Fähigkeit des Patienten wider, tägliche Aktivitäten in Bezug auf Geschwindigkeit und Unabhängigkeit durchzuführen [38]. In 10 %-Schritten wird die Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten auf einer Skala von 0 % (vegetative Funktionen ausgefallen, Bettlägerig) bis 100 % (völlig gesund und unabhängig) berichtet. Die Skala hat eine Sensitivität von 71,4 % und eine Spezifität von 76,5 %, um nicht demente PD- von PDD-Patienten abzugrenzen [27].

Leistungstests zur Erfassung der ADL-Funktion

Leistungsbasierte Tests, bei denen die Patienten verschiedene Aufgaben real ausführen, bieten eine gute Möglichkeit, die Alltagskompetenz objektiv und valide zu beurteilen. **Tab. 1** zeigt einen Überblick verschiedener Leistungstest zur Beurteilung

der ADL bei PD. Verschiedene Verfahren differenzieren den kognitiven Schweregrad von PD-Patienten [39, 40]. Aktuell sind jedoch wenige leistungsorientierte Tests geeignet, die ADL-Funktionen bei PD ökonomisch zu erfassen, da die Durchführung und Auswertung dieser Verfahren oft sehr zeitaufwendig ist. Aktuell fokussieren ökonomische leistungsorientierte Verfahren auf einzelne spezielle Aspekte der ADL-Funktionen [41, 42, 43] und sind somit nicht repräsentativ, um das komplexe Alltagsverhalten der PD-Patienten zu erfassen. Ein Beispiel hierfür ist der Pill-Questionnaire, der von der Movement Disorder Society als diagnostischer Test für PDD vorgeschlagen wurde, in der Anwendung jedoch kritisch diskutiert wird [18].

Hilfreich für den klinischen Alltag wären ökonomische portable Leistungstests, die sensitiv bereits minimale Einschränkungen abbilden können und somit in sehr frühen Stadien der PDD einen Verlust der Alltagskompetenz markieren.

Therapieverfahren zur Verbesserung von Kognition und Alltagskompetenz

Nicht pharmakologische Therapieverfahren mit dem Ziel, die kognitive Leistung und/oder die ADL-Funktionen zu verbessern, beziehen sich einerseits auf kognitive Trainingsverfahren und andererseits auf Verfahren mit dem Fokus auf Ausdauer und Koordination, mit oder ohne zusätzliches kognitives Anforderungsprofil.

Kognitive Trainingsverfahren

Neben medikamentösen Therapieoptionen können auch nicht medikamentöse Therapien zu einer Stabilisierung und Verbes-

serung der geistigen Leistungen bei der PDD führen, wobei sich zusätzlich die Lebensqualität verbessert. Aktuell sind jedoch nur wenige Studien publiziert, welche die Evidenz von nicht pharmakologischem Training auf die Kognition untersuchen. Erste Hinweise deuten auf eine klinisch bedeutsame Verbesserung der globalen kognitiven Leistungsfähigkeit hin, sowie auf moderate bis große Effektstärken bei Leistungen des Arbeitsgedächtnisses, der Verarbeitungsgeschwindigkeit und der exekutiven Funktionen [44]. Eine randomisierte klinische Studie zeigte, dass bei nicht dementen PD-Patienten relevante kognitive Funktionen wie Kurzzeitgedächtnis und exekutive Funktionen durch eine strukturierte kognitive Therapie verbessert werden können [45]. Dies ist von großer Relevanz, da diese Domänen zuerst und am häufigsten bei PD-Patienten betroffen sind. Untersuchungen nach einem Jahr Therapie weisen darauf hin, dass kognitives Training das Risiko eines PD-MCI verringert. Aktuell ungeklärt ist aber, inwieweit sich dieser kognitive Effekt auf den Alltag übertragen lässt [46]. Diese ersten Beobachtungen müssen in größeren multizentrischen Trainingsstudien bestätigt werden.

Andere Therapieverfahren

Mit „Exergames“ bezeichnet man computerbasierte (Video-) Spiele bei denen man körperlich aktiv ist: „Fitness Spiele“. Oftmals können Ausmaß und Schwierigkeitsgrad der körperlichen Aktivität variiert und auf den Probanden angepasst werden. Erste Studien zur Erprobung eines Sport- und Fitnessspiels mit einer kommerziell erhältlichen Konsole deuten auf die Wirksamkeit dieser Intervention zur Verbesserung der ADL, jedoch liegen bisher nur wenig doppelblinde randomisierte Studien zur

Tab. 1: Leistungstests zur Überprüfung der ADL-Funktion bei Morbus Parkinson

Test	Items	Dauer (Minuten)	Bemerkungen
Pill Questionnaire	Medikamentenwissen	5–8	Gütekriterien für PDD kritisch diskutiert; Erinnerungsaufgabe, weniger ein Leistungstest
Medication Management Ability Assessment	Medikamentenwissen, Medikamentenmanagement	1 Tag	keine Daten für PDD, lange Durchführungszeit, kulturspezifisch
Financial Skills subscale aus dem Performance-Based Skills Assessment	Basiswissen, Rechnungen bezahlen, Scheck ausstellen	15	keine Daten für PDD, lange Durchführungszeit, kulturspezifisch
Financial Capacity Instrument	neun Domänen: grundlegende monetäre Fähigkeiten, Finanzkonzepte, Bargeschäfte, Scheckverwaltung, Bankmanagement, finanzielle Einsicht, Rechnungszahlung, Kenntnis über Handlungen/Organisation von Vermögenswerten, Investitionsentscheidungen	60	validiert in kleiner Stichprobe (18 PD-MCI, 17 PDD), Trainierter Rater erforderlich
Direct Assessment of Functional Status	zeitliche Orientierung, Kommunikation, Transport, Finanzen, Essen, Einkaufen, Putzen	30–40	validiert in kleiner Stichprobe (20 PDD, 20 PD)
Naturalistic Action Test	Toast vorbereiten, Lunchbox richten, Geschenk einpacken	30	validiert in kleiner Stichprobe (20 PDD, 20 PD)
Multipler Objekt Test	Kerze anzünden, Schloss öffnen, Glas Wasser eingießen, Brief verschicken, Kaffee kochen	8	zum Teil geringe Aufgabenschwierigkeit, Qualitative und Quantitative Fehleranalyse
Older Americans Resources and Services Scale	Gehen, Essen, Anziehen, Medikamentenmanagement, Umgang mit Geld	44–60	keine Evaluation in kognitiven Subgruppen
Timed Instrumental Activities of Daily Living Scale	Kommunikation, Finanzen, Essen, Einkaufen, Medikamente	11	validiert in kleiner Stichprobe (30 PD), Zeit als abhängige Messvariable, Strafzeiten für Fehler

Effektbeurteilung vor [47]. Generell haben PD-Patienten jedoch Schwierigkeiten bei der Ausführung komplexer Spiele mit hoher Anforderung an die Reaktionsschnelligkeit.

Physiotherapie, Nordic Walking, Ergotherapie, Tanzen

Günstig auf die Motorik und Alltagskompetenz scheinen sich ebenfalls Physiotherapie, Nordic Walking, Ergotherapie und Tanzen auszuwirken, was durch weitere randomisierte, verblindete Studien in größeren Patientengruppen zu bestätigen ist [48, 49]. Eine Verbesserung der ADL-Leistungen ist bisher jedoch nur in wenigen Studien der primäre Erfolgsparameter.

Fazit für die Praxis

Die Erfassung von ADL-Beeinträchtigungen bei PD-Patienten ist essenziell für die Diagnose einer PDD. Viele Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen wurden nicht in erster Linie zur Erfassung von Alltagsproblemen bei PD entwickelt. Die Evaluation der Güte zur Beurteilung kognitiver Leistungseinschränkungen und PDD steht bei vielen Verfahren noch aus. Leistungsbasierte Tests repräsentieren eine gute Alternative um Alltagsprobleme objektiv abzubilden, fokussieren aber oftmals auf die Objektivierung von fortgeschrittenen Stadien der Demenz. Verfahren mit komplexen Aufgaben und ein hohes Anforderungsprofil zur Evaluation von ersten ADL-Problemen sind notwendig. Die Konzeption von ADL-Kompetenztrainings, mit dem Ziel, die Alltagsprobleme im häuslichen Umfeld der PD-Patienten gezielt zu verringern, sind dringend erforderlich. □

Literatur: www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTORINNEN

Dr. Sara Becker
Dr. med. Kathrin Brockmann
PD Dr. Inga Liepelt-Scarfone
 Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen und Hertie Institut für klinische Hirnforschung
 Abteilung Neurodegeneration
 Hoppe-Seyley Straße 3, 72076 Tübingen
 E-Mail: inga.liepelt@dzne.de
 E-Mail: kathrin.brockmann@med.uni-tuebingen.de

Interessenskonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Inga Liepelt-Scarfone erklärt die Förderung für wissenschaftliche Forschungsprojekte vom International Parkinson Funds (Deutschland) GmbH (IPD), Johnson & Johnson und der European Commission, H2020-TWINN-2015. Kathrin Brockmann erklärt den Erhalt von Forschungsunterstützung von der Universität Tübingen (Klinische Wissenschaftlerin), der Deutschen Gesellschaft für Parkinson (dpv), der Michael J. Fox Stiftung (MJFF) und dem BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), Reisestipendien von der Movement Disorders Society und Rednerhonorare von Lundbeck, Zambon, UCB und Abbvie. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

► Neurosarkoidose – wie sicher ist die Diagnose?

aus: NeuroTransmitter 9/2018
 von: W. Kafke, Mathias Buttman
 zertifiziert bis: 31.8.2019
 CME-Punkte: 2

► Darm und neurodegenerative Erkrankungen: Die Beteiligung des enterischen Nervensystems bei Morbus Parkinson

aus: NeuroTransmitter 6/2018
 von: D. Woitalla
 zertifiziert bis: 4.6.2019
 CME-Punkte: 2

► Bedside-Diagnose der Polyneuropathie auf pathoanatomischer Grundlage

aus: NeuroTransmitter 4/2018
 von: W. Hermann
 zertifiziert bis: 29.3.2019
 CME-Punkte: 4

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



Hier steht eine Anzeige.



CME-Fragebogen

Assessment und Therapie von Alltagsfunktionen bei Parkinson-Demenz

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 23.11.2018:

NT1811Fr

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/s15016-018-6217-z

? Wie viele Personen in Deutschland erkranken jährlich an der Parkinson-Erkrankung?

- 8.000
- 10.000
- 12.000
- 14.000
- 16.000

? Welches der folgenden Symptome ist kein klassisches Leitsymptom der Parkinson-Erkrankung?

- Akinese
- Rigor
- Posturale Instabilität
- Freezing
- Ruhetremor

? Was erfordert die Diagnose der leichten kognitiven Störung im Rahmen der Parkinson-Erkrankung (PD)?

- Nachweis der Leistungsabnahme im Vergleich zum prämorbidem (vor PD) Leistungsniveau
- Verlust von Alltagsaktivitäten
- Schwere depressive Symptomatik
- Keine kognitiven Defizite
- Visuelle Halluzinationen

? Welcher Faktor wirkt sich neben der Kognition auf die Beurteilung der Alltagsaktivität bei Patienten mit Parkinson-Erkrankung aus?

- Motorik
- Magen-Darm-Beschwerden
- Sensibilitätsstörungen in den Beinen

- Hautreizungen
- Erhöhter Blutdruck

? Wie erfasst man *keine* Alltagseinschränkungen?

- Mit leistungsbasierten Tests
- Durch die Selbsteinschätzung des Patienten
- Durch Befragung des Angehörigen
- Durch Beurteilung des Arztes
- Mit kognitiven Tests

? Welche der folgenden Skalen liegt aktuell noch *nicht* in deutscher Übersetzung vor?

- Bayer Activities of Daily Living Scale
- Unified Parkinson's Disease Rating Scale
- Parkinsons Disease Activities of Daily Living Scale
- Pfeffer Functional Activities Questionnaire
- ADCS-Activities of Daily Living Scale

? Wie hoch ist die Prävalenz der Parkinson-Demenz ab dem 65. Lebensjahr?

- 0,1 – 0,2 %
- 0,3 – 0,5 %
- 0,6 – 0,8 %
- 0,9 – 1,0 %
- 1,1 – 1,2 %

? Bei welchem der folgenden Tests handelt es sich *nicht* um einen leistungsbasierten Test?

- Pill Questionnaire

- Naturalistic Action-Test
- Multipler Objekt-Test
- Older Americans Resources and Services Scale
- Instrumental Activities of Daily Living Scale

? Welche Leistung wird durch kognitive Trainingsverfahren in Studien verbessert?

- Sprache
- Visuelle Wahrnehmung
- Exekutive Dysfunktion
- Praxis
- Orientierung

? Was wird als „Exergaming“ bezeichnet?

- Eine bestimmte Art von Brettspielen
- Computerbasierte (Video-)Spiele, bei denen man körperlich aktiv ist
- Geschicklichkeitsspiele für die Finger
- Videospiele ohne Bewegungsanforderung
- Bewegungsspiele in der Natur



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

- Marshall GA, Zoller AS, Lorus N, Amariglio RE, Locascio JJ, Johnson KA, et al. Functional Activities Questionnaire Items that Best Discriminate and Predict Progression from Clinically Normal to Mild Cognitive Impairment. *Curr Alzheimer Res.* 2015;12(5):493-502
- von Campenhausen S, Bornschein B, Wick R, Botzel K, Sampaio C, Poewe W, et al. Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):473-90
- de Rijk MC, Launer LJ, Berger K, Breteler MM, Dartigues JF, Baldereschi M, et al. Prevalence of Parkinson's disease in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology.* 2000;54(11 Suppl 5):S21-S3
- Postuma RB, Berg D, Stern M, Poewe W, Olanow CW, Oertel W, et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2015;30(12):1591-601
- Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N. What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2000;69(3):308-12
- Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP, et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med.* 2004;351(24):2509-18
- Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2007;22(12):1689-707
- Lord S, Godfrey A, Galna B, Mhiripiri D, Burn D, Rochester L. Ambulatory activity in incident Parkinson's: more than meets the eye? *J Neurol.* 2013;260(12):2964-72
- Laatu S, Karrasch M, Martikainen K, Marttila R. Apathy is associated with activities of daily living ability in Parkinson's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2013;35(5-6):249-55
- Riedel O, Klotsche J, Spottke A, Deuschl G, Forstl H, Henn F, et al. Frequency of dementia, depression, and other neuropsychiatric symptoms in 1,449 outpatients with Parkinson's disease. *J Neurol.* 2010;257(7):1073-82
- Allan L, McKeith I, Ballard C, Kenny RA. The prevalence of autonomic symptoms in dementia and their association with physical activity, activities of daily living and quality of life. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2006;22(3):230-7
- Aarsland D, Andersen K, Larsen JP, Lolk A, Nielsen H, Kragh-Sorensen P. Risk of dementia in Parkinson's disease: a community-based, prospective study. *Neurology.* 2001;56(6):730-6
- Savica R, Grossardt BR, Bower JH, Boeve BF, Ahlskog JE, Rocca WA. Incidence of dementia with Lewy bodies and Parkinson disease dementia. *JAMA neurology.* 2013;70(11):1396-402
- Hely MA, Reid WG, Adena MA, Halliday GM, Morris JG. The Sydney multicenter study of Parkinson's disease: the inevitability of dementia at 20 years. *Mov Disord.* 2008;23(6):837-44
- Fengler S, Liepelt-Scarfone I, Brockmann K, Schaffer E, Berg D, Kalbe E. Cognitive changes in prodromal Parkinson's disease: A review. *Mov Disord.* 2017
- Henry JD, Crawford JR. Verbal fluency deficits in Parkinson's disease: a meta-analysis. *J Int Neuropsychol Soc.* 2004;10(4):608-22
- Hindle JV, Petrelli A, Clare L, Kalbe E. Non-pharmacological enhancement of cognitive function in Parkinson's disease: a systematic review. *Mov Disord.* 2013;28(8):1034-49
- Dubois B, Burn D, Goetz C, Aarsland D, Brown RG, Broe GA, et al. Diagnostic procedures for Parkinson's disease dementia: recommendations from the movement disorder society task force. *Mov Disord.* 2007;22(16):2314-24
- Fogel BS, Public Policy Institute (American Association of Retired Persons). Cognitive dysfunction and the need for long-term care: implications for public policy. Washington, DC: Public Policy Institute, American Association of Retired Persons; 1994. viii, 52 pp
- Kulisevsky J, Pagonabarraga J. Cognitive impairment in Parkinson's disease: tools for diagnosis and assessment. *Mov Disord.* 2009;24(8):1103-10
- Castro PC, Aquino CC, Felicio AC, Dona F, Medeiros LM, Silva SM, et al. Presence or absence of cognitive complaints in Parkinson's disease: mood disorder or anosognosia? *Arq Neuropsiquiatr.* 2016;74(6):439-44
- Jonasson SB, Hagell P, Hariz GM, Iwarsson S, Nilsson MH. Psychometric Evaluation of the Parkinson's Disease Activities of Daily Living Scale. *Parkinsons Dis.* 2017;2017:4151738
- Graessel E, Viegas R, Stemmer R, Kuchly B, Kornhuber J, Donath C. The Erlangen Test of Activities of Daily Living: first results on reliability and validity of a short performance test to measure fundamental activities of daily living in dementia patients. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(1):103-12
- Shulman LM, Armstrong M, Ellis T, Gruber-Baldini A, Horak F, Nieuwboer A, et al. Disability Rating Scales in Parkinson's Disease: Critique and Recommendations. *Mov Disord.* 2016;31(10):1455-65
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86
- Pirogovsky E, Schiehser DM, Obtera KM, Burke MM, Lessig SL, Song DD, et al. Instrumental activities of daily living are impaired in Parkinson's disease patients with mild cognitive impairment. *Neuropsychology.* 2014;28(2):229-37
- Christ JB, Fruhmam Berger M, Riedel E, Prakash D, Csoti I, Molt W, et al. How precise are activities of daily living scales for the diagnosis of Parkinson's disease dementia? A pilot study. *Parkinsonism Relat Disord.* 2013;19(3):371-4
- Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Jr., Chan- ce JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982;37(3):323-9
- Almeida KJ, de Macedo LP, Lemos de Melo Lobo Jofili Lopes J, Bor-Seng-Shu E, Campos-Sousa RN, Barbosa ER. Modified Pfeffer Questionnaire for Functional Assessment in Parkinson Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2017 Sep;30(5):261-266
- Becker S, Bäumer A, Nußbaum S, Timmers M, Streffer J, Maetzer W, et al. Motorische und kognitive Anteile des Functional Activities Questionnaire bei nicht-dementen Parkinson Patienten. 32 Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropsychologie eV; Konstanz 2017
- Galasko D, Bennett D, Sano M, Ernesto C, Thomas R, Grundman M, et al. An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 1997;11 Suppl 2:S33-9
- Rosenthal E, Brennan L, Xie S, Hurtig H, Milber J, Weintraub D, et al. Association between cognition and function in patients with Parkinson disease with and without dementia. *Mov Disord.* 2010;25(9):1170-6
- Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med.* 1989;19(4):1015-22
- Hindmarch I, Lehfeld H, de Jongh P, Erzigkeit H. The Bayer Activities of Daily Living Scale (B-ADL). *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1998;9 Suppl 2:20-6
- Goetz CG, Tilley BC, Shaftman SR, Stebbins GT, Fahn S, Martinez-Martin P, et al. Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): scale presentation and clinimetric testing results. *Mov Disord.* 2008;23(15):2129-70
- van Hilten JJ, van der Zwan AD, Zwinderman AH, Roos RA. Rating impairment and disability in Parkinson's disease: evaluation of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale. *Mov Disord.* 1994;9(1):84-8
- Ramaker C, Marinus J, Stiggelbout AM, Van Hilten BJ. Systematic evaluation of rating scales for impairment and disability in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2002;17(5):867-76
- Schwab RS, England AC, Jr., Poskanzer DC, Young RR. Amantadine in the treatment of Parkinson's disease. *JAMA.* 1969;208(7):1168-70
- Glonnegger H, Beyle A, Cerff B, Graber S, Csoti I, Berg D, et al. The Multiple Object Test as a Performance Based Tool to Assess Cognitive Driven Activity of Daily Living Function in Parkinson's Disease. *J Alzheimers Dis.* 2016;53(4):1475-84
- Pirogovsky E, Schiehser DM, Obtera KM, Burke MM, Lessig SL, Song DD, et al. Instrumental activities of daily living are impaired in Parkinson's disease patients with mild cognitive impairment. *Neuropsychology.* 2014;28(2):229
- Schmiedeberg-Sohn A, Graessel E, Luttenberger K. A direct performance test for assessing activities of daily living in patients with Mild Degenerative Dementia: the Development of the ETAM and preliminary results. *Dementia and geriatric cognitive dis-*

- orders extra. 2015;5(1):74-84
42. Reginold W, Armstrong MJ, Duff-Canning S, Lang A, Tang-Wai D, Fox S, et al. The pill questionnaire in a nondemented Parkinson's disease population. *Mov Disord.* 2012;27(10):1308-11
 43. Martin RC, Triebel KL, Kennedy RE, Nicholas AP, Watts RL, Stover NP, et al. Impaired financial abilities in Parkinson's disease patients with mild cognitive impairment and dementia. *Parkinsonism Relat Disord.* 2013;19(11):986-90
 44. Leung IH, Walton CC, Hallock H, Lewis SJ, Valenzuela M, Lampit A. Cognitive training in Parkinson disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2015;85(21):1843-51
 45. Petrelli A, Kaesberg S, Barbe MT, Timmermann L, Fink GR, Kessler J, et al. Effects of cognitive training in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014;20(11):1196-202
 46. Petrelli A, Kaesberg S, Barbe MT, Timmermann L, Rosen JB, Fink GR, et al. Cognitive training in Parkinson's disease reduces cognitive decline in the long term. *Eur J Neurol.* 2015;22(4):640-7
 47. Barry G, Galna B, Rochester L. The role of exergaming in Parkinson's disease rehabilitation: a systematic review of the evidence. *J Neuroeng Rehabil.* 2014;11:33
 48. Schenkman M, Hall DA, Baron AE, Schwartz RS, Mettler P, Kohrt WM. Exercise for people in early- or mid-stage Parkinson disease: a 16-month randomized controlled trial. *Phys Ther.* 2012;92(11):1395-410
 49. Bombieri F, Schena F, Pellegrini B, Barone P, Tinazzi M, Erro R. Walking on four limbs: A systematic review of Nordic Walking in Parkinson disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2017;38:8-12

RRMS: Frühe Therapie verhindert Progression

➔ Patienten mit Multipler Sklerose (MS) sollten so früh wie möglich behandelt werden, um eine Konversion zu einer sekundär progredienten MS zu verhindern. Denn durch eine gezielte Medikation lässt sich die frühe inflammatorische Phase der Erkrankung beeinflussen.

Etwa die Hälfte der unbehandelten Patienten mit schubförmig-remittierender MS (RRMS) entwickelt zehn Jahre nach Diagnosestellung eine sekundär progrediente MS (SPMS), sagte Professor Mark Obermann, Zentrum für Neurologie, Asklepios Klinik Schilda, Seesen. Bei behandelten Patienten dagegen zeigte sich im MSBase-Register nach 5,8 Jahren bei 18% eine Konversion zu einer SPMS [Horakova D et al. Mult Scler J. 2017;23(S3):P1195]. Wie die Langzeit-

daten der CARE-MS-I-Studie [Horakova D et al. Mult Scler J. 2017;23(suppl):427–679, P1195] zeigten, konvertierten nur 1,1% der mit Alemtuzumab (Lemtrada®) behandelten Patienten nach sechs Jahren zu der sekundär progredienten Form.

Die in der Studie mit Alemtuzumab behandelten therapienaiven Patienten wiesen in den Jahren 3 bis 7 eine jährliche Schubrate von 0,15 auf; 60% waren in diesem Zeitraum schubfrei, 61% erhielten keine weitere Behandlungsphase mit Alemtuzumab. Die Mehrzahl der Patienten erreichte in jedem Jahr der Studie den angestrebten NEDA-Status (No Evidence of Disease Activity): 61% waren im Jahr 7 frei von Krankheitsaktivität, definiert als Schübe, Progression sowie Läsionen in der Bildgebung,

86% zeigten keine klinische Krankheitsaktivität (Schübe sowie Krankheitsprogression) [Coles A et al. Mult Scler J. 2017;23(S3):P1188]

Für Alemtuzumab spricht nach Obermann ein weiterer Punkt: Der Wirkstoff wird als Impulstherapie mit zwei Behandlungsphasen im Abstand von einem Jahr verabreicht. Er ist nach 30 Tagen nicht mehr im Serum nachweisbar und Frauen mit MS können vier Monate nach den beiden initialen Behandlungsphasen schwanger werden.

Dr. Ralph Hausmann

Pressekonferenz „Leben ist jetzt – die individuelle MS-Therapie mit Alemtuzumab“, Frankfurt/Main, 12.9.2018; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Mehr Aufklärung über pflanzliche Antidepressiva erforderlich

➔ Viele Ärzte schätzen die Präferenz ihrer Patienten für ein Antidepressivum falsch ein. Tatsächlich wünschen mehr Patienten mit leichter bis mittelschwerer Depression eine pflanzliche Depressionsbehandlung. Dies hat eine repräsentative Umfrage unter Patienten und Ärzten (DeBeNa-Monitor 2018) der Initiative „DeBeNa – Depression behandeln. Natürlich“ von Bayer Vital ergeben (www.depression-behandeln-natürlich.de).

Über 40% der Patienten bevorzugen ein pflanzliches Antidepressivum, 35% ein chemisches und 22% haben keine eindeutige Präferenz. Diese Präferenzverteilung ist vielen Ärzten jedoch nicht bewusst und viele Patienten fühlen sich über mögliche pflanzliche Antidepressiva unzureichend aufgeklärt (Abb. 1).

Ein frühzeitiger Therapieeinstieg bietet die Chance, schweren Verläufen der Depression

vorzubeugen, erklärte Dr. Erwin Häringer, Allgemeinmediziner und Naturheilkundler aus München. Hoch dosiertes Johanniskraut (z. B. Laif®) als Ersttherapie bei leichten und mittelschweren Depressionen biete hier einen einfachen Einstieg in die medikamentöse Behandlung, wie in aktuellen Leitlinien empfohlen wird (S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression; www.leitlinien.de/uvl/depression).

Johanniskrautextrakt erfüllt die Kriterien der evidenzbasierten Medizin und gilt als anerkannter Therapiestandard bei leichten und mittelschweren Depressionen. Das Phytopharmakon sei deutlich besser verträglich als chemische Antidepressiva, so Häringer, und mindere die Gefahr von Therapieabbrüchen. Die Umfrage habe zudem deutlich gemacht, dass sich Vorbehalte der Patienten gegenüber möglichen Nebenwirkungen von Johanniskraut, etwa Photosensibilisierung, im Beratungsgespräch leicht abbauen lassen.

Präparate mit der Zulassung „mittelschwere Depression“ sind verschreibungspflichtig und GKV-erstattungsfähig.

Dagmar Jäger-Becker

Hochgeschätzt, wenig genutzt: Johanniskraut in der Depressionsbehandlung, Frankfurt, 26.9.2018; Veranstalter: Bayer

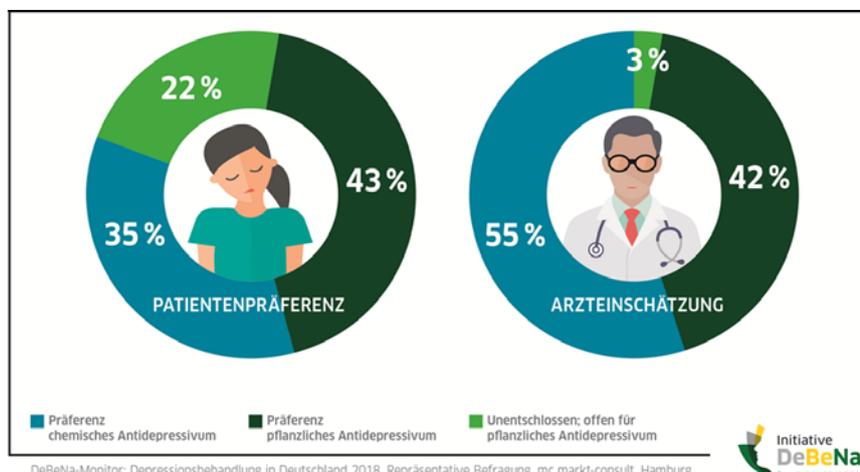


Abb. 1: Medikamentenpräferenz (bei leichter und mittelschwerer Depression). Patienten bevorzugen eine pflanzliche Medikation – Ärzte gehen vom Gegenteil aus.

Migräne: Fremanezumab ist wirksam

Die Pathophysiologie der komplexen neurologischen Erkrankung Migräne wird zunehmend besser verstanden. Im Fokus der Forschung steht das Neuropeptid Calcitonin Gene Related Peptide (CGRP), ein Neurotransmitter und Vasodilatator im trigeminovaskulären System. Therapeutische Strategien in der Behandlung und Prävention von Migräneattacken zielen darauf ab, CGRP oder die CGRP-Rezeptoren zu blockieren. Der humanisierte Antikörper Fremanezumab richtet sich selektiv gegen CGRP als Liganden. Die Substanz hat eine lange Halbwertszeit von 32 Tagen, was sowohl eine einmal monatliche als auch eine vierteljährliche subkutane (s. c.) Applikation ermöglicht.

Die Wirksamkeit von Fremanezumab in der Prävention von Migräneattacken zeigte sich

in einer zwölfwöchigen placebokontrollierten Phase-III-Studie mit insgesamt 1.130 Patienten mit chronischer Migräne. Vor Studienbeginn hatten die Patienten rund 13 Tage im Monat mindestens mittelstarke Migränekopfschmerzen. In dieser schwer betroffenen Patientenpopulation betrug die Responderraten ($\geq 50\%$ Reduktion der Kopfschmerztag pro Monat) 38% bei vierteljährlicher Dosierung, 41% bei monatlicher Dosierung und 18% im Placeboarm [Silberstein et al. *N Engl J Med.* 2017;377:2113–22]. Bei vierteljährlicher Verabreichung von Fremanezumab nahm die Zahl der monatlichen Migränetag verglichen mit Placebo um 1,7 Tage ab und bei monatlicher Gabe um 1,8 Tage ($p < 0,001$ vs. Placebo). **red**

Nach Informationen von TEVA.

Vitamin-B12-Mangel: Nervenschäden durch orale Hochdosistherapie verhindern

Störungen des Nervensystems wie Polyneuropathie oder Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit können auf einen Mangel an Vitamin B12 zurückzuführen sein. Das Defizit sollte frühzeitig durch eine orale Supplementierung ausgeglichen werden.

Aus sich schleichend entwickelnden unspezifischen Symptomen wie Müdigkeit oder Abgeschlagenheit können bei Nichtbehandlung des Vitamin-B12-Mangels eine makrozytäre Anämie, sensible neuropathische Störungen wie Manschettengefühl, Kribbeln oder Taubheit oder psychiatrische Manifestationen wie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit, Panik oder Antriebsarmut hervorgehen, erläuterte Professor Karlheinz Reiners, Neurologische Klinik des Hermann-Josef-Krankenhauses in Erkelenz. Vitamin B12 ist ein neurotropher Faktor, der zur Regeneration von Axonen und Markscheiden beiträgt und einer Demyelinisierung entgegenwirkt. Im ZNS sind insbesondere die weiße Substanz, die Pyramidenbahn und die Hinterstränge des Rückenmarks durch Vitamin-B12-Mangel betroffen. Auf Vitamin-B12-Mangelsymptome weist vor allem die Kombination von körper-

licher Leistungs- und Ausdauerschwäche durch eine Anämie, Gang- und Standunsicherheiten durch eine Hinterstrangfunktionsstörung (funikuläre Myelose) und einer gestörten Gedächtnisfunktion hin, betonte Reiners.

Die Behandlung eines manifesten Vitamin-B12-Mangels sowie die Substitution bei unzureichender Versorgung oder Resorption konnte verbessert werden, nachdem eine mit der parenteralen Verabreichung gleichwertige, hoch dosierte orale Behandlung mit Tagesdosierungen zwischen 1.000 und 2.000 μg zur Verfügung steht. Durch die hohe Dosis wird eine transporterunabhängige erhöhte Aufnahme des Vitamins mittels Diffusion gewährleistet. Die orale hoch dosierte Substitution mit Vitamin B12 (z. B. B12 Ankermann® mit 1.000 μg Cyanocobalamin pro Dragee) therapiert das Defizit effektiv und macht bei frühzeitiger Therapie auch schwere Manifestationen reversibel.

Dagmar Jäger-Becker

7. Vitamin B12-Symposium: Mangelware Vitamin B12 – Lebenslang lebenswichtig, Frankfurt, 8.9.2018 ; Veranstalter: Wörwag

Multiple Sklerose: Musik kann Mut machen

Bereits zum vierten Mal hat die Firma Mylan MS-Betroffene und Interessierte zu einem Event ihrer Veranstaltungsreihe „MS Meet Up“ eingeladen, die Lösungsansätze zur kreativen Krankheitsbewältigung ausloten möchte. Das Motto dieses Mal lautete: „Musik als Ventil“.

Die Sängerin Lee`Oh sah sich 2001 mit der Diagnose Multiple Sklerose konfrontiert, die bei ihr nach eigenen Worten ausschlaggebend dafür war, Innenschau zu halten und zu überlegen, was ihr im Leben wirklich wichtig ist. Da sie schon immer Sängerin werden wollte, war die Diagnose letztlich Auslöser dafür, den Brotberuf aufzugeben und sich voll und ganz der Musik zu widmen. Dass diese Entscheidung nicht nur für sie, sondern für alle, die nun in den Genuss ihrer selbst komponierten Lieder kommen, die richtige war, davon konnte sich das Auditorium in Stuttgart bei einer Live-Darbietung überzeugen. Mit ihrem Album „IMMA JETZT“ hat sich Lee`Oh zudem einen Lebenstraum verwirklicht.

Sowohl die aktive als auch die rezeptive Form der Musiktherapie können für Patienten mit MS wichtige Säulen bei der Krankheitsbewältigung sein, wie der Musiktherapeut Martin Kohler, Stuttgart, darlegte. In der aktiven Therapie können die unterschiedlichsten Schlag-, Klang- und Vibrationsinstrumente zum Einsatz kommen. Alle Instrumente erzeugen neben den hörbaren Klängen auch Schwingungen, die sich positiv auf den Körper auswirken. Gleichzeitig kann die aktive Handhabung von Instrumenten zur bewussten Ressourcenaktivierung bei MS-Patienten eingesetzt werden, um deren körperliche Einschränkungen zu verbessern und das Schmerzempfinden zu verringern. Für die rezeptive Form der Musiktherapie setzt Kohler unter anderem Klangliegen mit bis zu 64 Saiten ein, die alle den gleichen Ton erzeugen und dabei den Patienten zu einer tiefen Entspannung verhelfen.

Ursula Hilpert

MS Meet Up mit Sängerin Lee`Oh: „Musik als Ventil für MS-Patienten“, Stuttgart, 19.7.2018; Veranstalter: Mylan dura

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Hier steht eine Anzeige.



Journal

Raffinement und Scham

Gert Heidenreichs Roman „Schweigekind“

Gert Heidenreich, Jahrgang 1944, gehört in die erste Reihe der deutschsprachigen Gegenwartsliteratur und ist ein ebenso vielseitiger wie erfahrener Schriftsteller, dem kaum ein literarisches Genre fremd ist. Mit Romanen, Erzählungen, Essays, Gedichten, Theaterstücken, Hörspielen, Filmdrehbüchern und Übersetzungen sowie auch als Journalist, Hörbuch-, Radio- und Fernsehsprecher hat er sich erfolgreich einen Namen gemacht. Vielfach wurde er bereits für sein Schaffen geehrt, mit dem Grimme-Preis (zweimal), dem Bayerischen und dem Deutschen Filmpreis, dem Marieluise Fleißer- sowie dem Marler Medienpreis Menschenrechte von Amnesty International. In seinem neuesten Roman greift er ein in dieser Zeit nahezu epidemisches Thema auf, die Geschichte eines Kindesmissbrauchs. Und wieder brilliert Gert Heidenreich, nicht nur mit dem Wissen über das Verhalten von Therapeuten, sondern auch von den Möglichkeiten einer intertextuellen Erzählweise.

Gert Heidenreichs jüngstes Werk ist der Roman „Schweigekind“ (2018). Am Anfang stehen sich zwei Männer in den reiferen Jahren gegenüber wie zwei Fechter, obwohl sich das Geschehen nicht auf einer Planche, sondern zunächst an einem winterlichen See und später in einem Therapiezimmer vollzieht. Die Duellanten sind der Arzt Bruno Tiefenbach und der Paar- und Familientherapeut Hans Sahlfeldt. Der Therapeut ist der Patient des Arztes. Bei-

de haben unterschiedliche wissenschaftliche Ansätze: Sahlfeldt hält Freud für überholt und arbeitet seit Jahren mit der von Virginia Satir entwickelten Methode, die wiederum Tiefenbach nicht überzeugt. Hinzu kommt, dass Sahlfeldt einst seine Lehranalyse bei Tiefenbach gemacht – und abgebrochen hat, der seinen ehemaligen „Schüler“ darauf aufmerksam macht, sie seien nunmehr keine Kollegen mehr, sondern Arzt und Patient.

Das Setting ist eine Klinik, in deren Speisesaal Sahlfeldt einen Einzeltisch zugewiesen bekam, von dem aus er seine Mitpatienten beobachten konnte: „Die wenigstens hatten damit gerechnet, sich hier postoperativ oder prophylaktisch, posttraumatisch oder mit Burnout einzufinden; die meisten fühlten sich von ihrer Beschädigung hinterrücks überfallen und sahen sich als Opfer, was sie für die Zeit des Aufenthaltes solidarisch mit den anderen Opfern werden

46 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Gert Heidenreichs „Schweigekind“

Hier verraten profunde Kenntnisse in der Psychopathologie nicht nur den wissenschaftlich sorgfältig recherchierenden Autor, sondern auch den empathischen Erzähler, der aus einem wissenschaftlichen Paradigma narrative Funken zu schlagen versteht.

50 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Lea Grebes Insektenwelt

In einer Trias der künstlerischen Ausdrucksformen von Skulptur, Fotografie und Zeichnung versucht diese Künstlerin das Einzigartige der Insekten wiederzugeben. Das Kleine macht sie dafür ganz groß.



© Photographee.eu / Adobe Stock (Symbolbild mit Fotomodell)

ließ.“ Sahlfeldt gab sich ihnen gegenüber beruflich nicht zu erkennen, denn „dass ein Therapeut Therapie brauchte, hätte die verbreiteten Vorurteile gegen seinen Berufsstand befeuert“. Verbunden sind der Arzt und sein Therapeutenpatient außerdem über eine Frau namens Lenja, die von Tiefenbach mit ihrem Problem an Sahlfeldt verwiesen worden war. Sahlfeldt berichtet zunächst chronologisch, wie er Lenja und deren „Problem“ kennengelernt hat. Dies geschieht teil-

weise auch anhand der Briefe, die sie ihm geschrieben hat.

Wenn das Licht abnahm, schien das Gewicht der Tage zuzunehmen

Schon bei dieser ersten Annäherung umkreisen sich Arzt und Patient wie zwei Kämpfer, die sich vorsichtig abtasten und bereits kleine Stiche mit dem rhetorischen und therapeutischen Florett versetzen. Nebenbei erfährt der Leser auch etwas aus dem Privatleben des

Familientherapeuten, der die nikotinfreien Monate seit dem Ende seiner Ehe mit Reinhild, einer Familienrichterin, zählte. Nur noch Frau Güler, die seit Jahren den Haushalt besorgte, hielt auch seine Praxis in Ordnung, in der ihn im Herbst eine gewisse trübsinnige Ratlosigkeit überfiel: „Wenn das Licht abnahm, schien das Gewicht der Tage zuzunehmen. Paare luden ihr missglücktes Leben bei ihm ab, ohne danach erleichtert zu sein. Patienten, die in den Mai-

Sitzungen redselig Lösungen suchten, richteten sich auf und baten lächelnd um Entschuldigung; er nickte, sie lehnten sich erleichtert in den Sessel zurück, und während er auf eine Traumerzählung, eine Klage, eine Verdächtigung, eine Erinnerung, eine Selbstbezeichnung wartete, ließen sie ihren Kopf in den Nacken fallen, schlossen die Augen und taten so, als ob sie nachdenken würden. Er nannte das im Stillen ihre vorgetäuschte Kooperation und überließ sie der Erschöpfung ihrer Seele. Er zog sich selbst hinter seine Augenlider zurück und genoss das Schweigen.“

Flehende, Monologischer, Verstockte und Verwirrer

Eines Tages, an einem zweiten Oktober taucht eine Frau in schwarzem Mantel in der Praxis auf: Lenja. Sie hat ein Problem. Es handelt sich um ihre Tochter Hanna, die seit ihrem achten Geburtstag nicht mehr spricht und alle ihre Fotos vernichtet hat. Sofort hat Sahlfeldt eine Spontandiagnose: „Sie gehört zu den Verwirrern, dachte er. Seiner Erfahrung nach gab es Flehende, Monologischer, Verstockte und Verwirrer. Die Verwirrer mussten ihren Therapeuten zwanghaft bei Widersprüchen erwischen oder bei seiner Vergesslichkeit. Hannas Mutter versuchte gleich zu Beginn sein Verhalten infrage zu stellen.“ Sahlfeldt geht mit der Frau in ein italienisches Restaurant und anschließend in eine Bar. Tiefenbach fragt ihn, ob er da erstmals mit Lenja geschlafen habe. Sahlfeldt gibt entrüstet zurück: Zur Eifersucht bestehe kein Anlass, worauf Tiefenbach repliziert:

„Ihre Vermutung meiner Eifersucht bringt uns einen großen, ja riesengroßen Schritt voran, mein Sohn!“

Heidenreichs raffiniertes Spiel zeugt nicht nur von einem geradezu intimen Wissen über das Verhalten von Therapeuten, sondern auch von den Möglichkeiten einer intertextuellen Erzählweise. „Die beiden Psychologen jonglieren unaufhörlich mit Bildungsbausteinen. Der Text ist gespickt mit Schiller-Zitaten, Reflexionen über Balthus-Bilder, Anspielungen auf Heidegger und Wittgenstein.

Selbstverständlich geht in einem Sanatorium dann auch nichts ohne den Zauberberg. Der Roman will an diese großen Traditionslinien anschließen (...). Das sprachlose Mädchen ist ein Musterbild dafür, wie man seit der Antike eine bestimmte Imagination von Weiblichkeit inszeniert“, schreibt Christian Metz in seiner langen Rezension der FAZ (vom 26. Mai 2018).

Das Mädchen, das nicht spricht, dieses titelgebende „Schweigekind“, greift natürlich die von Ovid im sechsten Buch seiner Metamorphosen übermittelte Geschichte von Philomelas Sprachlosigkeit auf. Diese war eine Tochter des attischen Königs Pandion und seiner Gemahlin Zeuxippe; ihre Geschwister waren Prokne, Erechtheus und Butes. Zum Dank für seine Hilfe gegen die Thebaner hatte der Thrakerkönig Tereus von Pandion, dem Herrscher Athens, dessen Tochter Prokne zur Frau erhalten. Doch Tereus begehrte auch deren Schwester Philomela. Er verschleppte sie in einen tief im Wald gelegenen Stall und vergewaltigte sie. Damit sie ihn nicht verraten konnte, schnitt er ihr die Zunge heraus und hielt sie hernach an jenem Ort gefangen. Philomela aber war eine Weberin, und so fertigte sie ein Gewand für ihre Schwester Prokne, in das sie die Bilder ihrer Leidensgeschichte einwob. Prokne verstand die Botschaft und befreite Philomela aus

»Wenn ein Kind zu dir kommt, kommt es nicht zu deinem Kopf, und wenn der noch so überlegen ist und die ganze Welt erklären könnte. Es kommt zu deinen Händen und zu deinem Herzen. Von deinen Händen will es geschützt und von deinem Herzen verstanden werden. (...)«

ihrem Waldgefängnis. Zur Zeit der wüsten nächtlichen Feiern des Weingottes zerstückelten Prokne und Philomela als Rache Tereus' und Proknes gemeinsamen Sohn Itys, kochten dessen Glieder und setzten sie Tereus zum Mahle vor. Erst als ihm Philomela das Haupt seines Sohnes zuwarf, erkannte der König, was er verspeist hatte. Mit gezücktem Schwert verfolgte er die Schwestern. Um dem Töten jedoch Einhalt zu gebieten, verwandelte Zeus sie alle zu Vögeln: Philomela in eine Schwalbe, Prokne in eine

Nachtigall, und Tereus in einen Wiedehopf.

Metz hat darauf aufmerksam gemacht, dass Heidenreich in seinem Roman auf das Muster der indirekten Charakterisierung zurückgreift und dies für die Darstellung von Weiblichkeit nützt, wie es seit Jahrhunderten (von Männern) üblich geworden ist: „So wie der Raub der schönen Helena in der antiken Kriegserzählung, deren Anlass er ist, nicht selbst vorkommt. So wie noch über eine weibliche Figur wie Lessings Emilia Galotti mehr geredet wird, als dass sie selbst zu Wort kommen darf. So ist auch Heidenreichs misshandelte Hanna für den Leser seines Romans ein Wesen, das nur aus der Rede anderer lebendig wird. Man erfährt von Hannas Schweigen ausschließlich durch ihre Mutter Lenja. Die international gefeierte bildende Künstlerin (spezialisiert auf Mädchenplastiken) ist wegen einer Ausstellung in die Stadt ihrer Kindheit zurückgekehrt und sucht dort wegen ihrer schweigenden Tochter den Psychologen Hans Sahlfeldt auf.“

Der Stoff, aus dem Romane gebaut sind

Das Schweigekind kommt nur dann zu Wort, wenn der Analytiker Sahlfeldt ihre Briefe in die Erzählung integriert oder wenn er sich seinem Kollegen Tiefenbach offenbart. Problematisch wird die Sache erst richtig, als sich herausstellt, dass sich der Analytiker mit seiner um dreißig Jahre jüngeren Patientin Lenja auf eine leidenschaftliche Liaison eingelassen hat. Das ist der Stoff, aus dem Romane

gebaut sind, die im Psychogewerbe spielen, wobei gesagt werden muss, dass Heidenreich ein Meister des Wortgeflechtes, des Ringens um die richtige Deutung und dem Methodendisput ist. Es dürfte wohl nur wenige Autoren der deutschsprachigen Gegenwartsliteratur geben, die ihm darin gleichkommen. Immer wieder kommt der Leser in den sonst so seltenen Genuss eines mit feinsten Klinge ausgefochtenen Wortduells, in dem alle Finten erlaubt sind, weil sie eine jeweils noch raffiniertere Riposte

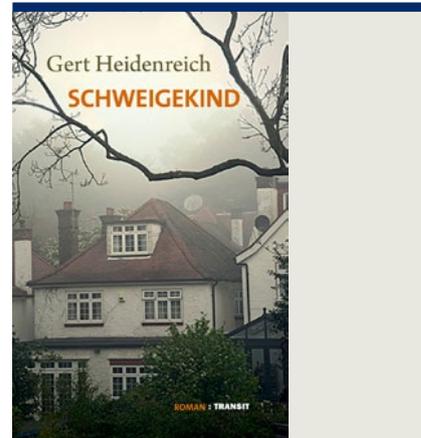
zur Folge haben. Es ist ein ausgesprochen intellektuelles Vergnügen dem Ringen um Deutungshoheiten und theoretischen Diskursen beizuwohnen, das bei weitem den Glanz des bloß Konversationellen überschreitet, das wir aus den Kabinettstückchen des englischen Boulevardtheaters gewohnt sind. Wer ein Faible für solche rhetorischen Paraden hat, der wird von Heidenreich bestens bedient. Doch damit es nicht im Leerlauf des blanken Brillierens untergeht, entwickelt das Romangeschehen zusätzlich eine geradezu frappierende Dramaturgie, die sie dem Psychokrimi abluchst. Hier werden die beiden Kontrahenten nicht nur zu Meisterdetektiven, sondern zu Archäologen des Seelischen, die bemüht sind, auch noch die kleinsten und unscheinbarsten Scherben aus den untersten Schichten des Bewusstseins und der Vergangenheit freizulegen. Dabei vermögen wir dem Verdikt von Metz nicht zu folgen, die Darstellung der Frauenfiguren bleibe, im Gegensatz zu jener der Männer, „phantasielos und stereotyp“. So argumentiert nur, wer der Institution des Erzählers zu wenig Aufmerksamkeit schenkt und sich vom Oberflächlichen der Personendramaturgie blenden lässt. Der Erzähler als Institution des Textes spielt nämlich mit seiner ausgetüftelten Strategie der Leserführung und Lesersteuerung eine entscheidende Rolle bei der „Bewertung“ der handelnden Figuren.

Schiller hat es in seiner Erzählung vom „Verbrecher aus verlorener Ehre“ erstmals meisterhaft vorgeführt, wie die gekonnte Verknüpfung von Erzählstrategie und „republikanischer Freiheit des lesenden Publikums“ zu aufklärerischen, vor allem aber humanen Einsichten führen kann. Ähnliches ist bei Heidenreich zu beobachten. Er denunziert seine Figuren nicht, so wenig er sie an eine Ideologie, eine psychoanalytische Methode oder sonst eine „Eindeutigkeit“ verrät. Er lässt sie in ihren Ambivalenzen und Widersprüchlichkeiten und gibt ihnen damit eine höhere Glaubwürdigkeit, indem er sie jedweden bloß papierernen Behauptungscharakters entzieht. Die feine und profunde Kenntnis psychopathologischer Fragestellungen, das souveräne Wissen über Freud'sche Traumdeutung und systemische Familientherapie nach

Virginia Satir verraten nicht nur den wissenschaftlich sorgfältig recherchierenden Autor, sondern auch den empathischen Erzähler, der aus einem wissenschaftlichen Paradigma narrative Funken zu schlagen versteht. Deshalb schließen auch wir uns gerne der Literaturkritikerin Annemarie Stoltenberg an, die im WDR (am 19. März 2018) sagte: „Ob man möchte oder nicht, wer einmal angefangen hat, dieses Buch zu lesen, wird es zu Ende bringen. Die Geschichte entwickelt mehr und mehr eine verstörende Faszination.“

Faszination auf zwei Ebenen

Die verbale Brillanz ist nur der eine Teil, der die Faszination des Romans ausmacht. Der andere Teil ist die Auseinandersetzung mit dem Thema der Scham. Sowohl Tiefenbach als auch Sahlfeldt fühlen sich beide schuldig und versuchen, sich zu schämen. Der eine verfällt einer Liebeskrankheit, während das Objekt seiner Begierde nach den Gründen für einen Rachefeldzug gegen die Schänder ihrer Kindheit sucht und damit zu den Urgründen für ihren Schmerz vorstoßen will. Dieser Schmerz ist überwältigend: „Du hältst es nicht aus“, sagte sie. „Es zu wissen“, widersprach er, „und es nicht verhindert zu haben.“ „Du bist nicht schuld, du kommst doch in meiner Vergangenheit nicht vor.“ „Aber ich schäme mich.“ Sahlfeldt schämt sich vor allem für seinen Vater, einen ehemaligen Oberstaatsanwalt: „Der ließ nach Absprache mit dem Jugendamt eine Befragung des Kindes von einem psychologischen Gutachter durchführen (...). Das Gutachten gehe von einer frühpubertären Renitenz der L. K. aus, da sie zu sämtlichen Fragen beharrlich geschwiegen habe.“ Und damit sind wir beim Schamgrund des damaligen psychologischen Gutachters Tiefenbach: „Wenn ein Kind zu dir kommt, kommt es nicht zu deinem Kopf, und wenn der noch so überlegen ist und die ganze Welt erklären könnte. Es kommt zu deinen Händen und zu deinem Herzen. Von deinen Händen will es geschützt und von deinem Herzen verstanden werden. Ich habe beides nicht getan. Darum hat Lenja geschwiegen. Ich war für sie wie die anderen Männer, die sie kannte. Ich habe ihrem Schweigen nicht zugehört. Und dafür schäme ich



Gert Heidenreich

Schweigekind

208 Seiten, gebunden, Transit Verlag,
Schwarzenbach an der Saale; Preis: 20 €
ISBN 978-3-88747-361-7

mich heute.“ In der Engführung dieser differenziert ausgelegten Fäden zu einem Motivteppich liegt die Kunst Heidenreichs begründet.

Die Süddeutsche Zeitung (vom 11. April 2018) hat für eine Zusammenfassung die richtigen Worte gefunden: Der Roman erzählt eine „Geschichte über Rache, Hass und Vergeltung. Über Scham, Demütigungen und einen quälenden Schmerz. Es ist die Geschichte eines Kindesmissbrauchs in seiner schlimmsten Form, die zeigt, wie ein ganzes System aus der Fürsorge verpflichteten Personen, wie Pflegeeltern, Psychiater, Richter und Pfarrer, versagt – und die Menschen, die hinschauen könnten, hinschauen müssten, nicht erkennen, was geschieht.“ □

Literatur beim Verfasser

AUTOR

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

Der letzte Moment und die Ewigkeit



© Lea Grebe

Lea Grebes Werk hält die Zeit an. Sie verewigt Insekten in der Haltung ihres Todes. In dem Moment, in dem die Insektenkörper in der Gussform zu Staub zerfallen, entsteht ihr dauerhaftes Bronzeabbild. In der Trias der künstlerischen Ausdrucksformen von Skulptur, Fotografie und Zeichnung versucht sie das Einzigartige dieser Tiere wiederzugeben.

„18 mögliche Wege“, 2017
(Acrylspray, Pigmentliner
auf Papier 70×100 cm)



Objektkasten mit Bronze Käfern in Detailansicht, 2018
(Bronzegüsse, Papier, Glas, Holz, Stahl, 28 × 42 × 106 cm)

Eine sterbende Hummel war der Anfang von Lea Grebes eingehender Beschäftigung mit Insekten. „Ich fand sie verletzt in einem Urlaub in Italien. Ich pflegte sie und versuchte, sie am Leben zu erhalten, was misslang. Es erstaunte mich, wie schnell ich eine Beziehung zu einem Insekt aufbaute, das meist im Vergleich zu einem süßen Hundewelpen eher als störend oder eklig und selten als Individuum wahrgenommen wird. Diesen Moment der ‚Erkenntnis‘ wollte ich mit meiner Kunst ergründen und auf die Arbeiten übertragen.“ Lea Grebe, im Nebenjob seit vielen Jahren in einer Goldschmiede und Gießerei tätig, erstellte einen Bronzeguss der Hummel. Bronze wird traditionell vor allem für Großskulpturen benutzt. Die Künstlerin reizte gerade dieser Widerspruch und deshalb testet sie seither akribisch und mit zähem Forschergeist mit Maschinen, die eigentlich für den zahntechnischen Bereich gedacht sind, die Grenzen des Materials. So entstehen unter ihren Händen winzige Skulpturen von verschiedenen Insekten, die detaillierte Ansichten und neue Erkenntnisse erlauben.

Blick vom Kleinen in das Große

Anfangs stellte Lea Grebe die Insekten in Kleinraumrekonstruktionen dar, so wie sie sie vorgefunden hatte. Wichtig war und ist ihr, die Tiere genau in der Haltung abzubilden, in der sie starben. Ihre Skulpturen zeigten zum Beispiel auf 12 × 12 cm ein Insekt in einem Innenraum mit Teppichboden, jedoch verlor sich für den Betrachter die Sichtbarkeit der kleinen Wesen. Schließlich befasste sich Lea Grebe über die Jahre vor allem mit der Frage, wie man Insekten für den Betrachter sichtbar und individueller darstellen könnte. „Nach meinen ersten zwei Insektenskulpturen begannen Freunde und Kenner meiner Kunst mir Insektenzufallsfunde mitzubringen. Dadurch entstand im Lauf der Zeit ganz unbeabsichtigt eine recht große Sammlung unterschiedlichster in Europa vorkommender Insekten.“ Jedes Insekt wurde katalogisiert, konserviert, fotografiert und archivierte. Dann erwarb sie gebrauchte Schmetterlingsausstellungskästen und präparierte diese so, dass auf deren jahrzehntealten Böden die vielfachen Nadellöcher sichtbar wurden. Nach Art geordnet und in eine Patina des Gebrauchs eingebettet, stellte sie ihre Insekten aus, um in der Zusammenschau mehrerer artgleicher Tiere die Besonderheit des Einzelnen herauszuarbeiten und zugleich naturwissenschaftliche Methoden der Präsentation zu hinterfragen.

Auch die Fotografien der Insekten und ihrer Skulpturen spielten von Anfang an eine wichtige Rolle: Mit Makroaufnah-



Examination II, 2018 (Detail); Makroaufnahme eines in Bronze gegossenen Käfers hinter Glas (45 × 60 × 13 cm)

men werden große, hochauflösende Fotografien an die Seite der kleinen Skulpturen gestellt und erlauben den Blick vom Kleinen in das Große. Die Makroaufnahme einer Käferskulptur (siehe links) wirkt auf einen Leuchtkasten gezogen fast überrealistisch und nicht nur der Käfer in seiner fast flehentlich gekrümmten letzten Haltung, sondern auch feinste Details des Bronzegusses werden erfahrbar gemacht.

Von der Großaufnahme zurück in eine weite Entfernung zoomen die Schwarm- und Wegezeichnungen. Lea Grebe hält in den Schwarmzeichnungen, in denen keine Individuen, nur Punkte in bewegter Menge abgebildet sind, ein weiteres Hauptcharakteristikum der Insekten fest: den Eindruck des Flimmerns und nicht fassen können. Die Wegezeichnungen dagegen erinnern an winzige Insektenpfade durch eine unvorhersehbare Landschaft. Grebe: „Das Blatt ist die Landschaft, mit Hindernissen in Form von Strichen oder Farbe. Verdichtung bedeutet dabei wie in der Kartografie Höhe. Jedes Pünktchen, das ich setze, ist eine Art Schritt, mit dem ich mich durch die Landschaft auf dem Papier bewege. Dies geschieht sehr intuitiv. Ich reagiere auf die Hindernisse, die ich schon lange vorher auf das Blatt aufgebracht habe. In *18 mögliche Wege* etwa gibt es einen Anfangs- und einen Endpunkt. Die Zeichnung reagiert im Entstehen auf die vorgegebene Gliederung des Papiers durch die Farbe. 18-mal wird ein anderer Weg zu einem definierten Endpunkt auf dem Blatt aufgezeigt.“

Der reichen Welt der Insekten möchte Lea Grebe erstmal treu bleiben. Derzeit faszinieren sie vor allem Spinalgallenläuse. □

AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

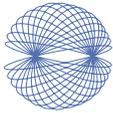
www.karinwimmer.com
www.leagrebe.de

Nächste Ausstellungen:

Gruppenausstellung Galerie Karin Wimmer, München, 26.10.2018
„Artentreich“, Museum Sinclair-Haus, Bad Homburg ab 7.7.2019

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2018/2019		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
10.11.2018 in Bad Säckingen Rhein-Jura-Klinik 8 CME-Punkte	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
21.11.2018 in Saarbrücken Victor's Residenz-Hotel, Deutschnühental 19 19:00 Uhr CME-Punkte	BVDN Landesverband Saarland: Antipsychotika im Wandel der Anforderungen Referent: Prof. Dr. Ingo Bernd Vernaleken, CA der Klinik für Psychiatrie, Fliedner-Krankenhaus Neunkirchen	Dr. med. N. Rauber Rheinstr. 35, 66113 Saarbrücken Tel.: 0681 97172-33, Fax: -35 Fax E-Mail: zns.sb-rastpfehl@t-online.de
28. – 30.3.2019 in Köln Park Inn by Radisson, Innere Kanalstr. 15 9:00 – 15:00 Uhr CME-Punkte	Neurologen- und Psychiatertag 2019 Themen: Stress, Aktuelle und innovative Behandlung der Migräne, ADHS im Erwachsenenalter, Demenz, Neurologische und psychiatrische Begutachtung, Diagnostische Entscheidungsfindung: langsame und schnelle kognitionspsychologische Prozesse	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, Fax: -25 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
11.5.2019 in Nürnberg Avena Park-Hotel, Görlitzer Str. 51 9:30 – 16:00 Uhr 5 CME-Punkte	Bayerische BVDN-BDN-BVDP Frühjahrstagung Leitlinien in der ambulanten Neurologie und Psychiatrie aus medizinischer und juristischer Sicht Fortbildung und Mitgliederversammlung	Athene Akademie, Gabriele Schuster Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-26, Fax: -25 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
Fortbildungsveranstaltungen 2018		
24.11.2018 in Berlin Hörsaalruine des Berliner Medizinhistorischen Museums Campus Charité Mitte, Virchowweg 16	9. Prophylaxe-Seminar des Kompetenznetzes Schlaganfall	Kompetenznetz Schlaganfall Campus Charité Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin Tel.: 030 450560-145, Fax: -945 E-Mail: info@schlaganfallnetz.de www.kompetenznetz-schlaganfall.de
24.11.2018 in Bonn Auditorium des Kunstmuseums Friedrich-Ebert-Allee 2e 8:45 – 14.00 Uhr	V. Forum Altersmedizin Bonn	VKG – Veranstaltungs-Konzept-Gesundheit Hildegard Esser Friedentalstr. 1, 53894 Mechernich Fax: 02443 8237
28.11 – 1.12.2018 in Berlin Messedamm 26	DGPPN-Kongress 2018 Die Zukunft im Blick	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0, E-Mail: dgppn18@cpo-hanser.de
6. – 8.12.2018 in Erlangen Heinrich-Lades-Halle, Rathausplatz 1	Neurorehabilitation 2018: Theorien, Techniken, Trends 7. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e.V.	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Claudia Voigtmann Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-335 E-Mail: claudia.voigtmann@conventus.de
7.12.2018 in St. Gallen/Schweiz Hörsaal Ostschweizer Kinderspital, Claudiusstr. 6	Klinische Neurophysiologie im Kindesalter Kurs mit praktischen Übungen (AEP, VEP, SEP)	Ostschweizer Kinderspital Claudiusstr. 6, 9006 St. Gallen/Schweiz Tel.: +41 (0)71 2437332 E-Mail: info.kerzentrum@kispisg.ch
8.12.2018 in Köln Caritas-Akademie, Hohenlind, Werthmannstr. 1a	Kölner Neurologie Forum	Gesellschaft für Information und Organisation mbH Würmstr. 55, 82166 Gräfelfing Tel.: 089 898-9948-0, Fax: 898-0993-4

Fortbildungsveranstaltungen 2019		
17. – 19.1.2019 in Berlin Berlin Maritim Hotel, Stauffenbergstr. 26	ANIM 2019 Arbeitstagung NeuroIntensivMedizin	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Anja Kreuzmann/Julian Unger Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 3116-357/-330, Fax: -243 E-Mail: anim@conventus.de
18. – 22.2.2019 in Berlin Claire-Waldoff-Str. 7 CME-Punkte	32. DGPPN-Facharztintensivkurs für Psychiatrie und Psychotherapie <i>Themen:</i> Affektive Erkrankungen, ADHS, Angsterkrankungen, Autismus-Spektrum Störungen bei Erwachsenen, Bipolare Erkrankungen, Essstörungen, Forensik, Notfall- und Akutpsychiatrie, Organische psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Pharmakotherapie, Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung etc.	DGPPN-Geschäftsstelle Veranstaltungskoordination Franziska Hoffmann, Reinhardtstr. 27 B I, 10117 Berlin Tel.: 030 2404772-17 E-Mail: f.hoffmann@dgppn.de
20. – 22.2.2019 in München Klinik für Psychiatrie der LMU, Hörsaal, EEG-Labor Nußbaumstr. 7 25 CME-Punkte	53. Münchner EEG-Tage Forum für Fortbildung und Wissenschaft in Klinischer Neurophysiologie und Funktioneller Bildgebung	Klinik für Psychiatrie der LMU München Nußbaumstr. 7, 80336 München Tel.: 089 4400-555-41; Fax: -42 E-Mail: anmeldung@eeg-tage.de www.eeg-tage.de
21. – 23.2.2019 in Heidelberg Neue Universität, Universitätsplatz 1	Heidelberger Interdisziplinäre Neuropädiatrie-Tage – HINET 2019 Update neuromuskuläre Erkrankungen aus Sicht der Kinder- und Erwachsenenneurologie	Anmeldung sowie detaillierte Programminformationen folgen in Kürze über die Homepage: www.HINET-heidelberg.de
7. – 9.3.2019 in Düsseldorf Congress Center / CCD Süd, Stockumer Kirchstr. 61	Deutscher Kongress für Parkinson und Bewegungsstörungen Veranstaltet von der DPG in Kooperation mit dem AK Botulinumtoxin e.V.	CPO HANSER SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0, Fax: 030 3057391 E-Mail: dpg-akbont2019@cpo-hanser.de
21. – 22.3.2019 in Koblenz	Deutscher Interdisziplinärer Notfallmedizin Kongress 2019 (DINK)	MCN – Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Katharina Fischer Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg Tel.: 0911 39316-41, Fax: -66 E-Mail: fischer@mcn-nuernberg.de
4. – 7.4.2019 in Madrid/Spanien	13th World Congress on Controversies in Neurology (CONy)	comtecmed Bailen, 95 – 97, pral. 1.a – 08009 Barcelona, Spain Tel.: +34 932081145 , Fax: +34 934579291 E-Mail: cony@comtecint.com www.comtecmed.com/cony
22. – 23.4.2019 in Tokyo/Japan Radisson Hotel Narita 650-35 Nanae, Tomisato-Shi, Chiba Prefecture 286-0221	26th World Congress on Neurology and Neurodisorders	Conference Series E-Mail: neurodisorders@neurologymeet.com
25. – 28.4.2019 in Lissabon Praca Industrias Lisbon 1300-307	7th World Congress on ADHD From Child to Adult Disorder	CPO HANSER SERVICE Zum Ehrenhain 34, 22885 Barsbüttel Tel.: 040 670-88-20, Fax: -32-83 E-Mail: adhd@cpo-hanser.de
8. – 11.5.2019 in Hannover Hannover Congress Centrum Niedersachsenhalle, Theodor-Heuss-Platz 1-3	4th International Congress on Treatment of Dystonia	INTERPLAN Congress, Meeting & Event Management AG Kaiser-Wilhelm-Str. 93, 20355 Hamburg Tel.: 040 325092-57, Fax: -44 E-Mail: dystonia@interplan.de



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, Neurooptalmologie:

Klaus Gehring

Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen

Neuropsychologie: Paul Reuther

Neuroonkologie: Werner E. Hofmann

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

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof,

Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

BVDN Homepage: http://www.bvdn.de

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Politische Geschäftsstelle Berlin:

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

E-Mail: bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de



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

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther

GOÄ/EBM: Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl

Qualitätsmanagement: Uwe Meier

Risikomanagement: Rolf F. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

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

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: Michael Krebs und Alicia Navarro-Urena

Brandenburg: Delia Peschel

Bremen: Sebastian von Berg

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 Psychiatrische Praxis
- Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG Psychotherapie im Dialog
- Die Rehabilitation Balint-Journal
- PPMp – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie

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.luethe@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-psychiater-berlin.de
Dr. R. Urban	Berlin	ja	ÄK	030 39220221	030 3923052	dr.urban-berlin@t-online.de
BVDN-Landesverband:	BRANDENBURG					
Dr. St. Alder	Potsdam	ja	ÄK	0331 7409500	0331 7409615	st-alder@t-online.de
Dr. M. Böckmann	Großbeeren	ja	ÄK	033701 338880		
Dr. G.-J. Fischer	Teltow	ja	ÄK	03328 303100		
Dr. H. Marschner	Blankenfelde	ja	KV	03379 371878		info@nervenarztpraxis-marschner.de
BVDN-Landesverband:	BREMEN					
Dr. U. Dölle	Bremen	ja	KV/ÄK	0421 667576	0421 664866	u.doelle@t-online.de
BVDN-Landesverband:	HAMBURG					
Dr. H. Ramm	Hamburg	ja	KV	040 245464		hans.ramm@gmx.de
Dr. A. Rensch	Hamburg	ja	ÄK	040 6062230	040 60679576	neuroensch@aol.com
BVDN-Landesverband:	HESSEN					
Prof. Dr. A. Henneberg	Frankfurt/M.	ja	ÄK	069 59795430	069 59795431	henneberg-neuropsych@t-online.de
S. Specht	Griesheim	ja	KV	06155 878400	06155 878420	stefan.specht@web.de
Dr. W. Wolf	Dillenburg	ja	KV	02771 8009900		praxis@dr-werner-wolf.de
BVDN-Landesverband:	MECKLENBURG-VORPOMMERN					
Prof. Dr. J. Buchmann	Rostock	ja	ÄK	0381 4949460	0381 49	johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de
Dr. Dr. M. Gillner	Rostock	nein	ÄK	03831 452200		
Dr. L. Hauk-Westerhoff	Rostock	ja	ÄK	0171 2124945		liane.hauk-westerhoff@gmx.de
BVDN-Landesverband:	NIEDERSACHSEN					
Dr. R. Luebbe	Osnabrück	ja	KV	0541 434748		ralph.luebbe@gmx.de
BVDN-Landesverband:	NORDRHEIN					
Dr. M. Dahm	Bonn	ja	KV/ÄK	0228 217862	0228 217999	dahm@seelische-gesundheit-bonn.de
Dr. A. Haus	Köln	ja	KV/ÄK	0221 402014	0221 405769	hphaus1@googlemail.com
BVDN-Landesverband:	RHEINLAND-PFALZ					
Dr. G. Endrass	Grünstadt	ja	KV	06359 9348-0	06359 9348-15	g.endrass@gmx.de
Dr. R. Gerhard	Ingelheim	ja	ÄK	06132 41166	06132 41188	dr.gerhard@neuro-ingelheim.de
Dr. M. Michel	Landau	ja	ÄK	06341 929490	06341 929490	post@dr-michel.de
Dr. Ch. Roth-Sackenheim	Andernach	ja	ÄK	0160 97796487	02632 964096	C@Dr-Roth-Sackenheim.de
Dr. K. Sackenheim	Andernach	ja	KV/ÄK	02632 96400	02632 964096	bvdn@dr-sackenheim.de
Dr. S. Stephan	Mainz	ja	KV/ÄK	06131 582814	06131 582513	s.stephan@nsg-mainz.de
Dr. C. Werner	Mutterstadt	ja	ÄK	06234 920092	06234 920093	dr.ch.werner@t-online.de
BVDN-Landesverband:	SAARLAND					
Dr. Th. Kajdi	Völklingen	nein	KV/ÄK	06898 23344	06898 23344	Kajdi@t-online.de
Dr. U. Mielke	Homburg	ja	ÄK	06841 2114	06841 15103	mielke@servicehouse.de
Dr. H. Storz	Neunkirchen	ja	KV	06821 13256	06821 13265	h.storz@gmx.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN					
Dr. M. Meinig	Annaberg-B.	ja	KV	03733 672625	03733 672627	mario.meinig@t-online.de
BVDN-Landesverband:	SACHSEN-ANHALT					
Dr. Michael Schwalbe	Lutherstadt-Wittenberg	ja	KV	03491 442567	03491 442583	schwalbenhorst@t-online.de
BVDN-Landesverband:	SCHLESWIG-HOLSTEIN					
Dr. U. Bannert	Bad Segeberg	ja	KV/ÄK	04551 969661	04551 969669	Uwe.Bannert@kvsh.de
BVDN-Landesverband:	THÜRINGEN					
Dr. D. Neubert	Arnstadt		KV	03628 602597	03628 582894	dirk@neubert.net
Dr. K. Tinschert	Jena	ja	KV	03641 57444-4	03641 57444-0	praxis@tinschert.de
BVDN-Landesverband:	WESTFALEN					
Dr. M. Bauersachs	Dortmund	ja	KV	0231 142818		info@klemt-bauersachs.de
Rüdiger Saßmannshausen	Bad Berleburg	ja	ÄK/KV	02751 2785	02751 892566	sassmannshausen@bvdn-westfalen.de

Dr. Uwe Bannert

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

Dr. Martin Bauersachs

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

Dr. Ute Bavendamm

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

Dr. Gerd Benesch

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

Dr. Ulrike Bennemann

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

Ralf Berkenfeld

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

Dr. Rudolf Biedenkapp

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

Dr. Oliver Biniash

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 Döle

Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen
Tel.: 0157 31087987,
Fax: 0421 2438796,
E-Mail: u.doelle@t-online.de

Dr. Joachim Elbrächter

Schlüterstr. 77, 20146 Hamburg
Tel.: 040 414235-22, Fax: -23
E-Mail: dr.elbraechter@freenet.de

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: info@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@neuro-
logie-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-rastpfehl@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
 Schülchenstr. 10, 53474 Ahrweiler
 E-Mail: preuther@rz-online.de

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

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

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

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

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

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

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

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

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

Neurologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie 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. (DGgPP) e. V.
 Postfach 1366, 51675 Wiehl
 Tel.: 02262 797683, Fax: -9999916
 E-Mail: GS@dgppp.de
 www.dgppp.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. Elmar 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: info@neurologie-itzhoe.de

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

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

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

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

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

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

Verlagsredaktion: Dr. rer. nat. Gunter Freese (Leitung), Tel.: 089 203043-1435, Fax: -203043-31435, E-Mail: gunter.freese@springer.com, Dr. rer. nat. Carin Szosteck (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. 24 vom 1.10.2018.

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



© djama / Fotolia

Vorschau

Ausgabe 12/2018

Dezember

erscheint am 18. Dezember 2018

Schematherapie der Depression

Obwohl die Schematherapie ursprünglich zur Behandlung von KVT-Non-Respondern und Patienten mit überdauernden Lebensproblemen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde, erscheint eine Anwendung auch bei Achse-I-Störungen wie der Major Depression zielführend.

Ablauf der Hirntod-Diagnostik

Die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls („Hirntod“) wird in Deutschland in den entsprechenden Richtlinien der Bundesärztekammer genau beschrieben. Bereits die Voraussetzungen für die Diagnostik sind exakt vorgegeben.

Flucht und Psyche

Viele der seit 2015 nach Deutschland zugewanderten Flüchtlinge benötigen eine psychiatrische Behandlung – nicht zuletzt, um ihnen die Teilnahme an Integrationsmaßnahmen und eine perspektivische Arbeitsaufnahme zu ermöglichen.