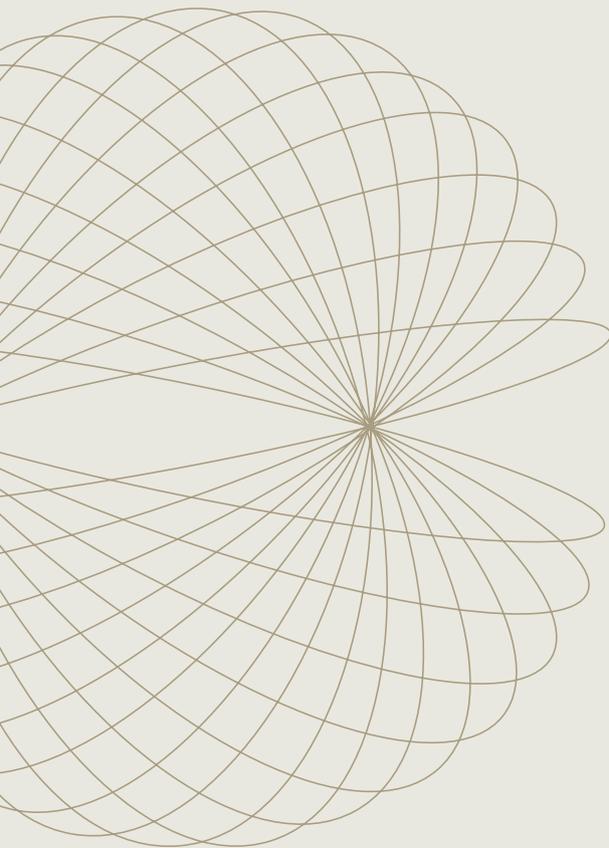


NEUROTRANSMITTER

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



Irreversibler Ausfall der Hirnfunktion

Wann welche Diagnostik?

Wettbewerb in der Versorgung

Ambulanter Sektor wird benachteiligt

Besonderheiten beachten

Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten

CME: Dritte Welle der Verhaltenstherapie

**Klinische Wirksamkeit der Schematherapie
bei Depressionen**

NeuroTransmitter-Telegramm 4/2018

Exklusiv für alle Mitglieder der Berufsverbände

**„Zeit-Plausibilitätsprüfungen –
Wie ist der gegenwärtige Stand?“**



»Nutzen Sie die Zeit des Jahreswechsels für Freunde und Familie oder einfach nur zum Dasitzen, zur ungerichteten oder gezielten Kontemplation.«

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Vorsitzender des BDN

Reflexion zum Jahreswechsel

Das Jahr neigt sich dem Ende zu. Natürlich ist das eine menschengemachte Zäsur, die dem sich unaufhörlich weiterdrehenden Rad der Zeit herzlich egal ist. Aber das Jahresende hat ja auch seine atmosphärischen Besonderheiten, verbunden mit ein paar freien Tagen, sodass sich diese Zeit anbietet, zu bilanzieren und zu kontemplieren. Warum auch nicht? Ich bin allerdings der Meinung, dass wir uns auch sonst systematisch die Zeit dafür nehmen sollten, nicht nur dann, wenn wir mit guten Vorsätzen ins neue Jahr starten, die sich dann im sich ebenfalls unaufhörlich drehenden Hamsterrad verlieren und allmählich in unserem Bewusstsein verblässen, als seien sie nie gefasst worden.

Distanz schaffen zu den inneren und äußeren Hamsterrädern

Ich meine dabei vor allem unsere „inneren“ Hamsterräder, die uns sagen, was wir noch alles schaffen, erreichen und leisten sollten, und andererseits, was uns davon abhält: die vielen Widerstände, widrigen Umstände, Ärgernisse, Aufregungen und natürlich auch unsere inneren Schweinehunde. Das alles hält uns in rück- und vorwärts gerichteten Grübelketten nicht nur davon ab, zu sehen, was alles gut läuft – es hindert uns auch, zu sehen, was im Moment stattfindet. Dabei geht es nicht um die berühmten Vorsätze, sondern um ein funktionales Bewusstsein, das, statt rein angstgetrieben zu sein, auch die positiven Umstände einschließt: Wir leben in einer Demokratie mit einer sehr guten Gesundheitsversorgung (zu der wir einen wichtigen Beitrag leisten), wir werden satt, haben es warm und vieles mehr.

Sich die eigene Freiheit bewusst machen

Wenn wir allerdings den zahlreichen und den lauterer Stimmen in unserem Land zuhören, bekommen wir unweigerlich das Gefühl, wir lebten im Vorhof der Hölle. Dabei geht es nicht darum, sich die negativen Realitäten wegzuträumen oder sie zu verdrängen, sondern aus der Bewusstwerdung Kraft zu schöpfen und die Dinge zu ändern, die veränderenswert und veränderbar sind. Dass wir genau diese Freiheit haben, das zu erkennen und zu entscheiden, haben uns nicht nur die Existenzialisten gelehrt. Sie schützt vor den nationalistischen und egomanen Rattenfängern, die weltweit allerorten aus den Böden sprießen, als hätten wir keine anderen Probleme. Sie nützt auch unserer persönlichen Hirngesundheit und gibt uns das nötige Rückgrat, um aufrecht den Alltag zu bewältigen sowie unsere Erfahrungen und

Fähigkeiten als „Ärzte vom Fach“ zum Nutzen unseres Umfeldes und der Gesellschaft einzubringen. Das tut nicht nur uns selbst gut, sondern auch allen anderen.

Das Einfache und Naheliegende ist oft das Schwerste

Ich weiß: alles Banalitäten, alles bekannt und in abertausenden Kalendersprüchen, Facebook- und Instagrambeiträgen sowie unzähligen Wohlfühl- und Lebensberatungsbüchern unter die Leute gebracht. Aber daraus ergibt sich eben der Unterschied: WIR wissen um die neurofunktionalen und psychoneuroimmunologischen Hintergründe und haben die tägliche Erfahrung mit neurologischen und psychischen Erkrankungen. Wir wissen, was Stress mit dem Hippocampus und dem präfrontalen Kortex macht und wie sich unsere somatischen Repräsentationen in ungunstigen Mustern verhalten. Aber Hand aufs Herz: Wer von uns lässt es in eine gute Praxis einfließen (nicht nur am Ende des Jahres)? Das Einfache und Naheliegende ist oft das Schwerste. Nochmal: Es geht nicht um Schönreden und Wohlfühlfloskeln. Es geht um Verantwortung, uns selbst und dem Umfeld gegenüber. Und es geht auch um die hierfür erforderliche Resilienz und den nötigen Gleichmut, damit wir nicht einknicken.

Vergegenwärtigen, was wirklich wichtig ist

Also: Nutzen Sie die Zeit für Freunde und Familie oder einfach nur zum Dasitzen, zur ungerichteten oder gezielten Kontemplation. Ohne Bildschirm, ohne Musik, ohne Ablenkung: nur Sie selbst in der Stille, mit sich allein. Nutzen Sie sie, um das Wichtige vom Unwichtigen zu trennen und konzentrieren Sie sich auf das wirklich Wichtige. Lernen Sie, zu akzeptieren, was unveränderbar ist, und schöpfen Sie die Kraft, Ihr Leben und das der anderen zu einem Besseren zu machen – was immer das für Sie vor Ihrem persönlichen, kulturellen oder religiösen Hintergrund bedeutet – und tragen Sie diese Praxis ins Jahr hinein. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine gute Zeit.

Im Namen der Vorstände von BDN, BVDN und BVDP,
Ihr



6 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Kürzlich wurde ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgestellt, das Professor Leonie Sundmacher vom Fachbereich Health Service Management der LMU München in Zusammenarbeit mit einem Konsortium weiterer renommierter Einrichtungen erarbeitet hat. So kommt endlich Bewegung in die lange Zeit einfach nur fortgeschriebener Bedarfsplanung. Viele zentrale Planungsfragen in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie bleiben jedoch weiterhin offen.

11 Benachteiligung des ambulanten Sektors

Die wettbewerbliche Situation zwischen stationärem und ambulantem Sektor ist verzerrt. Dies hat ein Gutachten nachgewiesen, dass das renommierte Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie im Auftrag der Verbände erstellt hat. Es sollte für Politik und ärztliche Selbstverwaltung weiterer Anlass sein, nachzujustieren.

Außerdem in dieser Ausgabe!

Die Beilage des Neurotransmitter-Telegramms 4/2018 „Zeit-Plausibilitätsprüfungen – Wie ist der gegenwärtige Stand?“ und die Broschüre „Abrechnungskommentar EBM 2018 Neurologie – Psychiatrie Psychotherapie“ (11. Auflage) exklusiv für alle Mitglieder der Verbände.

Auf Seite 48 finden Sie den Medizin Report Aktuell „Multiple Sklerose und Migräne: Individualisierte Therapie gewinnt zunehmend an Bedeutung“.

Titelbild (Ausschnitt): Cinematic-Rendering-Darstellung der Nervenfasern im Gehirn auf Basis von Magnetresonanzdaten

3 Editorial

Reflexion zum Jahreswechsel

Uwe Meier, Grevenbroich

Die Verbände informieren

6 Was leistet das aktuelle „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“?

Expertise vorgestellt

Sabine Köhler, Jena

11 Benachteiligung des ambulanten Versorgungssektors nachgewiesen

Gutachten zur wettbewerblichen Situation in der Versorgung

Sabine Köhler, Jena

14 „Stress and the city“

Bericht von der 91. Jahrestagung Bayerischer Nervenärzte und BVDN-Mitgliederversammlung 2018

Ayhan Altunbas, Traunstein, und Kollegen

18 Vernetzung zahlt sich aus

Die Highlights von der BVDN-Herbsttagung 2018 mit Programmvorschau auf den NuP-Tag 2019

Bernhard Michatz, Berlin

20 Gesundheitspolitische Nachrichten

- Bestätigt: Hamburger Doppelfachärzte dürfen nervenärztliche EBM-Grundpauschale verwenden
- Neue Fristen für den TI-Anschluss festgelegt
- Weitere Anwendungen für Telemedizin geplant

Gunther Carl, Kitzingen

22 Recht

- AU-Bescheinigungen: Keine Pflicht zur Aufklärung über sozialrechtliche Folgen
- Bundestag gibt den Weg frei für die Sicherstellung der Schlaganfallversorgung

Bernhard Michatz, Berlin

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

Rund um den Beruf

- 24 Auffälligkeits- und Einzelfallentscheidungen: Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel in Bayern**
Praxisprobleme – Sie fragen, wir antworten
Heino Sartor, Landshut

Fortbildung

- 28 Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten**
Besonderheiten der Diagnostik und Behandlung
Johanna Gisela Winkler, Berlin
- 33 Sprachgebundene Therapie: ein innovatives Konzept**
Angebot für Patienten mit geringen
Deutschkenntnissen
Ibrahim Özkan, Göttingen
- 36 Irreversibler Ausfall der Hirnfunktion: Wann welche Diagnostik?**
Das Vorgehen ist in Deutschland genau
vorgeschrieben
Uwe Walter, Rostock
- 40 Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen**
Dritte Welle der Verhaltenstherapie
Martin L. Rein, David Höhn, Martin E. Keck, München
- 45 CME Fragebogen**
- Journal
- 54 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Der Arzt als Universalist
Marguerite Yourcenars Roman „Die schwarze Flamme“
Gerhard Köpf, München
- 58 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Eine fantastische Reise durch Körper- und
Kunstgeschichte
Ausstellung in der ERES-Stiftung in München
Angelika Otto, München

- 27 Kleinanzeigen**
50 Pharmaforum
60 Termine
62 Verbandsservice
67 Impressum/Vorschau



40 Schematherapie bei Depressionen

Die Versorgungssituation von Patienten mit akuten und chronischen Depressionen ist in Bezug auf mangelndes Ansprechen und Rückfälle aktuell nicht zufriedenstellend. Als Ergänzung etablierter Therapieverfahren durch eine gezielte Fokussierung auf die der Depression zugrunde liegenden Vulnerabilitätsfaktoren könnte die Schematherapie dazu dienen, bei geeigneten Patienten längerfristige Therapieeffekte zu erzielen und Rezidive zu verhindern.

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)



Expertise vorgestellt

Was leistet das aktuelle „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“?

Mit dem Gutachten der Arbeitsgruppe um Professor Leonie Sundermacher, Health Services Management LMU München, ist endlich etwas Bewegung in die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gekommen. Viele zentrale Planungsfragen in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie bleiben jedoch weiterhin offen.

Wir Nervenärzte, Neurologen und Psychiater warten schon seit Jahren auf eine Erhebung des Bedarfs an vertragsärztlicher und ärztlicher Versorgung in Deutschland allgemein. Wir stehen dabei an einem Scheideweg unserer Fachgruppen. Die aktuell noch gültige Bedarfsplanungsgruppe im vertragsärztlichen Bereich fasst Nervenärzte, Neurologen und Psychiater zusammen. Die schon seit mehr als 15 Jahren bestehende Weiterbildungsordnung gilt aber getrennt für die Fachgebiete Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Bisher gibt es im vertragsärztlichen Bereich keine umsetzbaren Kriterien für die Trennung der Fachgruppenberechnung in den Planungsbereich Neurologie sowie den Planungsbereich Psychiatrie und Psychotherapie. Nachbesetzun-

gen von nervenärztlichen Vertragsarztsitzen erfolgen derzeit oft willkürlich. Gerade bei den Medizinischen Versorgungszentren kam es sogar zum Wechsel eines psychiatrischen Versorgungsauftrages zu einem neurologischen und umgekehrt. Eine kontinuierliche Behandlung von Patienten ist somit nicht zu gewährleisten.

Das Versorgungsstrukturgesetz von 2012 enthielt Hinweise zur Neuausrichtung der Bedarfsplanung. So sollte es zu einer Flexibilisierung von Planungsbereichen und zu einer Neuberechnung der Verhältniszahlen kommen. Durch eine Festlegung der der Planung unterliegenden Fachgruppen und der Definierung des Sonderbedarfes sollte die Bedarfsplanung zu einem Instrument der Versorgungssteuerung werden.

Für eine Versorgungssteuerung steht auf Bundesebene die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Verfügung, die allgemeine Vorgaben, wie Arztgruppen, Planungsbereiche und Verhältniszahlen umfasst. Auf Landesebene kann der Bedarfsplan der Krankenkassen und Landes-KVen regionalen Besonderheiten Rechnung tragen. Sonderbedarf wird auf lokaler Ebene wirksam, etwa bei Zulassungen in den „gesperrten Bereichen“.

In der Versorgungsplanung werden Ärzte und Psychotherapeuten vier Versorgungsebenen zugeordnet:

- *Hausärztliche Versorgung* (§ 11): Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten
- *Allgemeine fachärztliche Versorgung*: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hausärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte,



Aus Sicht der Verbände ist eine neue Bedarfsplanung mehr als überfällig.

Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen und Kinderärzte

— *Spezialisierte fachärztliche Versorgung:* Anästhesisten, Fachinternisten (fachärztlich tätig), Kinder- und Jugendpsychiater sowie Radiologen

— *Gesonderte fachärztliche Versorgung:* Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten sowie Transfusionsmediziner

Die Morbidität in der Bevölkerung steigt, die Versorgungsanteile, die pro Arzt erbracht werden, sinken jedoch. Die Gründe sind vielschichtig: Ein Grund ist der wachsende Anteil der Kollegen, die in Anstellung arbeiten und damit einer begrenzten Arbeitsstundenzahl unterliegen, die unter dem Durchschnitt der wöchentlichen Arbeitszeit eines selbstständig niedergelassenen Kollegen liegt. Die Bereitschaft, in freier Niederlassung zu arbeiten, nimmt ab. Dies macht sich vor allem im ländlichen Raum bemerkbar.

In den Jahren von 2009 bis 2017 kam es im ärztlichen Bereich zu keiner nennenswerten Änderung der Arztzahlen. Im hausärztlichen Bereich sank die Zahl der Ärzte um 1,9%. Die allgemeine fachärztliche Versorgung konnte einen Zuwachs von 5,7% verzeichnen, allerdings entfallen davon 15,4% allein auf Psychotherapeuten. In der Gruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung kam es zu einer Zunahme von 26,4%.

Das vorliegende „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“ zeigt zunächst den IST-Stand der Versorgung auf und wendet dann unterschiedliche Berechnungen an, um Verhältniszahlen aktuell anzupassen [1]. Neben einer konservativen Berechnung nach Einwohnerzahl und Morbidität kam ein „Gravitationsmodell“ zum Einsatz, das Mitversorgungsanteile verschiedener Facharztgruppen und Regionen einbezieht. Ein erheblicher Zuwachs im Bereich aller Arztgruppen ist somit zu errechnen, auch in unserer Arztgruppe würde dies zu einem Zuwachs von Arztsitzen führen. Jedoch wird die Gruppe der Nervenärzte immer noch in Einheit mit Neurologen und Psychiatern gemeinsam geplant. Berechtigt ist dabei die Sorge von Professor Josef Hecken (unabhän-

giger Vorsitzender des G-BA und Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA) zum Nachwuchs im gesamten ärztlichen Bereich. Der Altersdurchschnitt der Vertragsärzte ist hoch. In den kommenden Jahren werden sich viele Kollegen zur Ruhe setzen und suchen Nachfolger für ihre Praxen. Selbst wenn es zu einer Ausweitung der Medizinstudienplätze in naher Zukunft käme, kann sich dies in der Versorgung erst frühestens nach zwölf Jahren auswirken. So viel Zeit benötigt es, bis ein Mediziner sein Studium und die Facharztausbildung beendet hat.

In aller Munde und vom Wähler gewünscht ist eine Verbesserung der in Deutschland ohnehin sehr gut etablierten ambulanten fachärztlichen Versorgung. Eine Stellschraube im bestehenden Versorgungssystem kann die im TSVG-Kabinettsentwurf erwähnte Steuerungsfunktion des G-BA sein, der für einzelne Fachgebiete Mindest- und Höchstversorgungsanteile festlegen soll (§ 101, Abs. 1 TSVG).

Gespannt haben wir also auf das umfangreiche Gutachten zur Bedarfsplanung gewartet. Professor Leonie Sundmacher vom Fachbereich Health Service Management der LMU München erstellte dies in Zusammenarbeit mit einem Konsortium, dem weitere renommierte Einrichtungen, wie etwa das Wissenschaftliche Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig, das GeoHealth Centre/ Institut für Öffentliche Gesundheit am Universitätsklinikum Bonn, das Institut für Community Medicine an der Universität Greifswald und das Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München angehören. Das Gutachten ist in sechs Teile (A bis F) gegliedert:

— *Teil A:* Bewertung des Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sowie Bewertung der bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung

— *Teil B:* Ermittlung des Versorgungsbedarfs und Berechnung von Verhältniszahlen

— *Teil C:* Strukturierung der räumlichen Verteilung des vertragsärztlichen Versorgungsangebotes

— *Teil D:* Grundlagen zur Planungssystematik von unterschiedlichen Versorgungsangeboten und Spezialisierungen

— *Teil E:* Ländervergleich und Best Practice

— *Teil F:* Juristische Bewertung

Gutachten Teil A

Im Teil A wird zunächst der Begriff des „Zugangs zur Versorgung“ untersucht. Das Ergebnis: Es muss eine Unterscheidung zwischen potenziellem und tatsächlichem Zugang getroffen werden. Zudem müssen verschiedene Barrieren überwunden werden.

Empfehlungen:

— Für den „Eintritt“ eines Patienten in das Versorgungssystem sind die Erreichbarkeit von Versorgung (also räumliche Nähe usw.) sowie die Wartezeit von Bedeutung. Nach dem systematischen Vergleich verschiedener Konzepte wird empfohlen, Standards hierfür festzulegen. Dabei sollen auch relevante Mitversorgungseffekte einbezogen werden. Bei den Wartezeiten wird empfohlen, dass diese in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des medizinischen Problems bestimmt werden sollen.

— Eine Bewertung ist nur durch kleinräumige, multidimensionale Betrachtung konkurrierender Indikatoren unter Beachtung von empirischen Grenzwerten und Standards möglich.

Bei der Erfassung der Wegezeiten zum nächstgelegenen Hausarzt ist im Bundesdurchschnitt erstaunlicherweise schon heute in 95% der Fälle eine Zeit unter 15 Minuten zu verzeichnen. Je nach Rechenmodell liegen die Wegezeiten sogar darunter.

Der Versorgungsbedarf wird aktuell durch Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen bestimmt. Positiv wirkt sich dabei schon die Hinzunahme eines Demografiefaktors aus (entsprechend GKV-VStG), da damit Kapazitätsgrenzen etwas erweitert werden. Derzeit ist hier nur die Erfassung einer altersentsprechenden Inanspruchnahme von Menschen unter 65 und über 65 Jahren vorgesehen. Im Gutachten wird zusätzlich die Einführung von Sozial- und Morbiditätsstrukturen auf bundesweiter Ebene vorgeschlagen.

Empfehlungen:

— Berücksichtigung der Veränderungen des Versorgungsbedarfs je Einwohner,

etwa im Zusammenhang mit der Alterung der Gesellschaft und längerfristiger Zu- oder Abnahme bestimmter Krankheitsbilder bei Festlegung der Verhältniszahlen

- Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsgruppen sowie Multimorbidität in der Schätzung des Versorgungsbedarfs
- Anwendung bundeseinheitlicher Methodik, um Versorgung von Patienten mit gleicher Morbidität unabhängig vom Wohnort zu gewährleisten

Betrachtet man die ärztliche Versorgungskapazität müssen die verfügbaren Zeiteinheiten für Versorgung Würdigung finden, die in der Versorgung von Patienten Relevanz haben.

Im Bundesmantelvertrag für Ärzte (§ 17) ist eine Mindestsprechstundenzahl von 20 Stunden pro Woche festgelegt. Mit einer Zulassung im vertragsärztlichen Bereich verpflichtet sich ein Arzt allerdings zur Patientenversorgung 24 Stunden an sieben Tagen. Ausgenommen davon sind die Zeiten des organisierten Notdienstes, der wiederum von den Länder-KVen organisiert wird.

Eine Obergrenze für die Plausibilitätsprüfung stellt nach Erhebung der Daten die Wochenarbeitszeit von 51 Stunden dar (errechnet anhand von GKV-Patientendaten). Eine Ausarbeitung einer

durchschnittlichen Ausführung eines Versorgungsauftrages ist erforderlich. Umgestaltungen auf der Ebene der Versorgungsaufträge verändern letztlich Rahmenbedingungen. Eine Planung muss für Einwohner unabhängig vom Versichertenstatus erfolgen. Es wird implizit die Annahme getroffen, dass der durchschnittliche arztgruppenspezifische Versorgungsbedarf je Einwohner aktuell nur anhand des Demografiefaktors und gegebenenfalls regionaler Besonderheiten variiert.

Handlungsbedarf entsteht bei festgestellter Über- oder Unterversorgung. Bereits jetzt gibt es dafür eine Regelung im SGB V (§ 103 Abs. 3a): „(...) bei einem Versorgungsgrad > 140 % soll ein Zulassungsausschuss den Antrag auf Nachbesetzung ablehnen, wenn die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“.

Die Gutachter regen an, die Regeln der Zulassungsausschüsse und dabei geltende Ausnahmeregelungen zu überprüfen, und in die Nachbesetzungsverfahren drohende Unter-, aber auch bestehende Überversorgung einzubeziehen.

Gutachten Teil B

Im Teil B wird zunächst eine Definition des Begriffes „Bedarf an einer spezifischen Leistung“ vorgenommen: „Mini-

male Menge an Ressourcen, um den erwarteten Nutzen beziehungsweise das gesundheitsorientierte Nutzenpotenzial einer Person (capacity to benefit) von Versorgung vollständig zu decken (Culver 1995). Auf Bevölkerungsebene entspricht der objektive Bedarf an Gesundheitsversorgung demnach der „durch eine wirtschaftliche und zweckmäßige Versorgung vermeidbaren beziehungsweise behandelbaren Morbiditätslast, die eine Teilmenge der gesamten Krankheitslast einer Bevölkerung bildet.“

Die Bedarfsplanung soll Grundlage für die Feststellung der Arztkapazitäten sein, die dem Versorgungsbedarf einer Bevölkerung gerecht werden. Gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot bei möglichst stabiler Beitragssystematik im GKV-System ist aber darauf zu achten, dass Ausgaben ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. In diesem Zusammenhang wurde bereits bei der Errechnung der Verhältniszahlen bei der Arztkapazität angemahnt, dass eine Prüfung erfolgen soll, ob Zusatznutzen bei einem Aufbau von Vertragsarztsitzen entsteht.

Im Blick auf eine zukünftige Bedarfsplanung wird von den Gutachtern der wirtschaftlichen Komponente Rechnung getragen. Der Begriff des Versorgungsbedarfs soll zusammen mit dem Nutzen

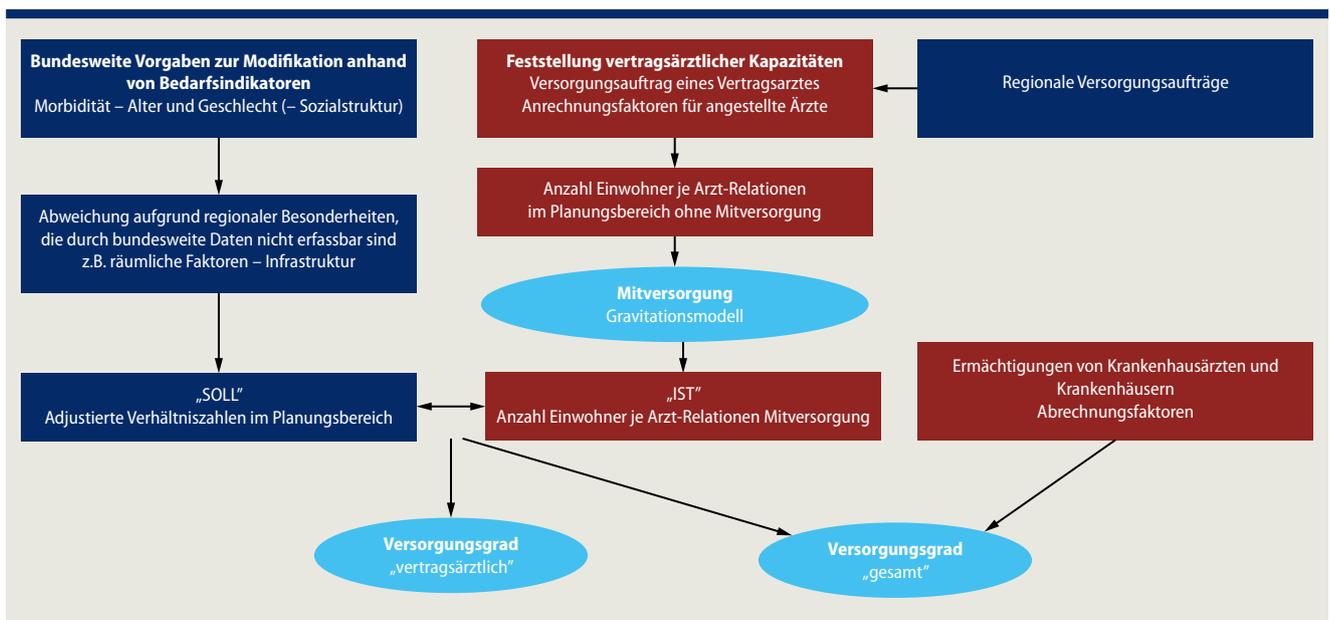


Abb. 1: Neues Konzept zur Berechnung der Verhältniszahlen (mod. nach [1] Abb. B1)

der zu planenden Arztkapazität und den Kosten betrachtet werden.

Empfehlungen:

- Regionale Besonderheiten sollten gezielt weiterentwickelt und genutzt werden, wenn etwa regionalspezifische Vorgaben und historisch gewachsene Versorgungs- und Infrastrukturen berührt werden.
- Zukünftige Entwicklungen sollten in einer prospektiven Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Gutachten Teil C

Teil C beschäftigt sich mit der Steuerung der räumlichen Verteilung von Versorgung und berücksichtigt dabei die im Teil A beschriebenen Instrumente.

Empfehlungen:

- Die Entwicklung der arztgruppenspezifischen Planungsbereiche ist positiv, aber die Zuordnung der Versorgungsebenen sollte hinsichtlich Erreichbarkeit, Tragfähigkeit und Mitversorgung bei Änderungen der Bedarfsplanung stets evaluiert werden.
 - Planungsbereichszuschnitte derselben Versorgungsebene sollten vergleichbar sein. Flankierend kann eine Standortsteuerung innerhalb von Planungsbereichen sinnvoll sein.
- Ausführlich wird der Aspekt der Mitversorgung über Planungsbereichsgrenzen zum Beispiel durch Pendlerbewegungen betrachtet. Besonderes Augenmerk sollte dabei nach Ansicht der Gutachter auf die Betrachtung der langfristigen Mitversorgungsbeziehungen und die Mobilität von Patienten gelegt werden.

Empfehlungen:

- Mitversorgungsbeziehungen sollten im Einklang mit zumutbaren Erreichbarkeitsstandards definiert werden, die auch Patientenpräferenzen berücksichtigen.
 - Mitbehandlung zwischen benachbarten Planungsbereichen (über administrative Grenzen hinweg) sollte bei der Feststellung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden.
- Eine besondere Möglichkeit, Mitbehandlungseffekte abzubilden, stellt das Gravitationsmodell dar. Mit diesem Modell kann Mitversorgung über Planungs-

Tab. 1: Abschätzung des Bedarfes an Arztkapazitäten

Arztgruppe	Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten bei Anwendung der bestehenden Verhältniszahlen, inklusive regionalen Sonderbedarfen		Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten bei Anwendung der neu berechneten Verhältniszahlen		Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten bei Anwendung neu berechneter Verhältniszahlen und Gravitationsmodell	
	bei 100 % Versorgungsgrad	bei 110 % Versorgungsgrad	bei 100 % Versorgungsgrad	bei 110 % Versorgungsgrad	bei 100 % Versorgungsgrad	bei 110 % Versorgungsgrad
Hausärzte	849	2.585	1.400	3.574	4.098	7.058
Frauenärzte	4	21	91	371	876	1.316
Kinderärzte	3	8	70	171	510	713
Augenärzte	16	39	105	289	368	567
Chirurgen	3	7	38	63	100	163
HNO	21	40	86	245	226	354
Hautärzte	21	36	77	207	205	299
Nervenärzte	2	7	163	245	313	443
Orthopäden	0	3	43	191	187	308
Urologen	1	4	43	119	154	201
Psychotherapeuten	641	1.158	1.157	1.674	1.674	2.413

Quelle: Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 9 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung

bereiche sichtbar gemacht werden. In dieses Modell wurden nur Ärzte mit zumutbarer Mindesterreichbarkeit betrachtet. Außerdem wurde für jeden Arzt dessen Patientenpotenzial im Mindesteinzugsbereich bestimmt. Da sich Einzugsbereiche überschneiden, erzeugen sie innerhalb der zumutbaren Erreichbarkeit die Mitversorgung. Ein Beispiel dafür wäre die Versorgung über KV-Grenzen hinweg. Dies ist möglich, aber schwer abbildbar (**Abb. 1**).

Im Gutachten ist eine Abschätzung des Bedarfes an Arztkapazitäten abgebildet (**Tab. 1**). Spätestens hier muss überlegt werden, wie die zusätzlichen Arztkapazitäten gedeckt werden sollen. Die Alterspyramide und fehlende Kapazitäten, Medizinstudenten auszubilden, sowie der zeitliche Versatz bis zum Eintritt der Ärzte in die fachärztliche Versorgung sind hier relevant.

Gutachten Teil D

In der Planungssystematik müssen aber auch die unterschiedlichen Versorgungs-

angebote und Spezialisierungen betrachtet werden. Dies erfolgt im Teil D.

Die oben bereits ausgeführten und auf den vier Versorgungsebenen agierenden Arztgruppen bilden ihren Versorgungsauftrag durch die GOP im EBM ab.

Hier gibt es deutliche und umfangreiche Empfehlungen:

- Die Basisleistungen, die ein Arzt einer Arztgruppe in der Grundversorgung abdeckt, sollten deutlicher gesteuert werden.
- Die Grundversorgung muss kleinräumiger geplant werden. (Hoch)spezialisierte Versorgung sollte hingegen nicht kleinräumig geplant werden.
- Subspezialisierungen der Fachinterne sollten differenziert betrachtet werden. Es ist notwendig, Subspezialisierungen den verschiedenen Versorgungsebenen zuzuordnen.
- Zusammenlegung der Arztgruppen der Chirurgen und der Orthopäden
- Getrennte Planung von Psychiatern und Neurologen

- Separate Planung der Schmerztherapeuten
- Berücksichtigung von Delegation in unterversorgten Planungsbereichen. So sollen Hausärzte sich statt auf einen Sitz auf 1,25 Sitze bewerben, wenn sie von einer halben Vollzeitkraft nicht ärztlicher Praxisassistenten unterstützt werden
- Möglichkeit der aktiven Ausschreibung eines begründeten Sonderbedarfs
- Möglichkeit der Ausschreibung zeitlich befristeter und leistungsbezogener regionaler Versorgungsaufträge in Planungsbereichen mit festgestellter Unterversorgung

Sektorenübergreifende Versorgung

Gesondert wird von den Gutachtern in den unterschiedlichen Teilen des Gutachtens die sektorenübergreifende Versorgung betrachtet.

Empfehlungen:

- Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung
- Eine sektorenübergreifende Perspektive auf die Planung der ambulanten Versorgung kann es ermöglichen, parallel bestehende Kapazitäten in den Sektoren gezielt zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs einzusetzen.
- Die sektorenübergreifende Planung von Teilen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung soll prioritär betrachtet werden.
- Gremien nach § 90a SGB V (gemeinsames Landesgremium, offizielle Bezeichnung: Landesausschuss) sollen bei sektorenübergreifender Planung eingebunden werden.

Spätestens hier wird eine große Lücke im vorliegenden Gutachten deutlich. Bereits seit Jahrzehnten existiert im Bereich der neuropsychiatrischen und insbesondere der psychiatrischen Versorgung eine relevante Versorgung durch den stationären und den ambulanten Bereich. Aus dem stationären Versorgungssektor werden ambulante Versorgungsleistungen zunehmend möglich, die im Gutachten aber nicht erfasst wurden. Über die vertragsärztliche Versorgung sind umfang-

reiche Daten erhebbare gewesen und werden im Gutachten abgebildet. Versorgungsdaten aus dem Bereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sehen wir nicht.

Bewertung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen ist Zuwendungsmedizin und dafür werden erhebliche Zeitressourcen benötigt. Laut Gutachten sind hierfür deutlich mehr Fachärzte erforderlich, insbesondere im vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Bei dem aktuellen Nachwuchsmangel stehen wir hier vor der Herausforderung, zeitliche und personelle Ressourcen zu verknüpfen und durch Vernetzung die Versorgung zu optimieren. Eine vernetzte Versorgung und die Tätigkeit im Team erhöhen die Arbeitszufriedenheit und machen die Fachbereiche attraktiv für unseren ärztlichen Nachwuchs. Die Tätigkeit in einem Therapeutenteam, die bisher fast ausschließlich in Kliniken möglich war, sollte der Welle der Ambulantisierung folgend auch für den ambulanten Versorgungssektor möglich gemacht werden. Entsprechende Strukturvoraussetzungen sollten dringend etabliert werden.

Das Gutachten der Arbeitsgruppe Sundermacher setzt die wissenschaftliche Betrachtung der Bedarfsplanung auf eine neue Ebene. Die vorliegenden Berechnungen und Handlungsempfehlungen können dazu beitragen. Die Gutachtenergebnisse liefern jedoch keine Grundlage zur Beantwortung der Planungsfragen in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie. Vor einem Jahr haben Vertreter unserer drei Berufsverbände Zuarbeiten zum Gutachten geliefert, die leider nicht berücksichtigt wurden. Die Aussagen und Empfehlungen des vorliegenden Gutachtens können nicht verwendet werden, um Anpassungen in unserer Bedarfsplanungsgruppe vorzunehmen und diese in die den Weiterbildungsordnungen entsprechenden neuen Planungsgruppen zu überführen.

Nach Rückfrage an die Arbeitsgruppen bezüglich der Empfehlung einer Auftrennung der Bereiche Neurologie und Psychiatrie wurde zum einen mit den getrennten Weiterbildungsordnungen argumentiert. Außerdem wurde uns

dargestellt, dass bereits im Sachverständigen Gutachten im Jahr 2014 die Auftrennung der Bedarfsplanungsgruppe der Nervenärzte empfohlen wurde. Daten zur überlappenden Versorgung im neuropsychiatrischen Bereich, Daten zur gesamten ambulanten Versorgung von Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen (siehe PIA) fehlen. Wir stehen also vor einer akademisch überlegten Forderung ohne Datenbasis und sollen damit zu besserer Gesundheitsversorgung finden. Notwendig wäre eine sektorenübergreifende Bedarfserhebung, die auch wissenschaftliche und Versorgungsentwicklungen der vergangenen Jahrzehnte mit einbezieht.

Diese Aufgaben muss die Selbstverwaltung gemeinsam mit den politischen Gremien bewältigen. Dazu gehört auch der Mut, sinnvolle, aber unpopuläre Entscheidungen zu treffen.

Wir als neuropsychiatrische Berufsverbände sind weiterhin der Auffassung, dass eine Trennung der Bedarfsplanung in Neurologie und Psychiatrie mehr Versorgungs- und fachärztliche Zuordnungsprobleme erzeugt als dass sie unseren Patienten mit ZNS-Erkrankungen nutzt. Für eine Trennung gibt es bisher keine belastbaren Daten. Vielmehr müssen auf Basis der bekannten demografischen Entwicklung sowie der Entwicklung der Morbidität bei ZNS-Erkrankungen die Bedarfsplanungszahlen erhöht werden. Nervenärzte und Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie versorgen derzeit noch die Hälfte der Patienten. Auch eine Trennung mithilfe einer Quotenregelung würde auf kaum sachgerecht überwindbare Schwierigkeiten stoßen. Vielmehr ist in einer neuen Bedarfsplanung die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen speziell für die ZNS-Versorgung zu berücksichtigen. □

1. Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung: www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

Gutachten zur wettbewerblichen Situation in der Versorgung

Benachteiligung des ambulanten Versorgungssektors nachgewiesen

Die wettbewerbliche Situation zwischen stationärem und ambulantem Sektor ist verzerrt. Diese Annahme wurde in den vergangenen Jahren immer präsenter, jedoch ist ein Beweis an Einzelbeispielen nicht zu führen.

Zwar ist Krankenversorgung in Deutschland in stationäre und ambulante Behandlungssektoren unterteilt, jedoch vermischen sich diese Bereiche bei den ZNS-Erkrankungen gerade zunehmend. Eine Vermischung findet aber ausschließlich aus dem stationären Versorgungssektor (Krankenhausunternehmen) statt. Dieser übernimmt mehr und mehr ambulante Versorgungsaufgaben, oder wird mit diesen betraut, obwohl ein historisch gewachsener ambulanter und vertragsärztlicher Versorgungssektor existiert. Dies führt zur Benachteiligung der Ärzte im vertragsärztlichen Sektor. Aus diesem Grund haben der BVDN, der BDN und der BVDP ein Gutachten zur Untersuchung der Wettbewerbsentwicklung im Bereich der ZNS-Versorgung in Auftrag gegeben (siehe Kasten **Gutachten zur Wettbewerbsentwicklung in der ZNS-Versorgung**).

Problemstellung

Wie in der onkologischen Versorgung besteht auch im Bereich der Versorgung von ZNS-Erkrankungen ein wettbewerblicher Antagonismus von Vertragsärzten und Krankenhausunternehmen um dieselben Patienten. Jedoch:

- Kann Wettbewerb als Instrument zur Kostensenkung dienen?
- Können wettbewerbliche Strukturen zu qualitativ hochwertiger und flächendeckender Versorgung führen?

Wirtschaftsökonomen stellen genau diese Fragen, die uns Fachärzten im Alltag nicht in den Sinn kommen, wenn wir uns dem Gefühl hingeben, dass unsere Arbeitsbedingungen und die Möglichkeiten, Versorgung für unsere Patienten weiterzuentwickeln nicht mit dem aktu-

ellen Wissens- und Forschungsstand Schritt halten können.

Ziel der Studie war es, die wettbewerbliche Situation in der neurologischen und psychiatrischen Versorgung bei Erwachsenen zu untersuchen, und die aus wettbewerbspolitischer Sicht problematischen Gesichtspunkte in den gegenwärtigen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen herauszuarbeiten. Besonderes Augenmerk sollte auf der Abgrenzung und den Übergängen von ambulanter und stationärer Versorgung sowie auf den unterschiedlichen Wettbewerbspotenzialen von ZNS-Ärzten auf der einen und von Krankenhausunternehmen auf der anderen Seite liegen.

Methodik

Untersuchungsgegenstand waren die Möglichkeiten und Anreize von Krankenhausunternehmen, auf den Märkten für die ambulante Versorgung in den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie tätig zu werden. Dafür wurden öffentlich verfügbare Informationen zum Behandlungsgeschehen in der ambulanten und stationären Versorgung im ZNS-Bereich herangezogen (Daten von Destatis, aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, KBV, Ärztestatistik der Bundesärztekammer, des Wissenschaftlichen Instituts der AOK [WiO], Auswertungen zum Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche

Niedergelassene Vertragsärzte sind im Wettbewerb oftmals benachteiligt.



Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland [Zi-Praxis-Panel]).

Zuwendungsmedizin

Patienten mit psychischen Erkrankungen und Schädigungen des zentralen Nervensystems (im Folgenden als ZNS-Krankheiten zusammengefasst) gehören zu den Patientengruppen mit der höchsten Krankheitslast. Dies findet seinen Ausdruck in massiven Einschränkungen von Lebensqualität und psychosozialer Teilhabe, in langwierigen Arbeitsunfähigkeiten sowie häufigen und frühen Beren-

tungen. Anders als andere Patienten können sie aufgrund ihrer Einschränkungen oftmals nicht so auf ihre Problem hinweisen und sind im Umgang unter anderem mit Behörden, Krankenkassen, Arbeitgebern benachteiligt sowie im selben Maße auf die Hilfe von Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern angewiesen. Die Behandlung von Patienten mit ZNS-Krankheiten erfordert nicht nur oft einen hohen diagnostischen und teilweise technischen Aufwand, sondern geht in aller Regel mit der Notwendigkeit einer hohen Zuwendung einher.

ZNS-Krankheiten werden in Deutschland von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie (analog Fachärzte für Nervenheilkunde), Fachärzten für Psychiatrie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie von Psychologischen Psychotherapeuten behandelt.

Im Gesundheitssystem sind die Fachgruppen, die mit der Behandlung von Patienten mit psychischen Krankheiten und Gehirnschädigungen befasst sind, mit einer Vielzahl von Wettbewerbsnachteilen konfrontiert. So sind in der vertragsärztlichen Versorgung traditionell Fachgruppen mit einem primär hohen Durchsatz technischer Leistungen bevorzugt, was sich in dramatischen Vergütungsunterschieden bemerkbar macht. Psychiater etwa zählen zu den Fachärzten mit den geringsten Einkom-

»Die Facharztgruppen, die mit der Behandlung von ZNS-Krankheiten befasst sind, sind traditionell durch eine Vielzahl von Wettbewerbsverzerrungen benachteiligt.«

men, weil ihr Arbeitsmittel überwiegend „nur“ das ärztliche Gespräch darstellt.

Die zunehmende Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Leistungen stellt einen weiteren Wettbewerbsnachteil für die vertragsärztlich tätigen Fachärzte im ZNS-Bereich dar.

Versorgungsprobleme und Fehlllokationen

In Deutschland verfügen wir innerhalb der einzelnen Versorgungseinheiten über einen hohen und weitgehend flächendeckenden Versorgungsstandard. Dennoch lassen sich Versorgungsprobleme und Fehlllokationen gerade bei den schwer- und chronisch Kranken ausmachen. Auch Wartezeiten in Facharztpraxen stellen gerade bei ZNS-Krankheiten ein erhebliches Problem dar. Als Ursachen sind hier eine vermehrte Inan-

spruchnahme anzuführen, die zum Teil auf eine echte Zunahme von ZNS-Krankheiten zurückzuführen ist, etwa bei altersassoziierten Krankheiten wie Demenz, Parkinson oder Schlaganfall. Zum anderen sind viele dieser Erkrankungen aufgrund des medizinischen Fortschritts viel besser behandelbar. Stand für die Behandlung der Multiplen Sklerose vor 20 Jahren nur ein Präparat zur Verfügung, sind es heute über ein Dutzend äußerst wirksamer Substanzen, deren Anwendung aber mit einem hohen

Aufwand in der Überwachung und im Risikomanagement verbunden ist. Die Inanspruchnahme von Leistungen bei psychischen Erkrankungen nimmt ebenfalls rapi-

de zu. Ursächlich dafür ist neben einem erhöhten individuellen Leistungsdruck der Wandel klassischer Familien- und Sozialstrukturen. Die Folge ist ein kontinuierlicher Anstieg von Wartezeiten auf Behandlungstermine. Statistiken zeigen, dass dies in der Vergangenheit beziehungsweise in dem Zeitraum von 1995 bis 2005 durch eine Fallzahlsteigerung in den Facharztpraxen aufgefangen werden konnte. Seitdem stagnieren die Fallzahlen. Behandlungsqualität kann nur erhalten bleiben, wenn dafür ein Mindestmaß an Zeitkapazitäten genutzt wird. Eine weitere Schrumpfung der Behandlungszeiten pro Patient ist schlichtweg nicht mehr möglich.

Der Versorgungsgrad im fachärztlichen Bereich wurde in den 1990er-Jahren anhand des Ist-Zustandes festgeschrieben. Eine Erweiterung der fachärztlichen Versorgung analog dem wissenschaftlichen Fortschritt für die Ermöglichung differenzierter und ambulanter Behandlungsmöglichkeiten im Lebensumfeld des Patienten sowie entsprechend der kostenregulierenden Ambulantisierung der Versorgung und der zunehmenden Morbidität im Bereich der ZNS-Krankheiten bei einer alternden Gesellschaft erfolgte im ambulanten vertragsärztlichen Bereich nicht. Formal sind wegen historischer – und zu keinem Zeitpunkt aufgrund rationaler Daten festgelegte – Verhältniszahlen praktisch alle Planungsbereiche „über-

Gutachten zur Wettbewerbssituation in der ZNS-Versorgung

Partner für dieses Projekt wurde das renommierte Düsseldorfer Institut für Wettbewerbsökonomie (DICE) an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Das Team von DICE Consult hat bereits einschlägige Erfahrungen im Gesundheitsbereich. So entstand im Jahre 2016 eine Untersuchung zum Wettbewerb in der ambulanten onkologischen Versorgung. Auch hier konnte gezeigt werden, dass Klinikunternehmen Angebote für ambulante onkologische Versorgung strategisch ausweiten, da sie starke Anreize aus der Vergütungssystematik im ambulanten und stationären Bereich haben und deswegen Patienten an sich binden. Die Entwicklung monopolistischer Strukturen konnte herausgearbeitet werden und es konnte die Gefahr einer ineffizienten Versorgung mit einer sich schlechend verschlechternden Versorgungsqualität durch die Autoren Professor Justus Haucap und Dr. Michael Coenen aufgezeigt werden.

versorgt“. Einer Erhöhung der Zulassungen, die allseits bekannte und Kapazitätsprobleme kompensieren könnten, erfolgt vor allem deswegen nicht, weil diese Sitze zusätzlich von den Krankenkassen finanziert werden müssten. Die Politik hat hier bisher keine strukturellen Lösungen des Problems vorgenommen, sondern Regulierungsversuche mit der Einrichtung von Terminalservicestellen unternommen. Damit werden die Facharztpraxen gezwungen, noch mehr Patienten zu versorgen, wohl wissend, dass die Grenzen der Versorgungsmöglichkeiten längst erreicht und teilweise überschritten sind. Der Druck wird also an die ärztliche Selbstversorgung und an die Fachärzte weitergegeben, die längst an ihren Leistungsgrenzen angekommen sind. Der aktuelle Kabinettsentwurf des TSVG sieht darüber hinaus vor, dass Hausärzte, die es schaffen, noch einen Patienten zum Facharzt zu vermitteln, hierfür einen Bonus erhalten sollen.

Vergütung der Leistung für den Patienten unabhängig vom Sektor

Für die Lösung der gefühlten und tatsächlichen Versorgungsprobleme im ZNS-Bereich sind nach Ansicht des Spitzenverbandes ZNS (SpiZ) und seiner Mitgliedsverbände kein Flickwerk, sondern vielmehr strukturelle Lösungen durch eine intelligente Versorgungssteuerung und ein Anreizsystem erforderlich. Rosinenpickerei und Zuweisungstourismus müssen verhindert werden. Die Versorgung von schwer und chronisch Kranken braucht eine kluge Förderung.

Anstelle von strukturellen Veränderungen reagiert die Politik zunehmend mit der Öffnung des stationären Sektors. Der SpiZ setzt sich für eine dringend notwendige bessere Vernetzung und Strukturierung von Behandlungsabläufen ein. Hier ist eine Öffnung der starren Sektorengrenzen ein wichtiger Ansatz. Allerdings kann dies nur seine Wirkung entfalten, wenn eine „Waffengleichheit“ von ambulanten Praxen und Krankenhäusern sichergestellt ist. Der ökonomische Druck in den Krankenhäusern ist immens, Chefärzte berichten zunehmend

von wirtschaftlichen Vorgaben der Verwaltungsleitungen, die im Konflikt mit den medizinischen Erfordernissen stehen. Entlassungen oder Kündigungen sind in diesem Zusammenhang keine Ausnahme mehr.

Im Kontext der Öffnung von Sektorengrenzen zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass Entwicklungen von ambulanten Strukturen aus dem Krankenhaussektor heraus oft primär von ökonomischen Interessen auch zur Standort-sicherung geleitet sind. Ambulante Leistungen im Krankenhaussektor werden oft sehr viel höher vergütet als inhaltsgleiche Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Weniger lukrative Bereiche wie die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen eines Krankenhaus-MVZ können durch Krankenhauskonzerne problemlos querfinanziert werden. Wir fordern daher „gleiche Vergütung für gleiche Leistung“ im stationären und vertragsärztlichen Bereich.

Kernaussage des Gutachtens

In der DICE-Studie konnte festgestellt werden, dass heute ganz allgemein eine Substitution von Angeboten durch sta-

»Die Versorgung von Patienten mit psychischen Krankheiten und Hirnerkrankungen ist vor allem auch Zuwendungsmedizin.«

tionäre Leistungserbringer (Krankenhausunternehmen) erfolgt, die primär Überschusserzielung anstreben. Damit geraten Angebote niedergelassener Vertragsärzte in derselben Region ins Hintertreffen. Im Hinblick auf Versorgungseffizienz und Versorgungsqualität muss dieser Umstand sehr kritisch bewertet werden.

Handlungsempfehlung sind:

- Mehr Transparenz über das Angebot in Krankenhausunternehmen
- Mehr Arzt-sitze für die ZNS-Fächer in der Bedarfsplanung
- Soll-Ist-Abgleich der Bedarfsplanungen in der ambulanten und stationären Versorgung, konsequenter Ausbau von Behandlungskapazitäten in weniger gut versorgten Bereichen

- Weitere Ausdeckelung und anschließend extrabudgetäre Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Sprechleistung, analog zur extrabudgetären Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen
- Gesonderte Vergütung der Koordinationsleistungen in psychosozialen Behandlungsnetzwerken nach dem Vorbild der sozialpsychiatrischen Versorgung in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP)
- Gegebenenfalls Schaffung gestufter Angebote, die interdisziplinär, sektorenübergreifend und aus Sicht der Patienten niederschwellig sind. Die Koordination obliegt hierbei einem Bezugsarzt (Stepped-Care-Ansatz).

Das DICE-Gutachten zeigt die Wettbewerbsverzerrungen im Gesundheitssystem sehr deutlich auf. Das Gutachten sollte ein weiterer Anlass sein, hier vonseiten der Politik und der ärztlichen Selbstverwaltung nachzujustieren. Die Berufsverbände des SpiZ haben durch ihre Aktivitäten in der Vergangenheit mit der Entwicklung vernetzter Versorgungskonzepte im Rahmen von Strukturverträgen gezeigt, dass die Fachgruppen innovative Versorgungsformen tragen und fördern. Dies beinhaltet auch die patientengerechte Zusammenarbeit ambulanter und stationärer sowie hochspezialisierter ambulanter Strukturen, kooperativ und nicht kompetitiv.

Wir brauchen in Deutschland dringend die Förderung von strukturierten multimodalen, berufs- und fachgruppenübergreifenden Versorgungsstrukturen, um der Versorgung besonders der schwer und chronisch kranken Patienten mit ZNS-Krankheiten in ihrem Lebensumfeld gerecht zu werden. Diese Strukturen sollten sich organisch auch aus dem Wettbewerb um die beste Patientenversorgung entwickeln und nicht primär ökonomischen Überlegungen folgen. □

AUTORIN

Dr. med. Sabine Köhler, Jena
Vorsitzende des BVDN

91. Jahrestagung Bayerischer Nervenärzte

„Stress and the city“

Die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater aus Bayern trafen sich am 19. und 20. Oktober 2018 zu ihrer jährlichen Fortbildung sowie der Mitgliederversammlung im Kloster Irsee. Im Festvortrag wurden zudem die gesundheitlichen Folgen des Stadtlebens diskutiert.

Wie es mittlerweile Tradition ist, trafen sich unter der Schirmherrschaft des BVDN Bayern die bayerischen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater unter strahlend blauem bayerischen Himmel und Allgäuer Herbstsonne in den beeindruckenden barocken Tagungsräumen des ehemaligen Benediktinerklosters Irsee. Die Atmosphäre war wie immer sehr familiär und kollegial. Unter den über 100 Teilnehmern waren auch etliche Gesichter aus Baden-Württemberg, Österreich und der Schweiz wiederzuerkennen. Der BVDN-Vorstand hatte die Kolleginnen und Kollegen aus BVDN, BVDP und BDN im Anschluss an die Tagung zur Mitgliederversammlung eingeladen, bei der unter anderem lebhaft über die geplante Gesundheitsgesetzgebung diskutiert wurde.

Aktuelles aus der Neurologie

Myopathien

Den ersten Themenblock zur Neurologie leitete Professor Benedikt Schoser aus München mit einem Überblick zu Myopathien ein. Er bot seinen Zuhörern in Anbetracht der mehr als 880 bekannten Muskelerkrankungen einen Parforceritt durch die Kategorien muskulärer Erkrankungen, orientiert an der Phänomenologie. Unter anderem betonte er die Bedeutung der Anamnese in der Diagnosefindung und rief klinische Details in Erinnerung, zum Beispiel das Trendelenburg-Zeichen, die Betrachtung der Wadenmorphologie, die Scapula alata, oder auch das Gowers-Zeichen und die Bedeutung der Analyse der Zungenmuskulatur. Schließlich deutete er künftige

innovative therapeutische Optionen an, insbesondere im Bereich der Gentherapie. Die hiermit verbundenen hohen Kosten werden sicherlich eine Herausforderung für das Gesundheitswesen darstellen.

Gliome

Privatdozent Dr. Marcus Hutterer aus Linz berichtete Neues zur Diagnostik und Therapie von Gliomen. Er erläuterte eindrucksvoll die Bedeutung nuklearmedizinischer Untersuchungstechniken als Ergänzung zur Kernspintomografie. Zudem führte Hutterer die Therapieschwierigkeiten im Kontext von Operation und Strahlentherapie aus, die auf „Tumor Microtubes“ sowie Netzwerke pathologischer Zellen und die Bildung von Resistenzfaktoren zurückzuführen



Das Leben in der Stadt bietet etliche Vorteile, stellt für das Gehirn jedoch eine Herausforderung dar, erläuterte Privatdozent Dr. M. Adli in seinem Festvortrag.

seien. Hier wies er auch auf die Tumorerogenität bezüglich verschiedener Zellklone hin und stellte dar, dass es während der Behandlung zu Tumorzellmutationen und Zellselektionsprozessen kommen kann. Die Patientenführung sei von erheblicher Bedeutung, da zahlreiche Patienten neuropsychologische Defizite aufwiesen. Grundsätzlich sei durch eine standardisierte interdisziplinäre Therapie ein verbessertes Überleben erreichbar.

Ambulante Palliativmedizin

Über Aktuelles aus der neurologischen Palliativmedizin in der ambulanten Versorgung referierte Professor Stefan Lorenzl, Krankenhaus Agatharied. Lorenzl stellte dar, dass der Zugang zur Palliativmedizin für Patienten mit neurologischen Krankheiten, die nicht an Tumoren leiden, erschwert ist. Er erläuterte das Konzept der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) zur Versorgung Betroffener und stellte Möglichkeiten der modernen Telemedizin für die „Neuro Palliative Care“ dar.

Transition aus der Neuropädiatrie in die Erwachsenenepileptologie

Die Transition in das Erwachsenenalter bietet Herausforderungen für die Behandlung neurologischer Erkrankungen. Epilepsie ist oft eine chronische Erkrankung mit großer Variationsbreite, die bei ungefähr 30 % der Kinder auch im Erwachsenenalter persistiert, berichtete Dr. Matthias Ennslen, Holzkirchen und Agatharied. Zur Behandlung kann neben den „pädiatrischen“ Antiepileptika die ganze Bandbreite der Medikamente der Erwachsenenepileptologie verwendet werden. Generell sollten jedoch bei der Weiterbehandlung alle ehemaligen und aktuellen Diagnosen überprüft werden. Als besonders gelungen hob Ennslen das Berliner Transitionsprogramm hervor. Außerdem drückte er aus, dass eine Zusammenarbeit mit den neu gegründeten medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE) sinnvoll sei.

Schluckstörungen

Über die Rehabilitation nach Apoplexien oder bei neurodegenerativen Erkrankungen referierte auf hohem Niveau

Komitee für die Erstellung des Fortbildungsprogramms

Prof. Dr. med. Markus Jäger, BKH Kempten

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Landgrebe, kbo-Lech-Mangfall-Kliniken Agatharied

Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl, Krankenhaus Agatharied

Priv.-Doz. Dr. med. Florian Seemüller, kbo-Lech-Mangfall-Kliniken Garmisch-Partenkirchen

Prof. Dr. med. Mathias Zink, BKH Ansbach

Um Organisation und Ablauf kümmerte sich Dr. med. Angela Städele vom Bildungswerk Iree wie gewohnt in perfekter Weise.

Christian Ledl, Phonetiker und Leiter der Abteilung Sprach-, Sprech- und Schlucktherapie der Schön Klinik Bad Aibling. Die Häufigkeit der Störung beträgt nach einem Apoplex zirka 50 %, wenn instrumentelle Diagnostik verwendet wird, sogar 80 %. Die Letalität ist um das Dreifache erhöht, das Pneumonierisiko um das Elffache. Als bewährtes Screeningverfahren empfahl Ledl den 90-ml-Wassertest nach Siuter, Ledl und de Pippo, der eine Sensitivität von 97 % bei einer Spezifität von 46 % besitzt. Ergibt sich im Screening der Verdacht auf eine Schluckstörung, ist eine klinische Untersuchung angezeigt. Nach der Diagnostik sollte eine Unterscheidung in zentrale Schluckstörungen, bei denen eine Therapie meist nicht sinnvoll erscheint, und in periphere Läsionen mit einer erwartbaren Regeneration möglich sein.

Bezüglich der Therapie des Apoplex wird ein Abwarten bis nach der Akutphase diskutiert, da die Rate der Spontanremissionen bei zirka 50 % liegt. Bei chronischen Patienten oder neurodegenerativen Erkrankungen sollte rasch diagnostiziert und evidenzbasiert therapiert werden. In der abschließenden Diskussion wurde die oft lückenhafte und zu selten erfolgende ambulante logopädische Weiterbehandlung kritisiert.

Aktuelles aus der Psychiatrie

Somatoforme Störungen

Professor Claas Lahmann von der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg berichtete über die großen Überschneidungen von somatoformen Störungen und Angst- sowie depressiven

Störungen. Bei somatoformen Störungen bilden Aufmerksamkeit und Attribution ein Filtersystem bei der kortikalen Perzeption der Beschwerden. Häufig besteht auch eine dysfunktionale Arzt-Patienten-Beziehung.

Bezüglich der Pharmakotherapie legte Lahmann dar, dass die Wirksamkeit trizyklischer Antidepressiva aktuell nicht beurteilbar sei. Neuere Antidepressiva seien moderat wirksam und es gebe eine gewisse Evidenz dafür, dass eine Kombination mit Antipsychotika der Monotherapie überlegen sei. Johanniskraut sei signifikant wirksamer als Placebo.

Zwangsstörungen

Für die Therapie einer Zwangsstörung (OCD) ist Dr. Götz Berberich von der psychosomatischen Klinik in Windach zufolge eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) einschließlich Exposition-Reaktionsmanagement (ER) die erste Wahl. Depression sei ein häufiger Mediator. In 65 % der Fälle kann durch die Behandlung der OCD eine Reduktion der Depression erreicht werden, in 20 % der Fälle durch eine Behandlung der Depression eine Reduktion der Zwangssymptome. Die Therapie der OCD sollte daher in der Regel vor der Depression erfolgen. Bedauerlicherweise erhält jedoch nur ein Bruchteil der Patienten eine KVT mit ER, zirka zwei Drittel erhalten KVT und 92 % eine Behandlung mit SSRI. Die medikamentöse Monotherapie ist nur indiziert, wenn eine KVT abgelehnt wird oder nicht durchführbar ist.

Psychose und Zwang

Zum Thema Psychose und Zwang referierte Professor Matthias Zink, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psy-

chosomatik am Bezirksklinikum Mittelfranken in Ansbach. An Zwangssymptomen leiden 20–30% der Schizophreniepatienten. Eine komorbide Zwangsstörung (OCD) kompliziert den Verlauf einer schizophrenen Psychose durch soziale Isolation, höhere affektive Belastung, ein niedrigeres Funktionsniveau und einen erschwerten Zugang zur kognitiven Verhaltenstherapie. Epidemiologische und pharmakologische Argumente sprechen für eine mögliche Induktion der Zwangssymptomatik durch anticholinerge Antipsychotika der zweiten Generation, vor allem Clozapin. Bildgebungsverfahren zeigten bei Patienten mit Schizophrenie eine Assoziation von pro-obsessiver antipsychotischer Behandlung mit erhöhter orbitofrontaler kortikaler Aktivierung sowie einer Hypoaktivierung der limbischen Areale.

Therapeutisch angeraten sind Kombinationstherapie und Augmentation. Die

Kombinationstherapie umfasst insbesondere Clozapin oder Olanzapin plus Amisulprid, Aripiprazol, Ziprasidon oder Valproat/Pregabalin/Lamotrigin. Für eine Medikation mit Antidepressiva spielen insbesondere Clomipramin, Sertralin und Paroxetin (SSRI) sowie Venlafaxin und Duloxetin (SSNRI) eine Rolle. Die KVT zur Behandlung von Patienten mit Zwangssymptomen bei Psychose wurde bisher nicht systematisch evaluiert.

Methoden der Früherkennung

Professor Zink gab auch einen Überblick über die diagnostische Vorgehensweise in einer Spezialambulanz zur Früherkennung und -intervention bei erhöhtem Psychoserisiko. Als einen wichtigen Prädiktor nannte Zink die Gedächtnisverzerrung, die durch aufwendige neuropsychologische Diagnostik gut erfasst werden kann.

Zur evidenzbasierten Therapie bei erhöhtem Psychoserisiko sprach Dr. Sarah Eisenacher vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim. Die Überarbeitung der S3-Leitlinie für Schizophrenie in der Fassung vom 29. August 2018 ist im Internet einsehbar. Die finale Fassung wird Ende des Jahres erwartet. In der überarbeiteten Leitlinie findet sich ein ausführliches Kapitel zu psychotherapeutischen (Früh-)Interventionen. Eisenacher wies darauf hin, dass die Studienlage wenig Evidenz für Pharmakotherapie in der Frühintervention zeigt, dass aber Hinweise für die Effektivität von spezifischer KVT vorliegen. Pharmakologisch gibt es einige Hinweise für die Wirksamkeit von Risperidon und Olanzapin bei erhöhtem Psychoserisiko, nicht jedoch für Amisulprid und Aripiprazol. Insgesamt ist davon auszugehen, dass Pharmakotherapie nicht effektiver ist als eine psychologische Inter-

Mitgliederversammlung des BVDN Bayern

Im Rahmen des Fortbildungskongresses 91. Jahrestagung Bayerischer Nervenärzte im Kloster Irsee fand am 20. Oktober 2018 die Mitgliederversammlung des BVDN Bayern statt. Der Vorsitzende Dr. Gunther Carl berichtete über die weiterhin recht zufriedenstellende Honorarsituation der Nervenärzte und Neurologen in Bayern. Die Fallwerte sind im großen Ganzen stabil. Bei den reinen Psychiatern besteht allerdings wie schon seit vielen Jahren ganz erheblicher finanzieller Nachholbedarf bei den zeitlich getakteten psychiatrischen Gesprächsziffern (21220 und 21216) im EBM. Das Regelleistungsvolumen für reine Psychiater konnte 2018 immerhin um zirka 15% angehoben werden, zumal sich die Psychiaterzahl in Bayern in den letzten Jahren weiter erhöht hatte. Dies wurde als berufspolitischer Erfolg begrüßt. Eine gewisse geringfügige Kompensation der viel zu gering bewerteten Gesprächsleistungen stellen auch mittlerweile die EBM-GOP Psychotherapeutische Sprechstunde (35151) und Psychotherapeutische Akuttherapie (35152) dar. Bei entsprechendem Zeit- und Therapiebedarf können diese Ziffern bei nicht wenigen Patienten abgerechnet werden, zumal sie beinahe doppelt so hoch vergütet sind wie die bisherigen psychiatrischen Gespräche. Hierüber berichtete der stellvertretende Vorsitzende Dr. Christian Vogel.

Dr. Oliver Biniash referierte über die vehementen Bestrebungen der bayerischen Bezirke, neben dem üblichen kassenärztlichen Bereitschafts-einen Krisendienst für psychische Notfälle einzurichten. Eine Mitwirkung der vertragsärztlichen Psychiater ist offenbar nicht in erster Linie erwünscht. Finanziert wird der Krisendienst vom bayerischen Gesundheitsministerium.

Wie man die neuen bayerischen Wirtschaftlichkeitsanforderungen bei der Verordnung von Heilmitteln berücksichtigt und die entsprechenden Rezepte zweckmäßig ausfüllt, stellte Dr. Heino Sartor anschaulich dar.

Dr. Thomas Gilleßen berichtete über den mit der KV Bayern und allen bayerischen Krankenkassen abgeschlossenen Vertrag, Botulinumtoxin-Therapie bei Patienten mit Dystonie, Spastik, chronischer Migräne und Hyperhidrosis zusätzlich mit festen Beträgen zu vergüten. Im Übrigen gelten die Zusatzhonorare für psychiatrische Gespräche, Lumbalpunktionen und Kortison-Infusionen bei MS weiterhin. Die bayerische Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Generikawirkstoffen und Leitsubstanzen führt nun im dritten Jahr dazu, dass kein einziger bayerischer Kassenarzt von Regress bedroht wurde. Lediglich manche Krankenkassen fielen mit Einzelprüfanträgen wegen Off-Label-Verordnungen auf.

Dr. Ayhan Altunbas konnte eine glücklicherweise ausgeglichene Kassensituation schildern. Die anfängliche Aufregung um die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung scheint sich gelegt zu haben. Dazu trug vor allem bei, dass praktisch keine Praxis einen Datenschutzbeauftragten benötigt und lediglich geringfügige bürokratische Auflagen zu erfüllen sind. Demgegenüber war der Diskussionsbedarf bei der Telematik-Infrastruktur weiterhin hoch, vor allem wegen der politisch-bürokratischen Fehleinschätzung angeblich notwendiger und nützlicher Digitalisierung sowie der mangelhaften Bereitstellung und Anpassung der Geräte beziehungsweise Praxissoftware durch die Industrie. Kontrovers wurden auch die Anforderungen des geplanten Terminservice- und Versorgungsgesetzes diskutiert. Dies betraf vor allem die bizarre Idee, die fachärztliche Versorgung durch einen Ausbau der Terminservicestellen zu verbessern und Hausärzte für Terminvereinbarungen mit Fachärzten zu bezahlen. Immerhin sollen Hausbesuche zukünftig extrabudgetär vergütet werden.

Die nächste Frühjahrstagung des BVDN Bayern findet am 11. Mai 2019 in Nürnberg statt. Wir werden uns mit Leitlinien in Neurologie und Psychiatrie beschäftigen, auch unter juristischen Aspekten. Für den Herbst 2019 ist der 92. Bayerische Nervenärztag im Bezirksklinikum Bayreuth geplant. **gc**

vention (Monotherapien). Sollten Psychopharmaka eingesetzt werden, seien am ehesten gering dosierte Antipsychotika der zweiten Generation zu empfehlen. Eisenacher wies auch auf die wichtige Differenzialdiagnose einer drogeninduzierten Symptomatik hin.

Über die Behandlung der Depression bei schizophrenen Störungen sprach Privatdozent Dr. Alkomiet Hasan, Psychiatrische Klinik der LMU München. Ungefähr 25 % der Patienten mit Schizophrenie weisen zumindest zeitweise depressive Symptome auf. Im ICD-11 ist die Diagnose der postpsychotischen Depression nicht mehr enthalten, sondern eine depressive Symptomatik bei primär psychotischen Störungen. Wichtige Differenzialdiagnosen sind durch Antipsychotika induzierte depressive Symptome und depressive Symptome als Ausdruck der Negativsymptomatik. Hasan wies darauf hin, dass depressive Symptome bei primär psychotischen Störungen erst zwei Wochen nach Beginn der Behandlung beurteilt werden sollten. Inwieweit depressionsspezifische Psychotherapie wirksam ist, sei nicht untersucht. Gut belegt sei die Wirksamkeit für Psychotherapie, speziell KVT, bei Schizophrenie allgemein. Als Add-on-Therapie sollten mutig Antidepressiva eingesetzt werden.

Psychotherapiekonzepte zur Behandlung von Depression

Ein zehnwöchiges stationäres Konzept zur Behandlung chronischer Depression wurde durch Privatdozentin Dr. Andrea Jobst Heel, Leiterin der Psychotherapieforschung der Münchener Psychiatrischen Universitätsklinik, vorgestellt. Basierend auf CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) ist es besonders zur Therapie der nicht episodischen chronischen Verlaufsform geeignet. Therapieziele beinhalten die Erweiterung des Verhaltensrepertoires, das Erleben der eigenen interpersonellen Funktionalität, die Steigerung der Empathiefähigkeit und letztendlich das Ermöglichen neuer positiver Beziehungserfahrungen.

Den Psychotherapieblock schloss Dr. Brooke Schneider vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mit einem Vortrag zum metakognitiven Training

BVDN-Vorstand Bayern (v. li.): Dr. A. Altunbas, Dr. Ch. Vogel, Dr. G. Carl, Dr. H. Sartor, Dr. O. Bini- asch, und Dr. T. Gilleßen, BDN-Landes- sprecher



© H. Sartor

bei (geriatrischer) Depression (D-MKT) ab. Dabei handelt es sich um eine verhaltenstherapiebasierte Gruppenintervention, bei der dysfunktionale Denkmuster und -strategien bearbeitet werden. Das Konzept könnte die Versorgungslücke in der Behandlung von Menschen mit Depression reduzieren. Vorläufige Ergebnisse zeigen verbesserte Remissionsraten.

Stressiges Stadtleben

Im Festvortrag befasste sich Privatdozent Dr. Mazda Adli, Chefarzt der Fliedner Klinik Berlin, mit dem Thema, ob uns Städte psychisch krank machen – was Adli prompt bejahte. Die Mehrheit der Menschen lebt mittlerweile in Städten, was zahlreiche Vorteile bietet. Adli zufolge sei jedoch davon auszugehen, dass unser Gehirn mit dieser Entwicklung nicht schritt hält oder (noch) nicht dafür konzipiert ist.

Das relative Risiko einer Schizophrenie steigt linear mit der Stadtgröße von 1,2 bis 2,5 an. Was psychische Erkrankungen insgesamt betrifft, steigt das Risiko um 38 %. Unklar ist, ob der Effekt kausal ist, oder ob beispielsweise Menschen mit hohem Risiko eher in die Stadt ziehen. Als Grundhypothese wurde angeführt, dass Städte zu als unangenehm empfundener sozialer Dichte bei gleichzeitiger sozialer Isolation führen. Dies könnte zu einer „toxischen Mischung“ in Form von Aktivierung der Amygdala und des anterioren cingulären Kortex führen. Weitere Verstärker sind Lärm, Feinstaub, Migration, Alter, Armut (der

Nachbarn, nicht eigene!) und vermehrte Single-Haushalte.

Wie kann der städtische Raum so gestaltet werden, dass diese Risiken reduziert werden? Adli stellte Positivbeispiele aus Berlin vor, wie die Nutzung von breiten Gehsteigen zur Entschleunigung und sozialen Interaktion. Es sei aber unklar, wie die teils schon unkontrollierbare Verdichtung in den Metropolen wieder reduziert und der sozialen Isolation begegnet werden kann. Er betonte, dass öffentliche Räume einen „Public-Health-Auftrag“ hätten und damit Kultureinrichtungen gleichkämen.

Um Effekte der Urbanisierung auf die psychische Gesundheit zu untersuchen, wurde unter der Leitung von Adli an der Charité in Berlin in Zusammenarbeit mit der Fliedner-Stiftung, der Technischen Universität Berlin und der Alfred Herrhausen Gesellschaft die Arbeitsgruppe „Neurourbanistik“ als interdisziplinäres Forum gegründet. Das Projekt hat Furore gemacht und wird unter anderem als „Ausgezeichneter Ort“ von der Initiative „Deutschland: Land der Ideen“ gefördert. □

AUTOREN

Dr. med. Ayhan Altunbas, Traunstein
Dr. med. Oliver Bini- asch, Ingolstadt
Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen
Dr. med. Thomas Gilleßen, München
Dr. med. Christian Vogel, München
Prof. Dr. med. Markus Weih, Nürnberg

BVDN-Herbsttagung 2018 in Hamburg

Vernetzung zahlt sich aus

Zur jährlichen Herbsttagung kamen der Vorstand des BVDN und die Delegierten der Landesverbände diesmal in Hamburg zusammen. Die Themen reichten von praktischen Fragen zu Abrechnungen und Verordnungen bis zur aktiven Einbringung in Gesetzesvorhaben der Gesundheitspolitik auf Bundesebene.

Die traditionelle BVDN-Herbsttagung führte den Vorstand und die Delegierten der Landesverbände in diesem Jahr in die Freie und Hansestadt Hamburg. Nahe dem Alsterufer stellte der Gastgeber Dr. Guntram Hinz, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Hamburg, den Delegierten seine Heimatstadt auf informative und unterhaltsame Art vor.

Der erste Tag der Herbsttagung stand ganz im Zeichen des Berichts der beiden BVDN-Vorsitzenden Dr. Sabine Köhler und Dr. Klaus Gehring. Die aktuell sehr dynamische Gesundheitspolitik auf Bundesebene bestimmte in diesem Jahr die Arbeit des Vorstands. Zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) brachte der BVDN gemeinsam mit dem BDN, dem BVDP und dem Spitzenverband ZNS (SpiZ) Stellungnahmen in das aktuelle Gesetzesvorhaben ein. Insbesondere die befristete Öffnung der Bedarfsplanung für Psychiater ist nicht im Interesse unserer Kollegen, weshalb in den letzten Monaten zahlreiche Gespräche mit Politikern und Entscheidungs-

trägern aus der Selbstverwaltung zu dieser Thematik geführt wurden.

Zudem ist die Bedarfsplanung in Deutschland dringend reformbedürftig. Um diesen Prozess in Gang zu setzen, haben die Bundesregierung und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jeweils ein Gutachten zur Bedarfsplanung in Auftrag gegeben. Für die Bundesregierung erstellte der Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten mit dem Titel „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, für den G-BA wurde ein Konsortium unter der Leitung von Professor Leonie Sundmacher tätig. Auch hier nahmen die Vorsitzenden aktiv Stellung und begleiteten die Diskussion rege mit.

Im Vorstandsbericht wurden auch praktische Abrechnungs- und Verordnungsfragen besprochen. Für die Weiterentwicklung unserer Honorare ist es enorm wichtig, von der Möglichkeit der Abrechnung einzelner Leistungen immer wieder Gebrauch zu machen. Gerade im Bereich der Betreuungsziffern ist noch viel Luft nach oben.

Aktiv neue Mitglieder werben

Neben den politischen Aktivitäten stand die Gewinnung neuer Berufsverbandsmitglieder im Fokus des Vorstandsberichts. Die Verbände haben diesen Sommer ihren Messestand modernisiert und neue Mitgliederflyer gestaltet. Kollegen, die noch nicht Mitglied in einem der Berufsverbände sind, sollen darüber hinaus gezielt von Mitgliedern angesprochen und für einen Beitritt gewonnen werden. Alle Teilnehmer der Herbsttagung waren sich einig, dass sich unsere Fachgruppe nur weiterhin so erfolgreich entwickeln kann, wenn sich möglichst viele Ärzte aus der Neurologie und Psychiatrie – egal ob Praxisinhaber, Chefarzt oder angestellter Kollege – gemeinsam im Berufsverband engagieren. Im Gegensatz zu unseren Fachgesellschaften haben wir den Auftrag, unsere Fächer nach außen politisch zu vertreten und dabei auch für die finanziellen Interessen zu kämpfen.

Der erste Tag fand seinen Ausklang mit einer gemeinsamen Stadtrundfahrt durch das abendliche Hamburg und einem gemütlichen Abendessen in der Hamburger Innenstadt.

Auf Bundesebene gut vernetzt

Am Samstag standen der Finanzbericht, die Berichte aus den Ländern sowie die Berichte aus den zahlreichen Gremien der Selbstverwaltung, in denen der Vorstand des BVDN vertreten ist, auf der Tagesordnung. Hier wurde deutlich, wie einflussreich und gut vernetzt der BVDN und seine Partnerverbände in der Selbstverwaltung auf Bundesebene sind. Das Spektrum geht hier von der Mitgliedschaft von Dr. Gunther Carl in verschie-



Der BVDN-Vorstand (v. li.): Dr. Sabine Köhler, Dr. Roland Urban, Dr. Klaus Gehring, Dr. Christa Roth-Sackenheim, Prof. Gereon Nelles, Dr. Gunther Carl und Dr. Uwe Meier

denen Bundes- und Landesgremien über die Aktivitäten des SpiZ, dessen Präsident Dr. Uwe Meier ist, bis hin zum Europäischen Facharztverband (UEMS), in dem uns Dr. Roland Urban sowie Professor Gereon Nelles engagiert vertreten. Der Erfolg des BVDN der letzten Jahre wird auch zunehmend durch die herausragende Arbeit unsere Landesverbände

geprägt. So gibt es in jedem Landesverband regionale Initiativen, von denen alle Mitglieder profitieren. Besonders hervorzuheben ist hier ein Projekt des Landesverbandes Berlin, das sich explizit mit der Mitgliedererwerbungs beschäftigt.

Ein Wiedersehen wird es im Frühjahr 2019 auf unserem traditionellen Neurologen- und Psychiatertag (NuP-Tag) in

Köln geben. Dieser wird im kommenden Jahr um ein hochkarätiges Fortbildungsprogramm ergänzt (siehe unten). Wir freuen uns auf zahlreiche Besucher! □

AUTOR

RA Bernhard Michatz, Berlin

Einladung zum NuP-Tag 2019 in Köln

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

attraktive Weiterbildungsveranstaltungen und systematischer Erfahrungsaustausch – das sind die Wünsche unserer Mitglieder und die Stärken unseres Berufsverbandes. Bereits seit vielen Jahren organisieren wir jeweils im Frühjahr in Verbindung mit unserer Mitgliederversammlung den Neurologen- und Psychiatertag (NuP-Tag) – ein Weiterbildungsprogramm für Mitglieder und interessiertes Fachpublikum. Als Tagungsort hat sich Köln etabliert. Das Programm stellen wir jeweils unter ein Thema, das für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater gleichermaßen spannend ist. Es besteht immer die Möglichkeit, untereinander und mit den gewählten Vorstandsmitgliedern des BVDN, BVDP und BDN ins Gespräch zu kommen.

Diese Möglichkeit zur Weiterbildung und Vernetzung möchten wir nun weiterentwickeln. An drei Tagen werden in komprimierter Weise wissenschaftliche Vorträge aus Neurologie und Psychiatrie sowie berufspolitische Neuigkeiten zum Thema

„STRESS! – Vorträge und Talkrunde mit deutschen Stress-Forschern“

präsentiert. Daneben besteht die Möglichkeit einer juristischen Beratung und ausreichend Gelegenheit zum Gespräch mit den Referenten und den Kollegen der Verbandsvorstände.

Donnerstag, 28. März 2019

17:00 – 20:00 Uhr

Dinnerseminar „Praxisalltag clever gestalten“ – Abrechnung, Budget, Plausibilität, Digitalisierung, Fernbehandlung, Telemedizin

Dr. Gunther Carl, Kitzingen
2. Vorsitzender BVDN

Freitag, 29. März 2019

8:30 – 9:30 Uhr

Get together

9:30 – 10:00 Uhr

Begrüßung und thematische Einführung (DGN und DGPPN)

10:00 – 10:30 Uhr

Stress und Gesellschaft

Dr. Wolfgang Schmidtbauer, München

10:30 – 11:00 Uhr

Neues aus dem Social-Stress-Lab

Dr. Veronika Engert, MPI Leipzig

11:00 – 11:30 Uhr

Stress und neuroendokrine Modulation von Immunprozessen

Prof. Dr. Harald Engler,
Universitätsklinikum Essen

11:30 – 12:00 Uhr

Pause

12:00 – 13:30 Uhr

Stress-Talk mit den Referenten

13:30 – 14:30 Uhr

Imbiss

14:30 – 16:00 Uhr

**Mitgliederversammlung BVDN
Neues aus dem Berufsverband und der aktuellen Politik**

16:30 – 19:15 Uhr

Seminar 1: Aktuelle und innovative Behandlung der Migräne

Priv.-Doz. Dr. C. Gaul, Königstein im Taunus

Seminar 2: ADHS im Erwachsenenalter

Prof. Dr. Tebartz van Elst, Freiburg

Seminar 3: Demenz

Dr. J. Bohlken, Berlin

Seminar 4: Multiple Sklerose

N.N.



© rcfotostock / Adobe Stock

19:30 – 23:00 Uhr

Abendveranstaltung mit Live-Musik

Samstag, 30. März 2019

9:00 – 17:00 Uhr

Seminar 1: Neurologische und psychiatrische Begutachtung

Prof. Dr. Bernhard Widder, Willi Kainz,
Vorsitzender Richter am Landessozialgericht
München

Seminar 2: Diagnostische Entscheidungsfindung im Praxisalltag – Der Einfluss langsamer statistischer und schneller kognitionspsychologischer Prozesse

Prof. Dr. Markus Weih, Nürnberg

Juristische Sprechstunde durch

RA Bernhard Michatz: Unser politischer Geschäftsführer steht Ihnen als Jurist in den Pausen und nach Vereinbarung zur Beratung zur Verfügung.

Nutzen Sie den Frühbucherrabatt bis zum 31. Januar 2019: BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder 140 € (ab 1. Februar 2019: 180 €), Nichtmitglieder 250 € (ab 1. Februar 2019: 295 €).

Wir freuen uns, diese Tage im März mit Ihnen zu verbringen und mit Ihnen ins Gespräch zu kommen!

Ihre Dr. Sabine Köhler
Vorsitzende des BVDN

KV HAMBURG AKZEPTIERT LSG-URTEIL

Bestätigt: Hamburger Doppelfachärzte dürfen nervenärztliche EBM-Grundpauschale verwenden

➔ Das Landessozialgericht Hamburg (LSG HH) hat mit Urteil vom 2. August 2018 (Az.: L5KA 12/16) den Wortlaut des EBM so ausgelegt, dass Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie in Zukunft in Hamburg die nervenärztliche Grundpauschale 21213-21215 abrechnen können (wir berichteten im NeuroTransmitter 11/2018, Seite 10). Genau dies ist das Ziel des BVDN seit 2013. Bisher mussten in der Hälfte der KVen die Doppelfachärzte bei neurologischen Fällen die neurologische Ordinationsgebühr 16210-16212 abrechnen und bei psychiatrischen Fällen die psychiatrische Ordinationsgebühr 21210-21212. Die KV Hamburg wird nach Angaben der klageführenden Kanzlei beim Bundessozialgericht (BSG) keine Nichtzulassungsbeschwerde gegen das Urteil des LSG HH bezüglich der Abrechnung der nervenärztlichen Grundpauschalen einlegen. Ab dem dritten Quartal 2018 können alle hamburgischen Fachärzte mit Doppelzulassung für Neurologie und Psychiatrie die GOP 21213 bis 21215 EBM (= nervenärztliche Grundgebühr) abrechnen. Das LSG HH hatte hierzu angemerkt, dass durch die höhere Grundpauschale auch die doppelte Qualifikation abgegolten werden solle. Anzumerken ist zudem, dass die GOP 21213 bis 21215 EBM für alle Patienten abrechnet werden kann, auch wenn diese

gegebenenfalls nur neurologische oder psychiatrische Diagnosen haben. Eine rückwirkende Korrektur wird es für alle Honorarbescheide der KV Hamburg geben, die nicht bestandskräftig geworden sind.

Kommentar: Für die Hamburger Doppelfachärzte ist die Sache nun klar. Was geschieht aber in den übrigen KVen, in denen Doppelfachärzte so wie bisher in Hamburg bei neurologischen Patienten die neurologische Ordinationsgebühr und bei psychiatrischen Patienten die psychiatrische Ordinationsgebühr abrechnen mussten? Nach unserem Kenntnisstand handelt es sich um Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen. In den übrigen KVen gilt bereits seit Jahren die nervenärztliche Grundpauschale auch für Doppelfachärzte. Der BVDN hat auf Basis der neuen Rechtslage nun erneut und entsprechend dringlich mit der KBV gesprochen.

Der Bewertungsausschuss (paritätisch mit Krankenkassen und Ärzten besetzt) muss jetzt endlich den EBM entsprechend ändern oder einen Interpretationsbeschluss fassen, der die genannte Abrechnungsmöglichkeit auch in den übrigen KVen legitimiert. Derzeit raten wir den betroffenen Kollegen, dies abzuwarten. Falls der Bewertungsausschuss untätig



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

»Der Bewertungsausschuss muss jetzt endlich handeln und die Grundpauschale für Doppelfachärzte auch in den übrigen KVen legitimieren.«

bleibt, müsste man überlegen, dass die Kollegen in den genannten Bundesländern die nervenärztliche Ordinationsgebühr abrechnen, sich diese gegebenenfalls streichen lassen und dann dagegen juristisch vorgehen. Dies würde allerdings wahrscheinlich wiederum zu einem viele Jahre dauernden Rechtsstreit durch die Sozialgerichtsinstanzen im betreffenden Bundesland führen. Das kann es aus unserer Sicht eigentlich nicht sein. Wir setzen auf die Vernunft der KBV, der Krankenkassen und des Bewertungsausschusses. **gc**

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Neue Fristen für den TI-Anschluss festgelegt

➔ Nunmehr erst ab dem 1. Juli 2019 müssen Vertragsärzte, die bis dahin noch nicht an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sind, mit Honorarkürzungen rechnen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Kollegen bis zum 1. April 2019 einen verbindlichen Installationsvertrag mit einem TI-Anbieter geschlossen haben.

Kommentar: Diese Fristverlängerung räumt die erheblichen Mängel in der gesamten TI-Einführung nicht aus, sondern verlagert sie nur. Es ist weiterhin unrealistisch, dass bis zum genannten Zeitpunkt annähernd alle Kollegen

mit der TI verbunden sind. Gegenwärtig sind erst etwa 20 % aller Vertragsärzte angeschlossen. Die höheren Prozentsätze, die von den PVS-Anbietern gemeldet werden, sind falsch, darin verstecken sich mitgezählte Interessenbekundungen oder Anmeldungen. Zu Recht haben die KVen und die KBV den Bestellzwang des Gesetzgebers vehement kritisiert.

Rückmeldungen von den bereits angeschlossenen Kollegen zeigen, dass die TI – völlig unabhängig vom PVS-Anbieter – bei zirka der Hälfte der Kollegen technisch keineswegs reibungslos läuft. Dabei ist meist unklar, ob der

Fehler an der TI selbst liegt, an einer fehlerhaften Installation des Konnektors in der Praxis oder an einem fehlerhaften PVS-Update. Kollegen in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind wegen der komplexeren Installation offenbar häufiger betroffen als andere. Oft werden die neuen Lesegeräte unsystematisch intermittierend vom Praxisnetzwerk oder der TI nicht erkannt, obwohl eine kompatible Versichertenkarte (VK) vorhanden ist. Gelegentlich stürzen offenbar auch diejenigen Rechner ab, mit denen ein neues Lesegerät zusammenarbeitet. Manchmal fällt ohne besonderen Grund der Konnektor aus und muss

neu gestartet werden. Inkompatible ältere Versichertenkarten werden von den neuen Lesegeräten nicht erkannt. Während dieser fehlerbedingten Rüstzeiten ist natürlich die Annahme neuer Patienten wesentlich behindert. Zudem dauert das Einlesen einer neuen elektronischen Gesundheitskarte (eGK) über die TI deutlich länger als bisher. Auch wenn es nur zehn Sekunden pro Patient sind, summiert sich dies für eine Durchschnittspraxis im Quartal auf knapp drei Stunden. Das hört sich nicht viel an, jedoch haben wir in den letzten Jahren schon viele bürokratische Zeitfresser in unseren Praxisalltag kostenträchtig integrieren müssen – ohne jegliche finanzielle Kompensation.

Wir raten dringend dazu, bisher funktionsfähige alte stationäre und mobile Kartenlesegeräte auch nach der TI-Installation beizubehalten. Beim Vertragsabschluss mit dem PVS-Anbieter zur TI-Installation sollten Sie keine Einzugsermächtigung für den Rechnungsbetrag unterzeichnen. Nur so können Sie einen Teil des Geldes einbehalten, solange die TI nicht fehlerfrei funktioniert.

Im Übrigen sind in den letzten Monaten weitere Fragen zur TI aufgetaucht, die uns die KBV (als Teilhaber der Gematik) nicht ausreichend beantworten konnte. Auch auf der Homepage der Gematik sind Antworten auf die unten genannten Problembereiche nicht zu finden. Die Gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH mit Sitz in Berlin wurde 2005 von den Spitzenorganisationen des Gesundheitswesens gegründet. Hinter ihr stehen der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen, die KBV, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, der Deutsche Apothekerverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Geschäftsführer der Gematik ist seit 2015 Alexander Beyer.

Wir sahen uns veranlasst, folgende Fragen an die Gematik zu stellen:

- Wer ist die juristische Person, die die TI rechtsverantwortlich trägt?
- Falls durch nachweisbare technische Fehlfunktionen oder kriminelle Manipulation der TI Schäden an der Praxis-Software/-

Hardware oder den Praxisdaten auftreten oder Vermögensschäden durch Behinderung des Praxisablaufes entstehen: An wen können betroffene Kollegen ihre Schadensersatzansprüche richten?

- Wir fragen uns, warum Praxen mit der Gematik keinen „Datenaustauschvertrag“ oder einen Auftragsverarbeitungsvertrag nach DSGVO schließen müssen. Ist es rechtlich haltbar, dass der TI Versichertenstammdaten ohne vertragliche Grundlage übermittelt werden?
- Bisher laufen ausschließlich die auf den Versichertenkarten befindlichen Daten über die Server der TI. Speichert die TI oder die Krankenkasse
 - den Zeitpunkt, an dem die Daten eintreffen und auf Richtigkeit überprüft werden,
 - von welchem Absender sie kommen und
 - welchen Patienten sie betreffen?
- Hat die Gematik eine Datenschutzfolgeabschätzung durchgeführt? Können Sie uns das Ergebnis zugänglich machen?

Über die Antwort werden wir Sie im NeuroTransmitter unterrichten. **gc**

DIGITALISIERUNG

Weitere Anwendungen für Telemedizin geplant

➡ Bundesgesundheitsminister Jens Spahn möchte das elektronische Rezept (E-Rezept) möglichst rasch einführen. Dazu soll die elektronische Patientenakte (ePA) kurz- bis mittelfristig zwischen KBV und Krankenkassen vereinbart werden. Im Ideenwettbewerb „Zukunftspraxis“ hat die KBV eine Videobrille für Pflegekräfte prämiert, damit der Arzt sich per Videokonferenz ins Heim zuschalten kann. Außerdem wurde eine Anamnese-App fürs Smartphone ausgezeichnet, die ihre Daten direkt in die ärztliche Dokumentation einspeichern kann.

Kommentar: Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV sagte dazu: „Manche bekommen schon glänzende Augen, wenn man die Digitalisierung in der Arztpraxis nur erwähnt. Dabei ist Digitalisierung kein Selbstzweck. Sie soll den Alltag der Ärzte erleichtern und einen Zusatznutzen für die Patienten bringen.“ Dem kann man nur zustimmen, man sollte das Ziel „den Alltag der Ärzte erleichtern“ dann aber bitteschön auch konkret beherzigen.

Ein E-Rezept mit umständlichen Zugangsberechtigungen oder eine ePA, die unvollständig ist, weil sie der Patient steuern kann, sind nutzlose Zeitfresser, welche die Fehlerquote erhöhen und den Alltag der Ärzte erschweren. Ein tragisches Beispiel hierfür ist der bundeseinheitliche Medikamentenplan. Wir Ärzte sind nicht technikfeindlich. Aber Digitalisierung muss nützlich sein, also vor allem Arzt- oder MFA-Zeit einsparen und Patientensicherheit verbessern. Auf

triviales Mäusekino Pop-up-verliebter Programmierer zur sogenannten Komfortverbesserung für Patienten können wir verzichten. Wenn eine technische Neuerung wirklich medizinisch nützlich ist und den Praxisablauf ordnet und beschleunigt, wird sie sich mit Sicherheit durchsetzen. Wenn sie uns von der Politik jedoch oktroyiert wird, nur weil die bemerkt zu haben glaubt, dass „digital gut ist“ wird sie nur ein hinderlicher Klotz am Bein sein. **gc**

Die Einführung der elektronischen Patientenakte steht auf der Wunschliste von Minister Spahn.





ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNGEN

Keine Pflicht zur Aufklärung über sozialrechtliche Folgen

➔ Weil sein behandelnder Arzt ihn bezüglich seiner Krankschreibung unzureichend informiert habe, verlangte ein Patient vor Gericht Schadensersatz. Der Patient, seit 14. Januar 2013 bei einem Personaldienstleistungsunternehmen versicherungspflichtig beschäftigt, war zwei Tage nach Antritt der Arbeitsstelle auf dem Weg zur Arbeit mit dem Fahrrad gestürzt und hatte sich an der Hand verletzt. Der Arzt (Durchgangsarzt und Facharzt für Chirurgie) behandelte ihn und stellte ihm eine Erst- sowie Folgebescheinigungen über seine Arbeitsunfähigkeit aus. Das Arbeitsverhältnis wurde während der Probezeit zum 6. Februar durch die Arbeitgeberin gekündigt. Bis zum 25. Februar erhielt der Patient Verletztengeld, danach Krankengeld. Aufgrund der Verletzung sowie weiterer degenerativer Schäden an der Hand und einer Rückenoperation bestand fortlaufende Arbeitsunfähigkeit. Die Bescheinigungen darüber wurden allerdings aufgrund fehlender freier Praxistermi-

ne einmalig unterbrochen, woraufhin die Krankenkasse die Zahlung des Krankengelds einstellte. Der Patient vertrat in der Klage die Meinung, der Arzt hätte wissen müssen, dass für die fortlaufende Gewährung des Krankengelds eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erforderlich ist. Der Patient habe darauf hingewiesen und hätte einen Tag früher in die Praxis einbestellt werden müssen. Durch das entgangene Krankengeld sei ihm ein Schaden von 10.111 € entstanden. Die Klage des Patienten auf Schadensersatz vor dem Oberlandesgericht Köln blieb aber in zwei Instanzen erfolglos.

Rechtsberatung ist keine Aufgabe des Arztes

Der Fall zeigt Probleme auf, denen ein niedergelassener Vertragsarzt außerhalb seines Fachgebiets begegnen kann. Es geht um die Frage, inwieweit ein Arzt verpflichtet ist, seine Patienten über sozialrechtliche

Ansprüche zu informieren. Nach Auffassung des Oberlandesgerichts Köln liegen diese im Risikobereich des Patienten selbst. Dies ist insoweit nicht zu beanstanden, als dass das Erteilen von Rechtsrat nicht zu den beruflichen Obliegenheiten des Vertragsarztes gehört. Zudem ist beim Praxispersonal ebenso wie bei Ärzten vermutlich die falsche Auffassung weit verbreitet, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch rückwirkend erteilt werden können. Schließlich hat das Bundessozialgericht noch im Urteil vom 11. Mai 2017 unter Modifizierung der früheren Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts angemerkt, dass die Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien über die geltenden Regelungen für die weitere Feststellung von Arbeitsunfähigkeitszeiten bei den Vertragsärzten Fehlvorstellungen auslösen könnten. In dem Zusammenhang weist das Bundessozialgericht zu Recht auf die Diskrepanz zwischen den Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien und der Gesetzeslage hin, wobei Vertragsärzte prinzipiell an die Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien gebunden sind. Hierauf beruhende Fehlvorstellungen sind nicht dem Arzt, sondern den Krankenkassen anzulasten. Besonderheiten zur Belehrungspflicht eines Vertragsarztes gelten nur dort, wo dies ausdrücklich gesetzlich vorgesehen ist. Beispiel § 13, Abs. 2 S. 3 SGB V: Hiernach muss der Leistungserbringer (der Vertragsarzt) die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber informieren, dass bei der Wahl der Kostenerstattung solche, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, vom Versicherten zu tragen sind.

Anmerkung: Gerade Ärzte unserer Fachgruppen haben es oft mit der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu tun. Die Entscheidung macht deutlich, welche komplexe Folgen spezielle sozialrechtliche Regelungen für Patienten haben können. Sie sind als Arzt nicht verpflichtet, alle Rechtsfolgen zu kennen. Es empfiehlt sich jedoch, sich gerade mit dem Themenfeld der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausführlich zu beschäftigen. Das bietet Rechtssicherheit für Sie und Ihre Patienten

bm

Bundestag gibt den Weg frei für die Sicherstellung der Schlaganfallversorgung

Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags hat am 7. November 2018 Änderungen des § 295, Abs. 1 SGB V im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes verabschiedet. Der BDN begrüßte dies außerordentlich. Nachträgliche Klarstellungen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DMDI) die Strukturmerkmale in OPS-Ziffern betreffend, gelten ab sofort auch rückwirkend. In bereits abgeschlossene Abrechnungsverfahren kann nun nicht mehr nachträglich eingegriffen werden.

„Mit dieser auch von uns favorisierten Lösung konnten die dramatischen Folgen des BSG-Urteils vom 19. Juni 2018 für die Schlaganfallversorgung in Deutschland in letzter Minute gestoppt werden. Wir sind sehr erleichtert, dass nicht durch eine kleinteilige Wortauslegung unser gut funktionierendes System der flächendeckenden Schlaganfallversorgung in Deutschland zerschlagen worden ist. Wir konnten letztlich mit der hohen Qualität der Versorgung und dem enormen Patientennutzen überzeugen. In keinem anderen Land auf der Welt stehen die Chancen so gut, einen akuten Schlaganfall erfolgreich zu behandeln, hierauf können sich die Patienten auch künftig verlassen“, erklärte Dr. Uwe Meier, 1. Vorsitzender des BDN.

Auch im Rahmen des BDN-Forums der Neurowoche 2018 diskutierten führende Experten über die Zukunft der Schlaganfallversorgung in Deutschland. Es herrschte große Einigkeit, dass das System in Deutschland weltweit einmalig ist und erhalten bleiben muss. Dennoch bleibt der BDN gemeinsam mit der DGN und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG) im Gespräch mit der Politik und den Krankenkassen, um die Schlaganfallversorgung in Deutschland weiterzuentwickeln.

Quelle: Pressemitteilung des BDN

Hier steht eine Anzeige.





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

Auffälligkeits- und Einzelfallentscheidungen

Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel in Bayern

Von 2012 bis 2016 stiegen die Ausgaben für Heilmittel/physikalisch-medizinische Leistungen Bund im Rahmen der GKV von 5,04 auf 6,48 Milliarden Euro. Dies ist der Hintergrund der zum 1. Oktober 2017 in Kraft getretenen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der vehementen Ablehnung seitens der KV Bayerns (KVB) ist es zu verdanken, dass die Forderung der Krankenkassen nach Wiedereinführung der Durchschnittsprüfung 2016 vor dem Landesschiedsamt wegen fehlender Transparenz abgewendet werden konnte. Im Gegenzug wurden KVB und Krankenversicherungen angewiesen, die jetzt vorliegenden qualifizierten Auffälligkeits- und Einzelfallprüfungen zu entwickeln.

Analog zur Wirkstoffvereinbarung ist die Berechnungsgrundlage der Prüfungsvereinbarung eine Statistik auf Basis der Verordnungskostenfallwerte, die derzeit über die Quartale I – IV/2018 erstellt und die bisherige Heilmittelstatistik auf Basis der Behandlungsfallwerte

ersetzen wird. Somit kann die neue Prüfungsvereinbarung erst ab 2019 angewendet werden. Die KVB wird ihre bayrisischen Mitglieder informieren, sobald die neue Prüfstatistik auf der Homepage der KVB zur Verfügung steht.

Nach Einschätzung der KVB ist mit hoher Prüfungsaktivität seitens der Krankenkassen zu rechnen.

Qualifizierte Auffälligkeitsprüfung in Bayern

Die qualifizierte Auffälligkeitsprüfung betrifft die Verordnungen im Regelfall. Dieser hängt mit dem Behandlungsfall zusammen und ist abhängig vom Indikationsschlüssel. Ist ein Regelfall beendet, muss eine Therapieunterbrechung von mindestens zwölf Wochen erfolgen.

Dies ist genau zu beachten und somit bei den Patienten der letzte Behandlungstermin nachzufragen und zu dokumentieren.

In der Prüfungsstelle werden die Ärzte ermittelt, die den statistischen Mittelwert der Kosten pro Verordnungsfall der Prüfgruppe um mehr als 50% überschreiten und ein Auffälligkeitskriterium in einem der definierten Prüffelder erfüllen. Voraussetzung sind mindestens zehn Verordnungen hinsichtlich des jeweiligen Prüffeldes im betroffenen Quartal. Bemessungsgrundlage sind ausschließlich die physikalisch-medizinischen Verordnungen, ohne jene aufgrund besonderen Versorgungs- und langfristigen Heilmittelbedarfes (Tab. 1).

Abb. 1: Verordnung Heilmittel/-menge, wöchentliche Therapiefrequenz

Abb. 2: Indikationsschlüssel, Diagnose/Leitsymptomatik, ICD10-Code

Abb. 3: Eintrag des Therapieziels und der Prognose

Tab. 1: Kriterien für die Wirtschaftlichkeitsprüfung		
Prüffeld	Aufgreifkriterium	
1. Vermehrte Verordnung von Fango und/oder Massagen	Anteil Verordnungen mit Fango und/oder Massage	≥ 25 %
2. Häufige Verordnung von teuren optionalen und/oder ergänzenden Heilmitteln	Anteil Verordnungen mit teureren optionalen Heilmitteln gegenüber einem günstigeren vorrangigen Heilmittel und/oder	> 15 %
	Anteil Verordnungen mit ergänzenden Heilmitteln an physikalisch-medizinischen Gesamt-Heilmittelverordnungen	> 50 %
3. Derzeit nicht besetzt		
4. Verordnungen in Kurorten		
5. Verordnungen kostenintensiver Heilmittel anstelle von kostengünstigen Alternativen	Anteil manueller Therapie an Krankengymnastik/manueller Therapie gesamt	≥ 70 %
	Anteil Verordnungen mit manueller Lymphdrainage 60 Minuten an allen Verordnungen mit MLD	≥ 70 %
	Anteil Fango an Verordnungen mit Wärmertherapie	≥ 70 %
6. Derzeit nicht besetzt		
7. Medizinische Notwendigkeit von vorordneten Hausbesuchen	Anteil Verordnungen mit Hausbesuchen an Gesamt-Heilmittelverordnungen	≥ 70 %
8. Sind die medizinisch notwendigen Begründungen bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls nachvollziehbar?		Prüfung nur im Zusammenhang mit 1 bis 7

Wie vermeiden Sie, in einem der Prüffelder auffällig zu werden?

Zu beachten ist, dass

- maximal die Hälfte der Verordnungen zusätzlich zum vorrangigen Heilmittel (A) ein ergänzendes Heilmittel (C) enthält,
- maximal ein Viertel der Verordnungen das ergänzende Heilmittel Fango enthält,
- maximal ein Viertel der Verordnungen für Massage ausgestellt wird,
- der Anteil der Manuellen Therapie an den Verordnungen, die entweder Manuelle Therapie oder Krankengymnastik enthalten, nicht ≥ 70 % ist,
- der Anteil der Manuellen Lymphdrainage von 60 Minuten Dauer (MLD 60) an allen MLD-Verordnungen nicht ≥70 % ist,
- der Anteil der Fango an allen Wärmertherapien nicht ≥70 % ist,
- bei maximal 70 % der Verordnungen „Hausbesuch“ angehakt ist,
- die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls nachvollziehbar ist.

Vermeiden Sie außerdem:

- Verordnungen ohne persönliche Untersuchung des Patienten,

- Folgeverordnungen ohne Berücksichtigung des Therapieverlaufes und erfolgter Verlaufsuntersuchung,
- regelmäßige Verordnungen der maximal möglichen Einheiten,
- häufige Verordnungen ergänzender und optionaler Heilmittel,
- häufige Verordnungen teurer Wärmertherapien wie Fango oder heiße Rolle (auch bei Folgeverordnungen zu prüfen),
- Verordnungen von Hausbesuchen ohne zwingende medizinische Gründe (auch bei Folgeverordnungen zu prüfen. Organisatorische Gründe wie zum Beispiel Unterbringung in einem Alten- oder Pflegeheim sind für sich genommen nicht ausreichend. Therapeutentätigkeit außerhalb der Praxis, zum Beispiel in betreuenden Einrichtungen, Werkstätten, Sonderschulen etc., erfüllt für sich allein nicht die Kriterien eines Hausbesuches.)
- fehlende oder unklare Angaben zur Diagnose und Leitsymptomatik,
- fehlende Angaben, ob ein Bericht gewünscht wird,
- Heilmittel und Behandlungsfrequenzen, die laut Heilmittelkatalog nicht zur Indikation passen.

Wie erfolgt die Heilmittelprüfung?

Für die Heilmittelprüfung wurde in und für Bayern ein mehrstufiges System entwickelt.

1. Sie haben den Mittelwert der Kosten pro Fall um mehr als 50 % überschritten und sind in mindestens einem der Prüffelder auffällig. Der Verordnungskostenfallwert ergibt sich aus den Gesamtkosten der verordneten Heilmittel für physikalische Therapie geteilt durch die Behandlungsfälle, in denen physikalische Therapie verordnet wurde.
2. Die Prüfungsstelle führt eine Vorprüfung durch. Sowohl die KVB als auch die Krankenkassen können hierauf Einfluss nehmen. Die KVB hat bereits hier Besonderheiten der Praxis für Sie vortragen, die uns aus unseren Beratungen mit Ihnen bekannt sind.
3. Sollte die Prüfungsstelle trotzdem ein Verfahren einleiten, bekommen Sie die Möglichkeit, weitere Besonderheiten der Praxis geltend zu machen.
4. Sollte die Prüfung trotzdem fortgeführt werden, erfolgt als erste Maßnahme eine Beratung („Beratung vor Regress“).
5. Erst wenn Sie in einem späteren Quartal erneut in eine Prüfung kommen,

Hier steht eine Anzeige.



kann eine Regressforderung gegen Sie geltend gemacht werden.

Die Einzelfallprüfung

Gepprüft wird der besondere Versorgungsbedarf auf Plausibilität, insbesondere hinsichtlich der indikationsgerechten Ausstellung der Verordnung und der kodierten Diagnosen. Die Prüfung kann auf bis zu vier Quartale ausgedehnt werden. Sie betrifft Maßnahmen der physikalisch-medizinischen Therapie, Ergo-, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Wichtig ist somit das korrekte und vollständige Ausfüllen der Verordnungsformulare (**Abb. 1, Abb. 2, Abb. 3**):

- verordnetes Heilmittel plus Menge plus wöchentliche Therapiefrequenz,
- Indikationsschlüssel plus Diagnose plus Leitsymptomatik, ICD10-Code, gegebenenfalls mit zweitem Feld für den besonderen Verordnungsbedarf,
- Therapieziel plus prognostische Einschätzung, wenn nicht aus der Diagnose oder Leitsymptomatik ersichtlich.

Sehr nützlich sind dabei die Ausfüllhilfen der KVB-Homepage unter Verordnungen/Formelles/Heilmittel sowie die Lernprogramme mit Zertifizierung auf der Homepage der AOK unter Praxiswissen Quickcheck.

Neu und für unsere Fachgruppe interessant ist das seit 1. August 2018 verordnungsfähige Heilmittel Ernährungstherapie, seit 1. Januar 2018 zu verordnen auf dem Muster 18, Ergotherapie.

Verordnungen außerhalb des Regelfalls erfordern mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von zwölf Wochen und sind immer zu begründen,

- warum ein im Heilmittelkatalog gefordertes Eigenübungsprogramm nicht durchgeführt wird oder nicht ausreichend ist,
- warum die Verordnungsmenge des Regelfalls nicht ausreicht,
- ob noch rehabilitatives Potenzial vorhanden ist.

Besonderer Verordnungsbedarf ist beschränkt auf bestimmte Diagnosen, die von der Praxisverwaltungs-Software beim Ausfüllen der Verordnung automatisch erkannt werden. Er muss zunächst den Regelfall durchlaufen, bevor eine Verordnung außerhalb des Regelfalls möglich wird. Diese wiederum sind immer zu begründen.

Langfristiger Verordnungsbedarf

- muss den Regelfall nicht durchlaufen,
- muss bei gelisteten Diagnosen nicht genehmigt werden,
- kann bei nicht gelisteter Diagnose von den Versicherten formlos beantragt werden. Dazu benötigt der Versicherte eine medizinisch begründete Heilmittelverordnung.

Die Verordnung ist sofort gültig, die Krankenkasse muss innerhalb von vier Wochen über den Antrag entscheiden.

Fazit für die Praxis

Wieder einmal werden unserem ärztlichen Handeln neue bürokratische Hürden zugebetet, wurde die Stellschraube des in Misstrauen wurzelnden kleingeistigen Kontrollbedürfnisses weiter angezogen. Dies betrifft vor allem die verschärft zu erwartende Einzelfallprüfung. Doch ist es der KV Bayern gelungen, mit Einführung der qualifizierten Auffälligkeitsprüfung das Regressbegehren der Krankenkassen künftig auf eine neue, die Versorgungstiefe einbeziehende Heilmittelstatistik zu verpflichten. Für den Fall, dass wir alle weiterhin noch fleißiger Scheine ausfüllen, ist damit immerhin zu erwarten, dass die Heilmittelversorgung unserer Patienten insgesamt aus der von Regressangst getriebenen Negativspirale herauskommt.

Auch in allen anderen KVen wurden bereits oder werden solche oder ähnliche neue Prüfvereinbarungen mit den Krankenkassen vereinbart. Hierbei kann es je nach KV für die Vertragsärzte durchaus sehr unterschiedliche Aufgreifkriterien bei der neuen Wirtschaftlichkeitsprüfung für Heilmittel geben. Bitte beachten Sie die Informationen Ihrer KV und versuchen Sie, den Anforderungen gerecht zu werden. Die Krankenkassen sind mit zunehmend besserer EDV-Ausstattung in der Lage, vermehrt individuelle Einzelprüfanträge zu stellen. Die Landesverbände von BVDN, BDN und BVDP bringen sich steuernd ein, das Wirtschaftlichkeitsgebot können wir jedoch nicht aushebeln. □

AUTOR

Dr. med. Heino Sartor, Landshut
Vorstandsmitglied/Beisitzer BVDN-Bayern

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 31. Januar 2019!

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

Praxisbörse

Praxis für Neurologie und Psychiatrie mit zirka 2.000 Patienten pro Quartal und konsiliarischer Betreuung von Pflegeheimen und des Klinikums Landkreis Tuttlingen (mit Stroke-Unit) sucht FA für Neurologie und/oder Psychiatrie oder Weiterbildungsassistent (m/w) in fortgeschrittener Weiterbildung (Weiterbildungsermächtigung für Neurologie 12 Monate, Psychiatrie 12 Monate, Geriatrie 12 Monate). Teilzeit möglich. Langjährige Erfahrung in der Weiterbildung von Kollegen. Bezahlung nach Tarifvertrag Marburger Bund VKA. Bei Übernahme eines Sitzes Unterstützung durch die Stadt auch für die Kinderbetreuung.
Kontakt: j.friedel@nervenaerzte-tuttlingen.de

Psychiatrische GP in Schleswig sucht Kollegen (m/w) zur Erweiterung des Teams. Halber KV-Sitz abzugeben Mitte/Ende 2019. Weiterbildungsermächtigung liegt vor.
Kontakt: nimphy@neuropraxis-sl.de

Kassenarztsitz Psychiatrie und/oder Neurologie im Nördlichen Rheinland-Pfalz abzugeben. Übergabezeitpunkt verhandelbar.
Kontakt: neurologie.psychiatrie.53xxx@gmail.com

Nervenarzt oder Psychiater (m/w) ab sofort oder später für ausbaufähige, langjährig etablierte Nervenarztpraxis in Bruchsal mit Schwerpunkt Psychiatrie zur Kooperation und/oder Praxisübernahme gesucht.
Kontakt: ute.schwarze@dgn.de | Telefon 07257/930055

Kaufen, Verkaufen, Verschenken

Biete Wartezimmermobiliar (2er- und 3er-Sitzbank, 6 Stühle, alles gepolstert, 2014) und große Deckenleuchte (Unikat). Ende 2019 wegen Praxisaufgabe verfügbar.
Kontakt: r.seseke@posteo.de | Telefon 0151 70003480, Roland Seseke, 97616 Bad Neustadt/Saale

Wegen Praxisaufgabe zum 31.12.2018 biete ich zur Selbstabholung an: EMG-/NLG-/EP-Gerät (Nihon Kohden), Neuropack S1 + Gerätewagen, EEG-Gerät (Neurowerk Sigma PL pro) Anschaffung 2005; Preis VB; außerdem Dopplergeschwindigkeit (DWL), Anschaffung 1998, für 200 € und Farb-Duplexsonografegerät (Siemens), Sonoline Sienna, Baujahr 2000, für 750 €. **Kontakt:** Roland Seseke s.o.

Besonderheiten der Diagnostik und Behandlung

Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten

Eine hohe Rate psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten ist weltweit vorbeschrieben. Über eine Millionen Menschen haben in den vergangenen drei Jahren in Deutschland Zuflucht gesucht. Eine psychiatrische Behandlung ist in vielen Fällen erforderlich, auch um die Teilnahme an Integrationsmaßnahmen und eine perspektivische Arbeitsaufnahme zu ermöglichen. Diagnostik und Therapie können aufgrund kulturell unterschiedlicher Krankheitskonzepte eine Herausforderung sein. Angepasste Behandlungsstrategien werden derzeit entwickelt, sind aber noch nicht oder nicht ausreichend evaluiert.

JOHANNA G. WINKLER¹, MERYAM SCHOULER-OCAK¹, EVA J. BRANDL^{1,2}



Viele Geflüchtete kommen psychisch und/oder physisch traumatisiert in Deutschland an.

28 Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten

Besonderheiten der Diagnostik und Behandlung

33 Sprachgebundene Therapie: ein innovatives Konzept

Angebot für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen

36 Irreversibler Ausfall der Hirnfunktion: Wann welche Diagnostik?**40 CME Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen**

Dritte Welle der Verhaltenstherapie

45 CME Fragebogen

Nach Angaben der Vereinten Nationen gab es Ende 2017 rund 25 Millionen Flüchtlinge weltweit [1]. Rund 1,36 Millionen Menschen haben in den Jahren 2015 bis 2017 einen Asylantrag in Deutschland gestellt [2], 61,5%–75% von ihnen wurde ein Schutzstatus zugesprochen [3]. Die aktuell in Deutschland Asyl beantragenden Personen stammen am häufigsten aus Syrien, Irak und Nigeria (**Abb. 1**).

In mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen wurden bei Geflüchteten hohe Prävalenzen für psychische Erkrankungen beschrieben, zum Beispiel für Depressionen, Angsterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11] sowie für Suchterkrankungen [6, 12] und Psychosen [12, 13]. In Bayern wurde bei 63,3% aller Bewohner einer erstaufnehmenden Einrichtung eine psychische Erkrankung diagnostiziert [5], was wir in einer eigenen Untersuchung bei 2015 und 2016 nach Deutschland geflüchteten Menschen bestätigen konnten [Winkler et al., under review]. Aber auch somatische Erkrankungen stellen die aufnehmenden

Länder vor Herausforderungen [4, 14, 15, 16]. Dabei bringen die Geflüchteten unterschiedliche kulturelle Hintergründe, krankheits- und Behandlungskonzepte mit, was die Behandlung weiter erschweren kann [17, 18, 19, 20, 21, 22].

Diese höheren Raten an psychischen Erkrankungen werden nicht nur bei Geflüchteten, sondern weltweit bei Menschen mit eigenem oder familiärem Migrationshintergrund beobachtet [23]. Als Ursachen werden unter anderem die häufig mit Migration assoziierten sozioökonomischen Defizite oder auch eine wahrgenommene Diskriminierung im Zielland diskutiert [24, 25, 26]. Geflüchtete erleben jedoch zusätzlich sowohl vor als auch auf der Flucht zum Teil erhebliche Traumata [27, 28]. In einer eigenen Untersuchung hatten über 33% der Befragten Nahrungs- oder Wassermangel, Todesnähe und Kampfsituationen erlebt, 15,54% berichteten über Folter [Winkler et al., in prep.].

Untersuchungen in einheimischen Bevölkerungen haben ergeben, dass die Prävalenz einer PTSD abhängig von der Beschaffenheit des erlebten Traumas steigt: Während bei der Konfrontation einer lebensbedrohlichen Diagnose im Schnitt 1,1% der Betroffenen eine PTSD entwickeln, ist dies nach einer Vergewaltigung bei zirka 49,0% der Fall [29, 30].

Je häufiger und stärker eine traumatische Belastung auftritt, desto weniger wahrscheinlich wird es, dass die PTSD-Symptomatik sich spontan zurückbildet [31]. In einer eigenen Erhebung einer repräsentativen Stichprobe unter Flüchtlingen gaben diese durchschnittlich 4,29 erlebte Traumata an [Winkler et al., in prep.]. Hierbei bestanden je nach Herkunftsland erhebliche Unterschiede; in der von uns untersuchten Stichprobe gaben Menschen aus Afrika, aber auch die aus Afghanistan, Iran und Pakistan besonders viele selbst erlebte traumatische Situationen an. Hohe Raten posttraumatisch Erkrankter sind die Folge.

PTSD, aber auch weitere Erkrankungen treten nach einem erlebten Trauma – singular oder komorbid – signifikant häufiger auf, zum Beispiel depressive Erkrankungen, Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastung, Suchterkrankungen, psychotische Episoden, somatoforme Störungen oder somatische Erkrankungen [32, 33, 34]. Bei Komorbidität verstärken diese Erkrankungen die Symptome der PTSD [35]. So traten unspezifische Schmerzsyndrome bei 70% der in Norwegen untersuchter Asylbewerber mit PTSD auf [36].

Für die Behandlung der Erkrankten ist relevant, dass – weltweit – Geflüchtete auch nach der Migration im Zielland

¹Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Berlin
²Berlin Institute of Health (BIH): Charité & Max-Delbrück-Centrum

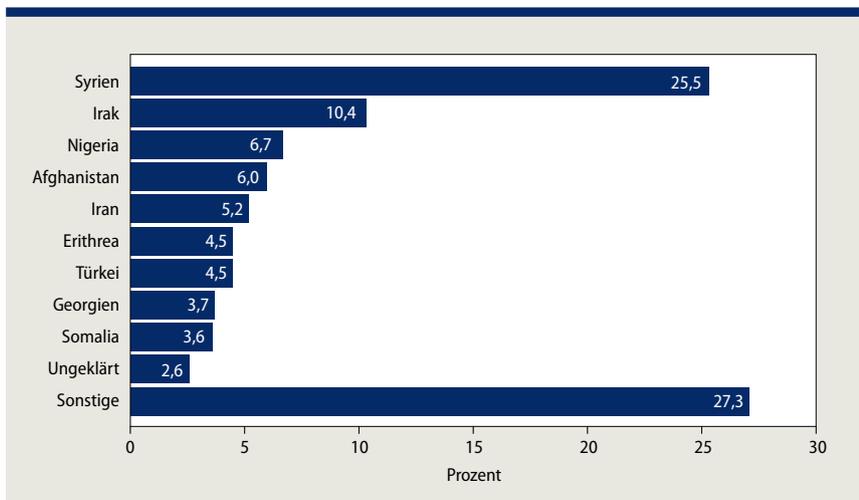


Abb. 1: Staatszugehörigkeiten der Asyl-Erstantragsteller in Deutschland von Januar bis April 2018; Gesamtzahl der Erstanträge 56.127 [Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. „Aktuelle Zahlen zu Asyl: Ausgabe April 2018. Tabellen Diagramme Erläuterungen“; Download 12. Mai 2018: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2018.pdf?__blob=publicationFile]

ungünstigen Lebensbedingungen ausgesetzt sind (Leben in Flüchtlingsunterkünften oder Lagern, sozioökonomische Mängel, fehlende Sprach- und Kulturkenntnisse, keine Arbeitserlaubnis, unsicherer Aufenthaltsstatus, gegebenenfalls Trennung von Familienmitgliedern), die mit einem weiteren Fortbestehen der psychischen Erkrankungen assoziiert sind [37, 38, 39, 40, 41].

Kulturelle Besonderheiten

Psychische Krankheitsbilder, die nur in einer oder wenigen Kulturen vorkommen und in der restlichen Welt unbekannt sind, beschrieb das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) in seiner 4. Auflage in einem „Glossar der kulturabhängiger Syndrome“ [17].

Doch auch bei Erkrankungen, die in allen Kulturen auftreten, differiert die Ausprägung [42, 43, 44, 45] und/oder die Schilderung [46, 46, 47] von Krankheits-symptomen je nach ethischer und kultureller Herkunft – und dies unabhängig von sozioökonomischen Unterschieden [48]. Es ist also möglich, dass Menschen aus unterschiedlichen Kulturkreisen, die an derselben Krankheit leiden, unterschiedliche Symptome präsentieren [45]. Dies wurde beispielsweise bei Patienten

mit generalisierter Angsterkrankung aus den USA und Nepal beobachtet [49]. Das könnte auch erklären, warum die Differenzialdiagnostik verschiedener Krankheitsbilder besonders schwierig ist, wie beispielsweise für die PTSD und Psychosen beschrieben wurde [50].

Aber auch bei gleichen Symptomen und gleicher Intensität der Erkrankung kann es vorkommen, dass diese in der Selbstbeurteilung – je nach kulturellem Erfahrungsrahmen – unterschiedlich bewertet werden. Parkerson et al. (2015) beschrieben, dass Afroamerikaner im GAD-7 niedrigere testpsychologische Werte erreichten als weiße oder kaukasisch-stämmige US-Amerikaner, selbst wenn sie klinisch den gleichen Schweregrad der Erkrankung aufwiesen [51]. Wenige Untersuchungen haben sich bislang mit der Frage beschäftigt, warum kulturelle Unterschiede in der Prävalenz bestimmter psychischer Erkrankungen bestehen. Koh et al. (2008) beobachteten, dass die Ausprägung somatischer Beschwerden bei Depressiven und Angstpatienten signifikant mit deren Umgang mit Aggression zusammenhing [52]. Da in unterschiedlichen Kulturen ein konzeptionell differierender Umgang mit Emotionen vorliegt (z. B. Externalisierung vs. Zurückhaltung oder Verdrängung), ist dies ein Faktor, der das Auf-

treten der unterschiedlichen Prävalenzen von Schmerzerkrankungen und Somatisierungsstörungen [53, 54] teilweise erklären kann.

Die Einordnung der „anderen“, kulturell geprägten, dem westlich ausgebildeten Mediziner fremden Symptome in die eigene Klassifikation von Diagnosen fordert oft ein Umdenken, das nicht immer gelingt. Zum Beispiel wurden in einer Untersuchung in den Niederlanden Schmerzsyndrome Geflüchteter von den behandelnden Allgemeinmedizinern häufig nicht mit den traumatischen Erlebnissen in Zusammenhang gebracht [55]. Im Wesentlichen ist hier eine offene, neugierige therapeutische Haltung, mit der respektvoll und offen Ungeohntes und Unverständliches hinterfragt wird, hilfreich [56].

Das in das „DSM-V-Glossar kulturabhängiger Syndrome“ integrierte „Cultural Formulation Interview“ (CFI) [57] berücksichtigt Krankheitsmodell, Symptomschilderung und -bedeutung, aber auch Identität, soziales Umfeld, beeinträchtigte Funktionsbereiche und die therapeutische Beziehung, die wesentlich etabliert werden muss, um – über die unterschiedlichen Krankheits- und Behandlungskonzepte hinweg – eine gemeinsame therapeutische Arbeit beginnen zu können. Es will das Verstehen zwischen Therapeut und Patient unterstützen.

Die Behandlung

Für die Betroffenen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe suchen, bestehen erhebliche Zugangsbarrieren, wie fehlende Sprachkompetenz und mangelnde Kenntnisse über das Gesundheitssystem und den Zugang zu Arztpraxen [58, 59]. Bei Asylbewerbern kann je nach Bundesland auch der Erhalt eines Behandlungsscheins schwer oder nur nach Überwindung bürokratischer Hürden möglich sein, oder gar nur für einen bestimmten Landkreis oder lediglich für wenige Tage gelten.

Gleichzeitig kann aufgrund differierender Krankheitskonzepte oder anderen kulturell vermittelten Annahmen über Krankheiten und ihre Behandlung die Bereitschaft fehlen, Hilfe bei einem nach den Prinzipien der „westlichen Medizin“ ausgebildeten Arzt zu suchen,

oder psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe anzunehmen [60, 61, 62]. In einer weltweiten vergleichenden Umfrage wurde je nach Nation eine sehr unterschiedliche Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungsangebote beobachtet, wobei diese in Deutschland und Schweden mit Abstand am höchsten waren [63]. In allen Kulturen gleichermaßen haben die am schwersten Erkrankten relativ häufiger psychiatrische Behandlungen beansprucht als die Gesünderen [64]. Dabei nehmen in allen untersuchten Nationen Menschen mit geringer Bildung, niedrigerem sozioökonomischen Status und männlichem Geschlecht seltener psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe an als andere Erkrankte [65], ebenso Verheiratete oder sehr alte oder junge Menschen [64].

Ein wichtiger Grund dafür, dass die Hilfe so lang wie möglich nicht angenommen wird, kann die Angst vor Stigmatisierung sein [66]. Bei einheimischen Patienten ist bekannt, dass besonders junge Männer im Fall einer psychischen Erkrankung – vermutlich aus Angst vor Stigmatisierung – nicht oder sehr spät Behandlung suchen; in Deutschland ist dies zum Beispiel für depressiv Erkrankte beschrieben [67]. So scheint viel psychoedukative Information erforderlich, um möglichst viele Geflüchtete zu einer Behandlung zu motivieren. Allerdings wären aktuell, wenn alle erkrankten Geflüchteten professionelle Behandlung suchten, möglicherweise nicht ausreichend Therapieplätze verfügbar [68]. Daher können Konzepte, die eine Psychoedukation durch Peers [69] – hier: selbst betroffene Flüchtlinge – vor eine professionelle Behandlung setzen, sehr hilfreich sein, wobei die zu realisierende Supervision der Peers mit geplant werden muss.

Unter der Annahme, dass Krankheit keine rein individuelle Symptombildung sein muss, sondern durchaus in der Interaktion mit der Umgebung entsteht, entwickelte Missmahl in Afghanistan mit guten Ergebnissen eine Behandlung durch Peers [70]. Bajbouj et al. (2018) favorisieren eine vierstufige Interventionspyramide, in der zunächst Schutzmaßnahmen und Grundbedürfnisse gesichert werden, danach die Gemeinschaftsbildung und Familiengesundheit

gefördert werden soll, es anschließend zu Peer-Maßnahmen und erst nach diesen Stufen zu professionellen, spezifischen Behandlungen kommen soll [71]. Die dann indizierte professionelle Behandlung kann ebenfalls kultureller Modifikationen bedürfen [72].

Arbeiten mit Dolmetschern

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Behandlung ist die Sprachmittlung. Tatsächlich werden trotz fehlender gemeinsamer Sprache selten Dolmetscher eingesetzt [73, 74], obwohl es Hinweise gibt, dass die Behandlung durch den Einsatz professioneller Dolmetscher sehr viel effektiver und gelungener sein kann [75]. Es entstehen jedoch Kosten und es erfordert einen erheblichen Organisationsaufwand [76, 77], auch wenn es inwischen möglich ist, sich die Dolmetscherkosten erstatten zu lassen (§ 73 SGB XII: Kostenübernahme als atypischer Bedarf; § 53 SGB XII: i. R. der Eingliederungshilfe durch das Sozialamt; § 21 SGB II: als Mehrbedarf durch das Jobcenter).

Dolmetschen muss professionell gelernt oder zumindest im Rahmen einer gemeindenahen Schulung trainiert worden sein, um den Sprachmittelnden zum wirklich rein inhaltlichen Übersetzen und Mitteln zu befähigen, ohne dass an relevanten Stellen – vermeintlich zum Wohl des Patienten – die eigenen Überzeugungen verfälschend oder kommentierend eingeflochten werden [74]. Laiendolmetscher sollten unbedingt vermieden werden [76]: Weder Bekannte oder Verwandte noch unbekannte Laien (z. B. Raumpfleger oder Pflegekräfte als sogenannte Ad-Hoc-Dolmetscher) werden psychiatrisch relevante Informationen mit der notwendigen Präzision übersetzen können (fehlende Unbefangenheit; fehlendes Bewusstsein einer Schweigepflicht gegenüber anderen Verwandten; Unvermögen, Fehlleistungen des Patienten nicht zu korrigieren) [78]. Kinder, die eingesetzt werden, können parentifiziert werden, wenn sie für ihre Eltern – in so einem empfindlichen Bereich – übersetzen müssen [79, 80]. Durch den Einsatz der Kinder als Dolmetscher wird also eine schädigende Form der Eltern-Kind-Beziehung – die Parentifikation – unterstützt, der die Kinder von Geflüchteten

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

durch die bestehende psychische Erkrankung der Eltern ohnehin bereits ausgesetzt sein können [81, 82, 83].

Auch das Arbeiten mit Dolmetschern muss erlernt oder zumindest reflektiert werden [84]. Hilfreich ist es, wenn die Therapie mit den Sprachmittlern gut vorbereitet ist, zum Beispiel kurze Vor- und Nachgespräche eingeplant sind [74, 78] oder der Wartebereich für den Dolmetscher – getrennt von dem Patienten – festgelegt wird. Die Herkunft des Dolmetschers beziehungsweise sein Verhältnis zur Herkunft des Patienten muss erfragt, und die Weise des Kulturmittels (deutlich getrennt von der Sprachmittlung, idealerweise im Nachgespräch) erörtert werden [85]. Weniger fehlerhaft wird übersetzt, wenn der Therapeut in kurzen Sätzen spricht und auch im Satz zwischen unterschiedlichen Gedankengängen Pausen zum Übersetzen lässt [86], und er sich der Rolle, die er dem Sprachmittler – zwischen den Extremen vom reinen Sprachinstrument bis zum Co-Therapeuten – geben will, bewusst ist [87]. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext sollten Dolmetscher immer im psychotherapeutischen Sinn empathische, aber abstinente Sprach- und Kulturmittler bleiben, die nie die Rolle des Co-Therapeuten, Einzelfallhelfers oder Lotsen beziehungsweise Wegbegleiters übernehmen müssen [76, 78].

Das Aufenthaltsgesetz nach Asylpaket II

Geflüchteten steht ein besonderer Schutz sowie eine Behandlung zu (siehe auch EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU), und – im Fall lebensbedrohlicher oder schwerwiegender Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung längerfristig wesentlich verschlechtern würden – auch ein Aufenthaltsrecht in Deutschland (§ 60.7 Aufenthaltsgesetz). In der Bundesrepublik Deutschland wird seit dem 17. März 2016 per Gesetz davon ausgegangen, dass Asylbewerber prinzipiell gesund oder allenfalls leicht erkrankt sind [88]. Daher müssen sie eine Erkrankung durch eine „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ nachweisen. Die einzige Möglichkeit, die zustehende Schutzbedürftigkeit zuerkannt zu bekommen, besteht darin, einen Arzt

zu finden, der bereit ist, innerhalb von einer Woche eine im Sinne des Gesetzgebers „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ zu erstellen. Diese muss fünf definierte Punkte erfüllen, sonst muss sie im Asylprozess nicht einbezogen werden – und die Ausländerbehörde darf sie auch gar nicht berücksichtigen (§ 60a Abs. 2c und 2d AufenthG). Dies kann eine erhebliche Belastung für die bestehende therapeutische Beziehung werden: Wenn Ärzte diese Stellungnahme nicht rechtzeitig abgeben können (Arbeitsbelastung, Urlaub) oder die Kriterien, die für eine qualifizierte Bescheinigung maßgeblich sind, nicht erfüllen, führt dies dazu, dass dem Patienten mit Fluchthintergrund der ihm zustehende Schutz nicht gewährt wird. Der Druck, der dadurch unter Umständen zwischen Patient und Behandler aufgebaut wird, schadet der therapeutischen Beziehung erheblich und behindert oft den Heilungsprozess maßgeblich [89]. Ein standardisierter Fragebogen wie bei Stellungnahmen für Rentenbeantragung oder Schwerbehinderung üblich, der von der Behörde verschickt würde, könnte zu einem Mahnverfahren zwischen Behörde und Arzt führen, dem Patienten nicht schaden und die therapeutische Beziehung entlasten.

Das Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg hat entschieden, dass zur Vorlage bei dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) oder beim Gericht auch die Bescheinigungen eines approbierten Psychotherapeuten akzeptiert werden sollen [90]; bei der Ausländerbehörde müssen nach wie vor ausschließlich ärztliche Stellungnahmen berücksichtigt werden. Asylbewerber, die sich bei einem approbierten Psychologen in adäquater, also qualifizierter Richtlinien-therapie befinden, müssen zusätzlich einen Arzt finden, der die Krankheit beschreiben kann. Auch schwer erkrankte Asylbewerber, die sich nicht in ärztlicher Behandlung befinden, sondern allein in Peergroups, haben hier möglicherweise einen entscheidenden Nachteil.

Zusammenfassung und Ausblick

Neu eingereiste Geflüchtete weisen sehr hohe Prävalenzen für psychische Erkrankungen auf. Es gibt viele erkrankte

Flüchtlinge, die trotz ernsthafter Krankheitssymptome keine Behandlung suchen. Diejenigen, die dies tun, scheitern oft an Zugangsbarrieren.

In der Behandlung nimmt die Sprachmittlung einen wesentlichen Aspekt ein. Diagnostik und Therapie können ein besonderes Hinterfragen der angebotenen Symptomschilderung erfordern, um diese korrekt in die bekannten Diagnoseschemata einordnen zu können. Häufig ist es hilfreich, Krankheitskonzept und Behandlungsschemata zu erklären, mit dem Patienten mit Migrationshintergrund zu besprechen und sie gegebenenfalls auch anzugleichen, um so eine Behandlung zu ermöglichen.

Der Asylwunsch und die in Deutschland bestehende Asylgesetzgebung können die therapeutische Beziehung erheblich belasten. Standardisierte Befundberichte, die von der Behörde angefordert würden, könnten diese etwas entlasten.

Insgesamt bleibt die interkulturelle Diagnostik und Behandlung eine besondere Herausforderung, die neben Belastungen auch neue sowie interessante kulturelle Erfahrungen ermöglicht und somit einen kulturellen Erfahrungszuwachs und eine große Bereicherung darstellen kann. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

KORRESPONDIERENDE AUTORIN

Johanna Gisela Winkler

Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus Große Hamburger Str. 5–11, 10115 Berlin
E-Mail: johanna.winkler@charite.de

Literatur

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. „Aktuelle Zahlen zu Asyl: Ausgabe April 2018. Tabellen Diagramme Erläuterungen“. 09.05.2018 download: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2018.pdf?__blob=publicationFile
- <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2017-12/vereinte-nationen-migration-weltweit-zuwachs?page=6>
- Lederer H. Schlüsselzahlen Asyl 2017. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; Referat 02. 90343 Nürnberg. www.bamf.de; Stand Januar 2018; 2.
- Firenze A, Aleo N, Ferrara C, Maranto M, LA Cascia C, Restivo V. The Occurrence of Diseases and Related Factors in a Center for Asylum Seekers in Italy. *Zdr Varst*. März 2016;55(1):21–8.
- Richter K, Lehfeld H, Niklewski G. [Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center]. *Gesundheitswesen*. November 2015;77(11):834–8.
- Schaffrath J, Schmitz-Buhl M, Gün A, Gouzoulis-Mayfrank E. Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. *PPmP - Psychotherapie • Psychosomatik • Medizinische Psychologie*. 17. Oktober 2016;67(03/04):126–33.
- Zimbrea P. Risk Factors and Prevalence of Mental Illness in Refugees. In: Annamalai A, Herausgeber. *Refugee Health Care: An Essential Medical Guide* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2014. S. 149–62. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0271-2_11
- Heeren M, Mueller J, Ehlert U, Schnyder U, Copiery N, Maier T. Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*. 17. August 2012;12(1):114.
- van Melle MA, Lamkaddem M, Stuiver MM, Gerritsen AAM, Devillé WLJM, Essink-Bot M-L. Quality of primary care for resettled refugees in the Netherlands with chronic mental and physical health problems: a cross-sectional analysis of medical records and interview data. *BMC Fam Pract*. 23. September 2014;15:160.
- Lindert J, Ehrenstein OS von, Priebe S, Mielck A, Brähler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. Juli 2009;69(2):246–57.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 5. August 2009;302(5):537–49.
- Koch E, Hartkamp N, Siefen RG, Schouler-Ocak M. [German pilot study of psychiatric inpatients with histories of migration]. *Nervenarzt*. März 2008;79(3):328–39.
- Dapunt J, Kluge U, Heinz A. Risk of psychosis in refugees: a literature review. *Transl Psychiatry*. 13. Juni 2017;7(6):e1149.
- Marano N, Wojno AE, Stauffer WM, Weinberg M, Klosovsky A, Ballew JD, u. a. Partnerships that Facilitate a Refugee's Journey to Wellbeing. *Am J Trop Med Hyg*. 2. November 2016;95(5):985–7.
- Heudorf U, Kempf V. Flüchtlinge: Daten aus Frankfurt. *Deutsches Ärzteblatt*. 26. Februar 2016; 113 (8): B284.
- Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. [Undocumented immigrants: what do we know about their health?]. *Epidemiol Prev*. August 2017;41(3-4 (Suppl 1)):57–63.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition., DSM-IV-TR: 2000.
- Taieb O, Heidenreich F, Baubet T, Moro MR. [Finding a meaning for illness: from medical anthropology to cultural epidemiology]. *Med Mal Infect*. April 2005;35(4):173–85.
- Crozier I. Making up koro: multiplicity, psychiatry, culture, and penis-shrinking anxieties. *J Hist Med Allied Sci*. Januar 2012;67(1):36–70.
- Aichberger MC, Schouler-Ocak M, Rapp MA, Heinz A. Transkulturelle Aspekte der Depression. *Bundesgesundheitsbl*. 1. April 2008;51(4):436–42.
- Rabin BA, McCreight M, Battaglia C, Ayele R, Burke RE, Hess PL, u. a. Systematic, Multimethod Assessment of Adaptations Across Four Diverse Health Systems Interventions. *Front Public Health*. 2018;6:102.
- McCarthy A, Shaban R, Stone C. Fa'afaletui: a framework for the promotion of renal health in an Australian Samoan community. *J Transcult Nurs*. Januar 2011;22(1):55–62.
- Trost M, Wanke EM, Ohlendorf D, Klingelhöfer D, Braun M, Bauer J, u. a. Immigration: analysis, trends and outlook on the global research activity. *J Glob Health* [Internet]. [zitiert 12. Mai 2018];8(1). Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5908396/>
- Schunck R, Reiss K, Razum O. Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity & Health*. 3. September 2015;20(5):493–510.
- Donath C, Gräbel E, Baier D, Pfeiffer C, Karagülle D, Bleich S, u. a. Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence - a representative study. *BMC Public Health*. 7. Februar 2011;11:84.
- Schunck R, Reiss K, Razum O. Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity & Health*. 3. September 2015;20(5):493–510.
- Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I, Kurmeyer C, Gutermann J, Kimbel R, u. a. Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. *BMC Med*. 01 2018;16(1):15.
- Gäbel U, Ruf M, Schauer M, Odenwald M, Neuner F. Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* [Internet]. 2005 [zitiert 14. April 2018];35(1). Verfügbar unter: <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/1913811>
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1. Dezember 1995;52(12):1048–60.
- Maercker A, Hecker T. [Consequences of trauma and violence: impact on psychological well-being]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*. Januar 2016;59(1):28–34.
- Kolassa I-T, Ertl V, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. The probability of spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* (in press) [Internet]. 2010 [zitiert 14. April 2018]; Verfügbar unter: <https://pub.uni-bielefeld.de/publication/1925196>
- Buhman C, Mortensen EL, Lundstrøm S, Ryberg J, Nordentoft M, Ekstrøm M. Symptoms, quality of life and level of functioning of traumatized refugees at psychiatric trauma clinic in Copenhagen. *Torture*. 2014;24(1):25–39.
- Nickerson A, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Morina N. Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Tortured, Treatment-Seeking Refugees. *J Trauma Stress*. August 2017;30(4):409–15.
- Fedeles KM, Johnson NL, Caldwell JC, Shteynberg Y, Sanders SE, Holmes SC, u. a. The Impact of Comorbid Diagnoses on the Course of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Residents of Battered Women's Shelters. *Psychol Trauma*. 20. November 2017.
- Spiller TR, Schick M, Schnyder U, Bryant RA, Nickerson A, Morina N. Somatisation and anger are associated with symptom severity of posttraumatic stress disorder in severely traumatised refugees and asylum seekers. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14311.
- Teodorescu D-S, Heir T, Siqueland J, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2015;3(1):7.
- Carswell K, Blackburn P, Barker C. The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *Int J Soc Psychiatry*. März 2011;57(2):107–19.
- Laban CJ, Gernaat HBPE, Komprou IH, van der Tweel I, De Jong JTVM. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*. Dezember 2005;193(12):825–32.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 5. August 2009;302(5):537–49.
- Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of post-migration factors on PTSD outcomes

- among immigrant survivors of political violence. *J Immigr Minor Health*. Oktober 2013;15(5):890–7.
41. Fox M, Thayer ZM, Wadhwa PD. Acculturation and Health: The Moderating Role of Sociocultural Context. 1. September 2017;119(3):405–21.
 42. Brandl EJ, Dietrich N, Mell N, Winkler J, Gutwinski S, Bretz J, u. a. [Clinical and sociodemographic Differences Between Patients with and without Migration Background in a Psychiatric Outpatient Service]. *Psychiatr Prax*. 23. Januar 2018;
 43. Emerson SD, Minh A, Guhn M. Ethnic density of regions and psychiatric disorders among ethnic minority individuals. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(2):130–44.
 44. Vorvolakos T, Samakouri M, Tripsianis G, Satalmpasidou E, Arvaniti A, Terzoudi A, u. a. Sociodemographic and clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric outpatients in Greece. *Ethn Health*. 2012;17(1–2):161–9.
 45. Escovar EL, Craske M, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, u. a. Cultural influences on mental health symptoms in a primary care sample of Latinx patients. *J Anxiety Disord*. April 2018;55:39–47.
 46. Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA, Yesil R, Montesinos AH, Temur-Erman S, u. a. Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. November 2015;50(11):1691–700.
 47. Hinton DE, Otto MW. Symptom Presentation and Symptom Meaning Among Traumatized Cambodian Refugees: Relevance to a Somatic Focused Cognitive-Behavior Therapy. *Cogn Behav Pract*. 1. November 2006;13(4):249–60.
 48. Aichberger MC, Bromand Z, Rapp MA, Yesil R, Montesinos AH, Temur-Erman S, u. a. Perceived ethnic discrimination, acculturation, and psychological distress in women of Turkish origin in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. November 2015;50(11):1691–700.
 49. Hoge EA, Tamrakar SM, Christian KM, Mahara N, Nepal MK, Pollack MH, u. a. Cross-cultural differences in somatic presentation in patients with generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis*. Dezember 2006;194(12):962–6.
 50. Bäärnhielm S, Åberg Wistedt A, Rosso MS. Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcult Psychiatry*. Juni 2015;52(3):287–310.
 51. Parkerson HA, Thibodeau MA, Brandt CP, Zvolensky MJ, Asmundson JG. Cultural-based biases of the GAD-7. *J Anxiety Disord*. April 2015;31:38–42.
 52. Koh KB, Kim DK, Kim SY, Park JK, Han M. The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders. *Psychiatry Res*. 30. September 2008;160(3):372–9.
 53. Erim Y. Somatoforme Störungen im Kontext der Migration. In: Erim Y, editor. *Klinische interkulturelle Psychotherapie: Ein Lehr- und Praxisbuch*. 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2009. p. 81–88.
 54. Feldmann CT, Bensing JM, de Ruijter A, Boeije HR. Afghan refugees and their general practitioners in The Netherlands: to trust or not to trust? *Sociol Health Illn*. Mai 2007;29(4):515–35.
 55. Rauch S. Soziale Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Ländern und Sprachen. In: van Keuck E, Ghaderi C, Joksimivic D, David DM, editors. *Diversity: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*. 1st ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2011. p. 261–269.
 56. <http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/dsm-5-cultural-formulation-interview-and-evolution-cultural-assessment-psychiatry>, download 12.05.2018
 57. Schouler-Ocak M. [Mental health care for immigrants in Germany]. *Nervenarzt*. November 2015;86(11):1320–5.
 58. Penka S, Faißt H, Vardar A, Borde T, Mösko MO, Dingoyan D, u. a. [The Current State of Intercultural Opening in Psychosocial Services--The Results of an Assessment in an Inner-City District of Berlin]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. September 2015;65(9–10):353–62.
 59. Richter K, Lehfeld H, Niklewski G. [Waiting for Asylum: Psychiatric Diagnosis in Bavarian Admission Center]. *Gesundheitswesen*. November 2015;77(11):834–8.
 60. Bretz J, Sahin D, Brandl EJ, Schouler-Ocak M. [Cultural Influence on Attitude towards Psychotherapy - A Comparison of Individuals of Turkish Origin with Individuals without Migration Background]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 13. April 2018
 61. Georgiades K, Pakasian D, Rudolph KE, Merikangas KR. Prevalence of Mental Disorder and Service Use by Immigrant Generation and Race/Ethnicity Among U.S. Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. April 2018;57(4):280–287.e2.
 62. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, u. a. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2. Juni 2004;291(21):2581–90.
 63. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, u. a. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet*. 8. September 2007;370(9590):841–50.
 64. Chiu M, Amartey A, Wang X, Kurdyak P. Ethnic Differences in Mental Health Status and Service Utilization: A Population-Based Study in Ontario, Canada. *Can J Psychiatry*. 1. Januar 2018;706743717741061.
 65. Wachter K, Murray SM, Hall BJ, Annan J, Bolton P, Bass J. Stigma modifies the association between social support and mental health among sexual violence survivors in the Democratic Republic of Congo: implications for practice. *Anxiety Stress Coping*. 6. April 2018;1–16.
 66. Dietrich S, Mergl R, Rummel-Kluge C. [From the First Symptoms of Depression to Treatment. When and Where are People Seeking Help? Does Stigma Play a Role? - Results from a Survey at a German Convention for People with Depression]. *Psychiatr Prax*. November 2017;44(8):461–8.
 67. Collatz J. Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann T, Salman R. *Transkulturelle Psychiatrie*. 2nd ed. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2001; p. 52–63.
 68. Eshel Y, Kimhi S. Community Resilience of Civilians at War: A New Perspective. *Community Ment Health J*. 1. Januar 2016;52(1):109–17.
 69. Bohus M, Missmahl I. Zur Umsetzung alternativer Behandlungsmodelle für Flüchtlinge in der BRD. *Nervenarzt*. 1. Januar 2017;88(1):34–9.
 70. Bajbouj M, Alabdullah J, Ahmad S, Schidem S, Zellmann H, Schneider F, u. a. Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*. 1. Januar 2018;89(1):1–7.
 71. Hinton DE, Rivera EI, Hofmann SG, Barlow DH, Otto MW. Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcult Psychiatry*. 1. April 2012;49(2):340–65.
 72. Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U. [Cross-cultural aspects of interaction and communication in mental health care. Barriers and recommendations for action]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*. September 2012;55(9):1168–75.
 73. Cerci D, Neale J. Working with interpreters in mental health: Are we lost in translation? *Int J Soc Psychiatry*. 17. April 2018;0020764018770699.
 74. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. April 2007;42(2):727–54.
 75. Koch E. Dolmetscher in der Psychiatrie. In: Graef-Callis IT, Schouler-M, editors. *Migration und Transkulturalität: Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. 1st ed. Stuttgart: Schattauer; 2017. p. 219–230.
 76. Schreiter S, Winkler J, Bretz J, Schouler-Ocak M. [What do Interpreters Cost? - A Retrospective Analysis of the Costs for Interpreters in Treatment of Refugees in a Psychiatric Outpatient Clinic in Berlin]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. September 2016;66(9–10):356–60.
 77. Kluge U. Psychotherapie mit Sprach- und Kulturmittlern. In: Graef-Callis IT, Schouler-M, editors. *Migration und Transkulturalität: Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie*. 1st ed. Stuttgart: Schattauer; 2017. p. 238.
 78. Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, Gariazzo F, Eytan A, Loutan L. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*. August 2003;57(3):503–12.
 79. Bischoff A, Steinauer R. [Nursing interpreters? Interpreting nurses?]. *Pflege*. Dezember 2007;20(6):343–51.
 80. Van Loon LMA, Van de Ven MOM, Van Doe-

- sum KTM, Hosman CMH, Witteman CLM. Parentification, Stress, and Problem Behavior of Adolescents who have a Parent with Mental Health Problems. *Fam Process*. 2017;56(1):141–53.
81. Wachter K, Murray SM, Hall BJ, Annan J, Bolton P, Bass J. Stigma modifies the association between social support and mental health among sexual violence survivors in the Democratic Republic of Congo: implications for practice. *Anxiety Stress Coping*. 6. April 2018;1–16.
 82. Hausser AA. Die Parentifizierung von Kindern bei psychisch kranken und psychisch gesunden Eltern und die psychische Gesundheit der parentifizierten Kinder. Dissertation. Hamburg; 2012. Verfügbar unter: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2013/6471/pdf/Dissertation.pdf>
 83. Kalet A, Gany F, Senter L. Working with interpreters: an interactive Web-based learning module. *Acad Med*. September 2002;77(9):927.
 84. Hadziabdic E, Hjelm K. Working with interpreters: practical advice for use of an interpreter in healthcare. *Int J Evid Based Healthc*. März 2013;11(1):69–76.
 85. Sinow CS, Corso I, Lorenzo J, Lawrence KA, Magnus DC, Van Cleave AC. Alterations in Spanish Language Interpretation During Pediatric Critical Care Family Meetings. *Crit Care Med*. November 2017;45(11):1915–21.
 86. Singy P, Guex P. The interpreter's role with immigrant patients: contrasted points of view. *Commun Med*. 2005;2(1):45–51.
 87. §60a Absatz 2c Satz 1 Aufenthaltsgesetz
 88. Ärzteblatt DÄG Redaktion Deutsches. Asylbewerber: Ein ethisches Dilemma [Internet]. 2017 [zitiert 18. Mai 2018]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/185646/Asylbewerber-Ein-ethisches-Dilemma>
 89. Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg 3. Senat | OVG 3 N 24.15 Beschluss vom 27.09.1690
 90. Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg 3. Senat | OVG 3 N 24.15; Beschluss vom 27.09.16

Angebot für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen

Sprachungebundene Therapie: ein innovatives Konzept

Im Zuge der starken Zunahme der Migration nimmt ein kultursensibler Blickwinkel in jeglicher künftigen therapeutischen Arbeit eine unerlässliche Rolle ein. Mögliche Gründe für eine Migration sind unter anderem traumatische Ereignisse wie Folter, Krieg oder Verfolgung im Herkunftsland. Darüber hinaus kann es auch während der Flucht und nach der Ankunft im Zielland zu Traumatisierungen kommen.

IBRAHIM ÖZKAN, NICOLINA PERIC

Die besonderen Umstände von Flucht und Migration bringen es mit sich, dass die betroffenen Menschen eines besonderen traumazentrierten psychotherapeutischen Umgangs bedürfen. Allerdings findet eine traumazentrierte Psychotherapie derzeit nicht immer den herrschenden Umständen entsprechend kultursensibel statt. Sie sollte künftig jedoch kultursensible Inhalte sowie Konzepte aufgreifen und es ermöglichen, ausgehend von kulturkompatiblen Ressourcen, Lösungswege zu erarbeiten. Hauptaugenmerk sollte dabei eine allgemeine Entwicklung, weg von der Pathologisierung und hin zur selbstwirksamkeitsfördernden Informationsvermittlung sein, die vor allem den individuellen Bezugsrahmen der Patienten berücksichtigt.

Versorgungssituation

Nicht nur die allgemeine Situation der traumazentrierten Psychotherapie ist für die herrschenden Umstände nicht gewappnet, auch die Versorgungssituation weist Defizite auf. Betrachtet man diese genauer, so lässt sich feststellen, dass die Regelversorgung nicht ausreichend auf Migranten und Geflüchtete ausgerichtet ist [1]. Es lassen sich Zugangsbarrieren identifizieren, die eine Eingliederung der Migranten und Geflüchteten in die Regelversorgung erschweren. Solche Zugangshürden können unter anderem Sprachbarrieren [1], aber auch mangelnder wertschätzender Umgang mit kultureller Vielfalt sein. Der allgemeine Zustand, dass Patienten mit Migrationshintergrund in der Versorgung nach wie vor unterrepräsentiert sind, schafft zu-

sätzlich eine generelle Unsicherheit bei den Versorgern im Umgang mit diesen und führt zu einer Verschärfung der Situation [2].

Gruppensituation

Gruppenangebote gelten mit ihren positiven Effekten auf den Therapieerfolg und -verlauf als unumstritten in der Psychotherapie [3]. Diese sind aber oft nicht für Patienten mit geringen Deutschkenntnissen geeignet. Muttersprachliche oder dolmetschergestützte Gruppen sind mögliche Alternativen, die den Betroffenen den Zugang erleichtern könnten. Derartige Gruppenangebote gehen jedoch gleichermaßen mit Schwierigkeiten einher: Sie sind mit einem erhöhten logistischen Aufwand verbunden sowie stark abhängig von der gegebenen Perso-

Igelbälle können auch in der sprachreduzierten Therapie zur handhabbaren Stressregulation hilfreich sein.



nalsituation, und sie führen zudem möglicherweise zu einer erneuten Segregation unter den Teilnehmern.

Sprachreduzierte Trauma-Stabilisierungsgruppe

Betrachtet man nun die zuvor geschilderten Ausgangssituationen vor dem Hintergrund der rasant steigenden Migration und dem mit ihr einhergehenden starken Bedarf einer kultursensiblen psychotherapeutischen Arbeit, wird mehr als deutlich, dass diese Umstände eines neuen Ansatzes bedürfen, der den Anforderungen entsprechend gerecht wird. Diesen Bedarf berücksichtigend, entwickelte sich die sprachreduzierte Trauma-Stabilisierungsgruppe (SRT) [4]. Diese findet in zwölf Sitzungen von je 60 Minuten Dauer einmal wöchentlich statt. Sie wird von zwei (Trauma-)Therapeuten angeleitet und betreut. In einem Stuhlkreis wird eine angenehme, nicht exponierte Atmosphäre geschaffen. Hilfsmittel wie Igelbälle, Gummibänder oder Knetbälle sind dabei stets zur freien Verfügung eines jeden Teilnehmers in der Mitte des Stuhlkreises platziert und haben als Ziel, im Umgang mit Belastungen individuell hilfreiche Ressourcen zu entdecken. Grundsätzlich übergeordnet wird als sprachreduzierte Methode während des Gruppenangebots eine sehr einfache Sprache angestrebt, die den Umgang zwischen Therapeuten und Patienten prägt. Es gilt, sich langsam, in Satzbau und Wortwahl einfach und in möglichst kleinen Sinneinheiten auszudrücken. Wichtig dabei ist auch, das Verständnis der Patienten regelmäßig abzufragen und bei Bedarf vorher genannte Aspekte zu wiederholen, um möglichst jeden Teilnehmer während der Sitzungen zu erreichen. Mimik und Gestik treten bei dieser Ausdrucksweise verstärkt in den Vordergrund. So können auch Metaphern, bildliche Vergleiche und Materialien zum „Begreifbar machen“ hilfreich sein. Alle angewendeten Übungen und Aktivitäten sind konkret und einfach gehalten.

Als Beispiel sei eine Achtsamkeitsübung genannt, in der die Gruppenmitglieder Dinge anfassen und beschreiben sollen. Es geht dabei sowohl um deren Form, Material und Gewicht als auch um die durch das Anfassen ausgelösten

Empfindungen, wie „Das fühlt sich kalt an“. Oft ist es zudem hilfreich, Übungen mit einem gewissen Grad an körperlicher Aktivität anzubieten, da teilweise die Ruhe während der Gruppensitzungen für die Teilnehmer nicht aushaltbar scheint und womöglich erneut negative Gedanken provozieren könnte. Dadurch, dass die Gruppenleiter gleichfalls die Sprachen der Teilnehmer nicht sprechen können und sich auf eine einfachere Sprachebene einlassen, wird eine besondere Beziehungs- und Begegnungssituation für alle geschaffen, welche die Aktivität und Motivation bewirkt, Deutsch zu sprechen, auch wenn es fehlerhaft oder gebrochen ist.

Ressourcenaktivierung

Jede Sitzung beginnt zunächst mit einer Achtsamkeitsübung oder Ressourcenaktivierung. Zahlreiche Patienten verfügen bereits über sehr viele Ressourcen, die sie als solche aber nicht identifizieren können. So können auch „alte“ Ressourcen, die als unpassend für die neue Heimat empfunden werden (z. B. religionsbezogene Aktivitäten, Bräuche), reaktiviert werden. Dies führt zu einer erhöhten Selbstwirksamkeit. Die Gruppe dient den Patienten dabei als Ideenpool, aus dem sie Ressourcen Anderer für sich entdecken, aber auch eigene Ressourcen anderen als Hilfestellung mitteilen können. Hintergrund für diesen Aspekt der Ressourcenaktivierung ist das Kohärenzgefühl nach Antonovsky (SOC) [5] mit seinen Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit.

Verstehbarkeit meint dabei eine kognitive Repräsentation davon, dass Ereignisse vorherseh- und verstehbar sind [5]. Ziel ist es, gemeinsam Verstehen zu schaffen. Hilfreich dabei kann in erster Linie eine sprachliche Anpassung mithilfe eines Dolmetschers sein. Aber auch sprachreduziertes Arbeiten kann eingesetzt werden. Das bedeutet beispielsweise, Aussagen mit Symbolen zu verdeutlichen, wichtige Inhalte zu notieren, Metaphern zu gebrauchen oder bildliche Vergleiche zur Illustration komplexer Inhalte zu nutzen.

Im Aspekt Handhabbarkeit werden Ressourcen in den Fokus genommen, die aktiviert werden sollen, und er beschreibt die Bewertung einer Person da-

rüber, inwiefern die eigenen Ressourcen mithelfen, bestehende Anforderungen zu überwinden [5]. Die SRT leitet daraus auch Stabilisierungstechniken und den Umgang mit der Traumasymptomatik ab. Wichtig im Sinne der Handhabbarkeit ist es, Überforderung in den wöchentlichen Stunden zu vermeiden und im wörtlichen Sinn durch „Ressourcen in die Hand nehmen“ schwierige Situationen für sich kontrollierbar zu machen.

Sinnhaftigkeit bildet die emotionale Repräsentation darüber, inwiefern eine Person ihr Leben als sinnerfüllt und bedeutsam wahrnimmt. Ziel sollte es sein, individuelle Erklärungen, Bedeutungen und Sinngebungen für Ereignisse zu formulieren [5]. Aufgabe der Therapeuten ist es, zum Beispiel die erforderliche individuelle kulturbezogene Sinnhaftigkeit für die angewendeten Techniken und Therapiemethoden regelmäßig durch Nachfragen zu überprüfen.

Psychoedukation

Neben der Ressourcenaktivierung ist die niedrigschwellige sprachreduzierte Psychoedukation ein weiterer Baustein. Diese zielt im Rahmen des spezifischen Gruppenangebots auf die Fragen „Was ist ein Trauma?“ und „Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung?“ ab. Den Teilnehmern werden erlebte Symptome wie Wiedererleben, Übererregung (Hyperarousals) und Vermeidung mit den zuvor geschilderten Methoden des sprachreduzierten Arbeitens vermittelt. Durch die Aufklärung über die Ursachen des Krankheitsbildes an sich, wird das Krankheitsverständnis wie auch der selbstständige Umgang mit der Erkrankung gefördert. Dies wiederum mündet in eine erhöhte Compliance der Patienten und dem Verständnis dafür, eine aktive Rolle im Umgang mit der Krankheit einzunehmen. Das Vorgehen stützt somit abermals auf Antonovskys Kohärenzgefühl [5].

Symptombezogene Stabilisierungstechniken

Schließlich gilt es, gemeinsam symptombezogene Stabilisierungstechniken zu erarbeiten. Diese orientieren sich an den zuvor dargelegten und erläuterten Symptomen Wiedererleben, Hyperarousals und Vermeidung. Stabilisierungs-

techniken, die sich auf das Symptom des Wiedererlebens beziehen, können dabei Übungen zum Stoppen von Flashbacks, zum Ablenken oder Atemtechniken sein. Zur Reduktion des Hyperarousals werden bestimmte Atemtechniken, das Finden von entspannenden Aktivitäten und auch der Umgang mit Wut und Reizbarkeit erarbeitet.

Symptombezogene Stabilisierungstechniken für das beobachtbare Vermeidungsverhalten der Patienten umfassen den Aufbau von Aktivitäten und auch das Erlernen des Umgangs mit Fragen nach der eigenen Vergangenheit, weil diese bei den Teilnehmern im Alltag häufig zur Vermeidung von Kontakten führen kann.

Imaginationsübung

Die Sitzungen werden jeweils mit einer Imaginationsübung beendet. Ein Beispiel hierfür ist die sogenannte Gartenübung: Jeder Teilnehmer hat im Vorfeld seinen persönlichen Garten unter anderem in Form von Fotos, Collagen, selbstgemalten Bildern gestaltet (handhabbar und somit kontrollierbar im „Aussen“ und nicht ausschließlich imaginativ) und geht – unter Anleitung des Therapeuten – imaginativ in diesem spazieren. Es gilt dabei, achtsam gegenüber Dingen zu sein, die man sehen, hören und vielleicht auch riechen kann. Die Imaginationsübung als Abschluss einer jeden Sitzung zielt darauf ab, auch die eigene Imagination der Teilnehmer als mögliche Ressource entdecken zu lassen sowie den Umgang mit dieser zu erlernen.

Jede einzelne Gruppensitzung wird zu Beginn sowie am Ende begleitet von einer fünfstufigen schriftlichen Abfrage des Befindens der Teilnehmer. Eruiert wird dabei ihre aktuell empfundene Belastung und die aktuelle Gefühlslage. Für die Gefühlsskala kommt ein Smiley-Symbol zum Einsatz, für die Belastungsskala das einfach gehaltene Symbol eines Strichmännchens, das einen Sack gefüllt mit schweren Steinen trägt. Auswertungen dieser Abfrage über das Gesamtprogramm haben gezeigt, dass es zwar teils zu mehr emotionaler Belastung kommen kann, die Symptombelastung jedoch dadurch für alle spürbar reduziert wird. Eine weitere systematische Evaluation

dieses Konzeptes ist in nächster Zukunft vorgesehen.

Fazit für die Praxis

Erfahrungen zeigen, dass sich die Patienten durch die Teilnahme an einer sprachreduzierten Trauma-Stabilisierungsgruppe entlastet fühlen. Sie entwickeln ein größeres Verständnis für ihre Erkrankung und profitieren vom Austausch mit den anderen Teilnehmern, die ebenso belastet und „sprachlos“ sind. Die Gruppe bietet dabei Schutz und führt zu Wohlbefinden [6]. Durch das direkte Erleben der Übungen fällt es ihnen leichter, ihre Krankheit auch in ihr alltägliches Leben zu integrieren, weil eigene hilfreiche kulturelle Elemente sein dürfen und nicht immer fremde (unverstehbare) übernommen werden müssen. Darüber hinaus führt die Teilnahme an diesem Gruppenangebot zu einer größeren Bereitschaft deutsch zu lernen und zu sprechen und ist somit eine Bereicherung für weitere Lebensbereiche, nicht zuletzt auch für die Einzeltherapie, die begleitend stattfinden sollte. Das Gruppenkonzept kann in multimodalen Behandlungskonzepten eingesetzt werden und lässt sich organisatorisch gut anpassen. Eine weitere Auseinandersetzung mit derartigen kultursensiblen Ansätzen wird in der künftigen traumazentrierten psychotherapeutischen Arbeit – nicht zuletzt aufgrund des bestehenden hohen Bedarfs sowie bevorstehender Entwicklungen – unentbehrlich sein. □

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
E-Mail: i.oezkan@asklepios.com

Nicolina Peric

Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Literatur

1. Schouler-Ocak, M. (2013). Besonderheiten in der psychiatrischen Versorgung von MigrantInnen. In T. Borde & M. David (Hrsg.), Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen (S. 153-166). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
2. Bäärnhielm, S., Jávo, C. & Mösko, M. (2013). Opening Up Mental Health Service Delivery to Cultural Diversity: Current Situation, Development and Examples from Three Northern European Countries. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 33, 40-55. DOI: 10.1159/000348730
3. Leszcz, M., Sherman, A., Mosier, J., Burlingame, G., Cleary, T., Ulman, K., Simonton, S., Latif, U., Strauss, B. & Hazelton, L. (2004). Group interventions for patients with cancer and HIV disease: part IV. Clinical and policy recommendations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54 (4), 539-56. DOI: 10.1521/ijgp.54.4.539.42769
4. Özkan, I. & Belz, M. (2014). Neue Wege in der Behandlung von traumatisierten Migranten: Stabilisierung jenseits von Sprache und Traumatherapie. *Nervenheilkunde*, 33 (06), 451-454. DOI: 10.1055/s-0038-1627695
5. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.
6. Sachsse, U. (Hrsg.). (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.



Das Vorgehen ist in Deutschland genau vorgeschrieben

Irreversibler Ausfall der Hirnfunktion: Wann welche Diagnostik?

Ein spezielles Verfahren zur Feststellung des Todes ist die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA). Darunter versteht man den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einer durch kontrollierte Beatmung aufrechterhaltenen Herz-Kreislauf-Funktion. Die IHA-Diagnostik erfolgt auf der Intensivstation, um die Prognose des Patienten einzuschätzen, oder vor der Entscheidung über eine postmortale Organspende.

UWE WALTER

In Deutschland werden gemäß Transplantationsgesetz die Verfahrensregeln zur Feststellung des IHA in entsprechenden Richtlinien der Bundesärztekammer (RL-BÄK) festgelegt, deren Vierte Fortschreibung seit Juni 2015 gilt [1]. Voraussetzungen für die Feststellung des IHA sind der zweifelsfreie Nachweis einer akuten schweren primären oder sekundären Hirnschädigung sowie der Ausschluss reversibler Ursachen (**Tab. 1**). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, müssen alle geforderten klinischen Ausfallsymptome – Koma, Ausfall der Hirnstammreflexe (**Tab. 2**) und der Spontanatmung [2] – nachgewiesen und schließlich die Irreversibilität dieses Zustandes bestätigt werden. Der Irreversibilitätsnachweis des Hirnfunktionsausfalls ist

- durch eine weitere klinische Untersuchung nach einer definierten Beobachtungszeit oder
- durch ergänzende apparative Untersuchungen möglich.

Die Eignung der apparativen Zusatzverfahren hängt von der Art der Hirnschädigung und dem Patientenalter ab (**Tab. 3**) [3, 4]. Die apparativen Zusatzverfahren kommen immer nach (nicht vor!) der klinischen Diagnostik zum Einsatz.

Einsatz der Zusatzverfahren in Abhängigkeit vom Lebensalter

Bei reifen Neugeborenen (≥ 37 Schwangerschaftswochen postmenstruell und im Lebensalter von 0–28 Tagen) sowie bei Kindern ab dem Alter von 29 Tagen bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr

müssen zum Nachweis des IHA zwei klinische Untersuchungen mit besonders vorgegebener Beobachtungszeit stattfinden. Zusätzlich zu jeder klinischen Untersuchung muss eine ergänzende apparative Untersuchung durchgeführt werden (Nachweis der hirnelektrischen Stille in der Elektroenzephalografie [EEG] oder des Erlöschens beziehungsweise des Ausfalls der intrazerebralen Komponenten der frühen akustisch evozierten Potenziale [FAEP] oder des zerebralen Zirkulationsstillstands). Soll eine Perfusionszintigrafie erfolgen, wird diese erst nach der zweiten klinischen Untersuchung durchgeführt und reicht dann als einmalige Zusatzuntersuchung aus.

Bei Patienten bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr wird in der Praxis

besonders häufig die EEG eingesetzt, da sie als mobiles Verfahren am Krankenbett durchgeführt und von den in der Regel involvierten Neuropädiatern beurteilt werden kann. Nachteile sind die Anfälligkeit der EEG gegenüber Artefakten auf der Intensivstation, die eine sorgfältige Durchführung und die Anwesenheit des befundenden Arztes während der Ableitung zwingend voraussetzen.

Ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr sind grundsätzlich alle Zusatzverfahren (Tab. 3) einsetzbar, mit Ausnahme der CT-Angiografie, die erst ab dem 18. Lebensjahr validiert ist.

Einsatz der Zusatzverfahren je nach Art der Hirnschädigung

Bei der primären supratentoriellen und der sekundären Hirnschädigung kann – bei Patienten ab dem vollendeten zweiten Lebensjahr – eine zweite klinische Untersuchung nach definierter Wartezeit (zwölf Stunden bei primärer supratentorieller, 72 Stunden bei sekundärer Hirnschädigung) zum Irreversibilitätsnachweis des Hirnfunktionsausfalls stattfinden. Der alternativ mögliche Einsatz eines apparativen Zusatzverfahrens erfolgt in folgenden Situationen:

- Zur Vermeidung der Wartezeit (z. B. zur früheren Ermöglichung einer Organspende)
- Wenn die klinische Diagnostik nicht vollständig möglich war (etwa wegen Gesichts- oder Augenverletzung, Augenprothese usw.), ist stets ein Verfahren zum Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes erforderlich.
- Wenn Unsicherheiten bezüglich der Wirkung sedierender Medikamente oder metabolischer Entgleisungen auf die klinischen Symptome des IHA bestehen, ist immer ein Verfahren zum Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes erforderlich.

Bei primären infratentoriellen Hirnschädigungen muss zwingend eine ergänzende apparative Untersuchung (Nachweis der isoelektrischen EEG oder des zerebralen Zirkulationsstillstands) durchgeführt werden, da bei solchen Läsionen mittels alleiniger klinischer Untersuchung ein (theoretisch mögliches) apnoeisches, komplettes Locked-in-Syndrom nicht von einem IHA abgegrenzt werden kann.

Tab. 1: Auszuschließende reversible Ursachen des klinischen Syndroms des IHA

- Hypothermie (Temperatur < 35°C bei Kindern < 2 Jahre; < 33°C bei Patienten ≥ 2 Jahre)
- Kreislaufchock (Blutdruck systolisch anhaltend < 90 mmHg)
- Endokrine Krisen (Hypothyreose, Thyreotoxikose, schwer entgleister Diabetes mellitus usw.)
- Metabolische Ursachen (arterielle Blutgasanalyse, Elektrolyte, Glukose, Leber- und Nierenwerte)
- Schwere Sepsis (Entzündungszeichen, Laktat)
- Intoxikation (ggf. toxikologische Untersuchung)
- Wirkung sedierender Medikamente (ggf. Antidota verabreichen, Serumspiegelbestimmung)
- Relaxation (Medikamentenanamnese)
- Potenziell reversible Erkrankungen des Hirnstamms (z. B. Enzephalitis, Tumorödem)
- Potenziell reversible neuromuskuläre Erkrankungen (z. B. Guillain-Barré-Syndrom, Myasthenie)

Tab. 2: Hirnstammreflexe, die bei IHA ausgefallen sein müssen

Reflex	Afferenz	Efferenz
Pupilläre Lichtreaktion	Nicht-genikuläre Sehbahn	Parasympathische Fasern des N. oculomotorius
Cephalookulärer/vestibulookulärer Reflex	N. vestibularis	N. oculomotorius N. trochlearis N. abducens
Kornealreflex	N. trigeminus	N. facialis
Reaktion auf schmerzhafte Reize im Gesicht	N. trigeminus	N. facialis (parasympathische Fasern des N. oculomotorius) ¹ (N. vagus) ²
Schluckreflex	N. glossopharyngeus	N. glossopharyngeus
Hustenreflex	N. vagus	N. vagus Bulbospinale Axone der respiratorischen Neurone des Hirnstamms (via ventrale und laterale spinale Funikel)

¹Trigeminopupillärer Reflex
²Trigeminotrochlearer Reflex

Vorzüge und Limitationen der Zusatzverfahren

EEG

Die EEG ist in jedem Lebensalter und bei jeder Hirnschädigung einsetzbar. Auf die besonderen Anforderungen an die heutige digitale EEG ist zu achten [5]. Limitationen für das Verfahren sind die

- Möglichkeit der medikamentösen Beeinflussung (diese muss sicher ausgeschlossen sein),
- Nichteinsetzbarkeit bei ausgedehnten Schädelverletzungen,
- Artefaktanfälligkeit (elektromagnetische und mechanische Störsignale).

FAEP

Die FAEP sind bei Verletzungen der Schädeldecke und des Gesichts geeignet. Sie werden durch übliche zentral dämpfende Medikamente kaum beeinflusst. Limitationen für das FAEP-Verfahren sind:

- Bei bestehender Schalleitungsstörung ist das FAEP-Verfahren nicht einsetzbar.
- Eine Schädigung des N. cochlearis (z. B. ototoxisch bedingt) muss sicher ausgeschlossen sein.
- Meist sind serielle Untersuchungen (progredienter bilateraler Ausfall aller Wellen) erforderlich.

Tab. 3: Einsatz apparativer Verfahren zum Irreversibilitätsnachweis des IHA

Hirnschädigung	Primär supratentoriell ¹	Primär infratentoriell ^{1,2}	Sekundär ¹
EEG	+	+	+
FAEP	+	–	+
SEP ³	+	–	+
Dopplersonografie	+	+	+
Duplexsonografie	+	+	+
CT-Angiografie ⁴	+	+	+
Katheter-Angiografie ⁵	(+)	(+)	(+)
Perfusionsszintigrafie	+	+	+

EEG = Elektroenzephalografie; FAEP = frühe akustisch evozierte Potenziale; SEP = somatosensorisch evozierte Potenziale

¹ Bei Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr ist der Einsatz einer geeigneten apparativen Zusatzuntersuchung (EEG, FAEP, Doppler-, Duplexsonografie) nach jeder der beiden klinischen Untersuchungen obligat (Ausnahme Perfusionsszintigrafie, die auch bei einem Alter < 3 Jahre erst nach der zweiten klinischen Untersuchung erfolgt).

² Bei primärer infratentorieller Hirnschädigung ist der Einsatz einer geeigneten apparativen Zusatzuntersuchung zum Irreversibilitätsnachweis unabhängig vom Lebensalter zwingend vorgeschrieben.

³ Bei Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr sind die SEP nicht zugelassen.

⁴ Die CT-Angiografie ist erst ab dem vollendeten 18. Lebensjahr validiert.

⁵ Die selektive arterielle Angiografie (Katheterangiografie) kommt ausnahmsweise nur dann in Betracht, wenn diese mit der Möglichkeit therapeutischer Konsequenzen durchgeführt wurde.

- Ausfall aller Wellen vor Eintritt des klinischen Hirntodsyndroms bei 70 – 80 % der Patienten
- Der bilaterale Ausfall aller Wellen bei der Erstuntersuchung ist zum Irreversibilitätsnachweis nicht geeignet.

Somatosensorisch evozierte Potenziale (SEP)

Die SEP sind zuverlässig ableitbar, technisch einfach auszuführen und werden durch Artefaktquellen und übliche zentral dämpfende Medikamente kaum beeinflusst. Limitationen für das SEP-Verfahren sind:

- Nichteinsetzbarkeit bei Schädigung des zervikalen Myelons (eine solche muss sicher ausgeschlossen sein)
- Der isolierte bilaterale Ausfall der kortikalen SEP ist zum Irreversibilitätsnachweis nicht geeignet.

Doppler-/Duplexsonografie

Die Doppler- beziehungsweise Duplexsonografie sind bei Patienten jeden Lebensalters und bei allen Formen der Hirnschädigung einsetzbar. Die Befunde sind unabhängig von der Wirkung zentral dämpfender Medikamente. Der für die Untersuchung erforderliche arterielle Mindestblutdruck ist auch für die

verschiedenen Lebensalter bei Kindern vom ersten bis 18. Lebensjahr publiziert worden [6]. Limitationen sind die

- eventuell fehlende Ausprägung der typischen Befundmuster bei offenen Schädelverletzungen und nach Kraniotomie sowie bei Kleinkindern mit offenen Fontanellen (keine Hirndruckentwicklung),
- Möglichkeit falsch negativer Befunde in bestimmten Konstellationen (Shunt-Flüsse, Kollateralfuss der Arteria carotis interna in die Arteria ophthalmica, Tachykardie > 120/min, extreme Bradykardie).

CT-Angiografie (CTA)

Die CTA ist bei Patienten jeden Lebensalters (Einschränkung siehe unten) und bei allen Formen der Hirnschädigung einsetzbar. Der Befund ist unabhängig von der Wirkung zentral dämpfender Medikamente. Limitationen sind die

- prinzipielle Zulässigkeit erst ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; der Einsatz bei jüngeren Patienten soll nur nach sorgfältiger Abwägung erfolgen,
- potenzielle Nierenschädigung durch das Kontrastmittel,
- Möglichkeit falsch negativer Befunde (schwache Kontrastierung der Arte-

riae cerebri media, cerebri anterior, cerebri posterior oder basilaris),

- erschwerte Beurteilbarkeit bei ausgeprägter basaler Subarachnoidalblutung.

Perfusionsszintigrafie

Das Untersuchungsverfahren ist bei Patienten jeden Lebensalters und bei allen Formen der Hirnschädigung einsetzbar. Der Befund ist unabhängig von der Wirkung zentral dämpfender Medikamente. Limitationen sind:

- Notwendiger Patiententransport in eine geeignete nuklearmedizinische Einrichtung
- Erfordernis eines validierter Radiopharmakons
- Eventuell fehlende Ausprägungen der typischen Befundmuster bei offenen Schädelverletzungen und nach Kraniotomie sowie bei Kleinkindern mit offenen Fontanellen (keine Hirndruckentwicklung)

Fazit für die Praxis

Die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls einschließlich der Verfahren zum Irreversibilitätsnachweis ist in Deutschland besonders sicher. Zudem sind für die verschiedenen Formen der Hirnschädigung und für besondere – die Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls erschwerende – Konstellationen differenzierte Vorgehensweisen verfügbar und ihre Durchführung detailliert vorgegeben. Die Kenntnis über den Einsatz und die Limitationen der einzelnen Zusatzverfahren gehört zur Qualifikation aller Ärzte, die an der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls beteiligt sind. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

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

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer. Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung. Dtsch Ärztebl 2015; 112: A-1256
2. Brandt SA, Walter U, Reimers CD et al. Erhebung der klinischen Befunde des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls („Hirntod“): Voraussetzungen, Durchführung und pathophysiologische Grundlagen. Klin Neurophysiol 2016; 47: 5-15
3. Walter U, Brandt SA, Ferbert A et al. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung zur Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls. Klin Neurophysiol 2016; 47: 16-20
4. Brandt SA, Walter U, Schreiber SJ. Anwendung der neuen Richtlinie zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls. Akt Neurol 2016; 43: 182-203
5. Walter U, Noachtar S, Hinrichs H. Digitale Elektroenzephalographie in der Hirntoddiagnostik. Technische Anforderungen und Ergebnisse einer Umfrage zur Richtlinienkompatibilität digitaler EEG-Systeme bei Anbietern in Deutschland. Nervenarzt 2018; 89: 156-162
6. Walter U, Schreiber SJ, Kaps M. Doppler- und Duplexsonografie in der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls („Hirntod“): Aktuelle Richtlinien in Deutschland und benachbarten Ländern. Ultraschall Med 2016; 37: 558-578

Dritte Welle der Verhaltenstherapie

Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen

Sowohl zur Akutbehandlung als auch zur Rezidivprophylaxe depressiver Störungen gilt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) aus psychotherapeutischer Sicht als Goldstandard. Jedoch erleidet ungefähr die Hälfte der Patienten trotz akutem Ansprechen innerhalb von zwei Jahren ein Rezidiv. Schematherapie, ein neues, integratives psychotherapeutisches Verfahren der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, nimmt Risikofaktoren, die mit einem negativen therapeutischen Outcome assoziiert wurden, ausdrücklich in den Fokus der Behandlung. Das Verfahren wurde ursprünglich zur Behandlung von KVT-Non-Respondern und Patienten mit überdauernden Lebensproblemen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt, und eine Anwendung auch bei Achse-I-Störungen wie der Major Depression erscheint zielführend.

MARTIN L. REIN, DAVID HÖHN, MARTIN E. KECK, MÜNCHEN



Die Schematherapie soll bei depressiven Störungen verfestigte Selbstschemata korrigieren oder einen flexibleren Umgang mit ihnen ermöglichen.

© djama / Fotolia

Die Major Depression stellt eine der häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit dar, mit Lebenszeitprävalenzen von 10–17% bei Männern und bis zu 15–25% bei Frauen [1, 2, 3, 4, 5]. Aktuell leiden zirka 350 Millionen Menschen weltweit an einer Depression mit erheblichem individuellem Leid als auch gravierenden negativen sozioökonomischen Folgen [6]. So nimmt die Depression aktuell in den USA Platz 1 und in Europa Platz 3 der Ursachen langfristiger Erwerbsunfähigkeit ein [1, 7, 8, 9, 10, 11]. Trotz nachgewiesener Wirksamkeit sowohl pharmakologischer als auch psychotherapeutischer Akutbehandlungen erreichen nur die Hälfte der Patienten eine vollständige Remission und Rückfälle sind häufig [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]. Jedoch erhöht jede depressive Episode das Risiko erneut zu erkranken: Durchschnittlich erleiden Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung in ihrem Leben sechs Episoden und zirka 15–20% entwickeln einen chronischen Krankheitsverlauf [3, 21, 22, 23, 24, 25].

Therapieverfahren bei Depression

Antidepressiva scheinen im Gegensatz zur nachgewiesenen Akutwirkung nach Absetzen keinen präventiven Effekt auf das Rückfallrisiko auszuüben. Obwohl Psychotherapieverfahren wie individueller kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) im Vergleich zu Psychopharmaka eine Überlegenheit in Bezug auf ihre Langzeitwirkung attestiert wurde, erleidet die Hälfte der Behandelten trotz psychotherapeutischer Intervention ein Rezidiv innerhalb der nächsten zwei Jahre [26]. Eine unvollständige Remission der Symptome stellt dabei den relevantesten Risikofaktor erneut zu erkranken dar und nur die Hälfte der Patienten, die mit dem „Goldstandard“ KVT behandelt werden, ist nach Abschluss der Therapie symptomfrei [27, 28, 29, 30]. Es wäre zu postulieren, dass durch Therapieverfahren, die ihren

Behandlungsschwerpunkt vornehmlich auf akute Symptomreduktion ausrichten, Faktoren, die den weiteren Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und mit einem erhöhten Risiko für Rezidive sowie einem chronischen Verlauf einhergehen, nicht ausreichend therapeutisch adressiert werden [31]. Die hohe gesundheitliche sowie ökonomische Belastung der Depression speist sich jedoch genau aus der rezidivierenden Natur der Erkrankung [32]. Einflussvariablen, die sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken und eine Assoziation mit geringeren Remissionsraten und vermehrt chronischen Krankheitsverläufen aufweisen, sind negative Kindheitserfahrungen [33, 34] sowie Persönlichkeitsstörungen [35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42]. Depressionen sind aber in mehr als der Hälfte der Fälle mit anderen Achse-I und Achse-II-Störungen assoziiert und müssen somit entsprechend modernen ätiologischen Modellen als komplexes biopsychosoziales Phänomen verstanden werden [3]. Kurzzeitpsychotherapien zur akuten Symptomreduktion eignen sich für einen Teil der depressiven Patienten, reichen allerdings zur Behandlung von Patienten mit komplexeren Krankheitskonstellationen nicht aus [40, 43, 44].

Schematherapie

Basierend auf Erfahrungen mit Patienten, die durch KVT nicht erfolgreich behandelbar waren, wurde in den 1990er-Jahren durch Jeffrey Young das Verfahren Schematherapie (ST) entwickelt [45]. Wesentliches Ziel der Behandlung ist die Heilung „früher maladaptiver Schemata“ (early maladaptive schemas, EMS). Aufbauend auf Beck's kognitivem Modell der Depression ist ein zentrales Postulat der schematherapeutischen Theorie, dass sich negative Selbstschemata (EMS) als Reaktion auf frühe negative Erfahrungen ausbilden [46, 47]. Indem EMS sowohl das Denken, Fühlen als auch Handeln beeinflussen, können sie nach Reaktivierung durch geeignete Stimuli im Sinne einer Stress-Vulnerabilitäts-Interaktion zur Entstehung einer depressiven Episode beitragen und diese aufrechterhalten [45, 46, 48, 49]. Young definierte 18 faktorenanalytisch gesicherte frühe maladaptive Schemata, die auch gehäuft bei Patienten mit akuter und vor allem chronischer Depression gefunden wurden [45, 50, 51]. Entsprechend der zugrunde liegenden Konzeption führt maladaptives Schema-Coping zur Aufrechterhaltung der negativen Selbstschemata, die sich zunehmend verfestigen und dauerhaft Leidensdruck und Vulnerabilität verursachen. Young et al. postulierten daher, dass ohne Schemamodifikation keine langfristige Heilung erfolgen kann [51, 52, 53]. Interessanterweise wurde der Veränderung von negativen Selbstschemata trotz ihrer zentralen Rolle als Vulnerabilitätsfaktor in Beck's kognitionspsychologischen Modell der Depression im

Rahmen der Therapie nur eine untergeordnete Rolle eingeräumt [46, 48]. ST ist als KVT zu verstehen, die ergänzend emotions- sowie erfahrungsbasierte Techniken verwendet. Um Schemaveränderung im Rahmen der Behandlung überhaupt zu ermöglichen, wurden kognitive Techniken durch Elemente der Gestalttherapie, psychodynamische Ansätze sowie emotionsfokussierte Interventionen ergänzt [52]. Es wird zudem ein starker Fokus auf eine wohlwollende und versorgende Therapiebeziehung gelegt, um den Patienten korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, eine Haltung die als „begrenzte elterliche Fürsorge“ (limited reparenting) verstanden wird. Auch die Bearbeitung negativer biografischer Erfahrungen mittels „imaginativem Überschreiben“ (imagery rescripting), eine der Hypno- und Gestalttherapie entlehnte Technik [54, 55], soll verfestigte Selbstschemata korrigieren oder einen flexibleren Umgang mit ihnen ermöglichen. Bemerkenswert ist in diesem Kontext, dass hinsichtlich potenzieller neurobiologischer Korrelate psychotherapeutischer Wirkmechanismen zunehmend eine zentrale Rolle emotionaler Aktivierung sowie von Prozessen der Gedächtnisrekonsolidierung diskutiert wird [56].

Rückfallrisiko

Die Behandlung interpersoneller und entwicklungsgeschichtlicher Themen im Rahmen von Psychotherapie scheint die Vulnerabilität für Depressionen sowie das Rückfallrisiko zu senken [57]. In einzelnen Studien war die Veränderung maladaptiver Schemata mit akuter globaler Symptomreduktion assoziiert [58, 59, 60, 61, 62, 63]. ST könnte jedoch basierend auf diesen Überlegungen über eine geringere Reaktivierung depressionsfördernder Selbstschemata zusätzlich auch einen rezidivprophylaktischen Effekt ausüben. Für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen für ST gute Wirksamkeitsnachweise vor (siehe Sempertegui et al. 2013 für eine ausführliche Übersicht [64]). Ziel dieses Artikels ist es, neben der Beschreibung der theoretischen Grundlagen die Evidenz für die klinische Wirksamkeit von ST in der Behandlung depressiver Störungen anhand einer systematischen Literaturrecherche zu erfassen.

Systematisches Review

Methode

Die Durchführung des systematischen Reviews erfolgte entsprechend den Vorgaben des PRISMA-Statements zur Publikation von systematischen Reviews und Metaanalysen [65]. Basierend auf den PICOS-Kriterien wurden Ein- und Ausschlusskriterien zum Screening der Therapiestudien definiert (siehe

Prospero-Register 2016: CRD42016039914 für eine detaillierte Beschreibung). In einem iterativen Prozess wurde bis zum 1. Juni 2018 eine systematische Datenbankanalyse mit dem Suchterminus „Schema Therapy“ durchgeführt, um geeignete Studien zu identifizieren. Es wurden keine Limitierungen in der elektronischen Suchstrategie verwendet und keine zeitlichen Einschränkungen für die Auswahl vorgegeben. Als Datenbanken wurden PsycInfo, Science Direct, PubMed, Web of Science und Springer Link verwendet. Es wurde nur englischsprachige Literatur eingeschlossen. Die elektronische Datenbanksuche wurde durch „graue Literatur“, manuelle Suche sowie Expertenkonsultation komplettiert. Durch zwei voneinander unabhängige Rater erfolgte ein Screening der Titel und Abstracts. In einem ersten Durchlauf wurde jedoch nur eine sehr geringe Anzahl randomisierter kontrollierter Studien identifiziert, weshalb in einem zweiten Suchdurchlauf auch Therapiestudien ohne Randomisierung und Kontrollgruppendesign zur weiteren Analyse eingeschlossen wurden – ein Vorgehen bei der Durchführung systematischer Reviews in Themenbereichen mit nur geringer Studienanzahl [66].

Qualitätskontrolle

Zur Gewährleistung einer ausreichenden Datenqualität erfolgte die Studienevaluation durch speziell für Psychotherapie entworfene Instrumente zur Qualitätskontrolle: Für randomisierte Studien wurde die Randomized Controlled Trial – Psychotherapy Quality Rating Scale, RCT-PQRS, [67, 68, 69] sowie die CONSORT Guidelines, Extension for Non-Pharmacological Treatments verwendet [70, 71]. Studien ohne Randomisierung wurden mittels Checkliste des TREND-Statements bewertet [72]. Die Auswahl der Instrumente erfolgte basierend auf einer kürzlich erschienen Metaanalyse zu Quality Assessment Tools für Psychotherapieforschung und für einen Einschluss mussten mindestens die Hälfte der verwendeten Items erfüllt sein [73]. Die Datenextraktion erfolgte entsprechend der PICOS-Kriterien unter Verwendung eines standardisierten Auswertungsbogens (Abb. 1).

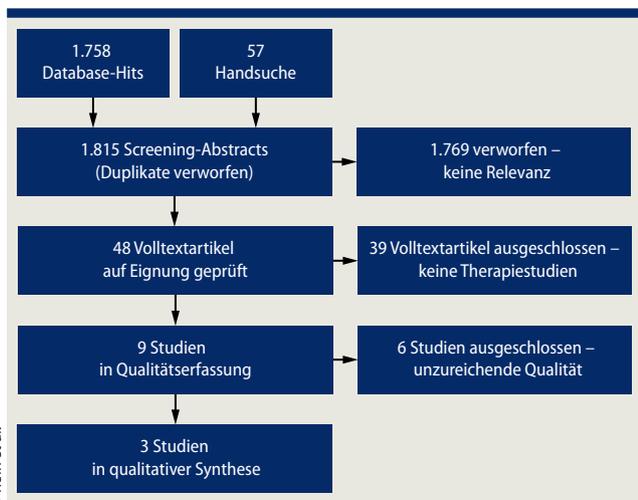


Abb. 1: PRISMA-Flussdiagramm für eine genaue Darstellung der systematischen Literaturrecherche.

Ergebnisse

Nach Erweiterung der Einschlusskriterien konnten aus 48 Publikationen neun Therapiestudien ausgewählt werden, von denen drei den Kriterien der Qualitätsprüfung genügten (Tab. 1). Zwei Studien [31, 74] untersuchten ST bei chronisch Depressiven und eine Studie verglich ST mit KVT bei Patienten, die unter einer akuten depressiven Episode litten, allerdings erfüllten in dieser Studie 68 % der Patienten ebenfalls die Diagnose einer chronischen Depression [75]. Aufgrund der geringen Anzahl an Primärstudien, Unterschieden im Studiendesign sowie konsekutiver Heterogenität der Daten war nur eine qualitativ-deskriptive Erfassung der Daten und keine quantitative Synthese oder Metaanalyse möglich. Im Folgenden gehen wir auf die Einzelstudien, insbesondere unter Berücksichtigung potenzieller Limitationen ein.

Akute depressive Episode bei Major Depression, ST oder KVT

Die bisher hochwertigste Therapiestudie wurde von Carter et al. 2013 durchgeführt [69]. In einem RCT-Design wurden jeweils 50 Patienten mit akuter depressiver Episode im Rahmen einer Major Depression entweder mit ST oder KVT behandelt. Innerhalb eines Jahres erhielten die Patienten in den ersten sechs Monaten durchschnittlich 22 Einzelsitzungen und anschließend monatliche Sitzungen. Die Behandlung erfolgte in einem ambulanten Setting. Der Schweregrad der Depression war zu Beginn der Behandlung mit durchschnittlich 23 Punkten (SD 6,4) auf der Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale nur moderater Ausprägung und alle Patienten waren medikationsfrei. Bemerkenswert ist, dass 68 % der Patienten die Diagnose einer chronischen Depression sowie ein Drittel der Patienten die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllten. Sowohl in Bezug auf die Symptomreduktion, die mittels Fremd-Rating (MADRS) verblindet gemessen wurde, als auch in Bezug auf Therapieabbruch unterschieden sich die Verfahren entgegen der Erwartungen der Autoren nicht. In beiden Studienarmen zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Ansprechraten, Remission sowie Symptombfreiheit nach Therapie. Dieses Ergebnis scheint somit ein weiterer Beleg für die Schwierigkeit zu sein, differenzielle Therapieeffekte zwischen spezifischen Therapieverfahren in vergleichenden Psychotherapiestudien nachzuweisen.

Chronische Depression, Fallserie, ambulante Behandlung

Malogiannis et al. veröffentlichten 2014 eine Fallserie von zwölf ambulant behandelten Patienten mit chronischer Depression, die in einer naturalistisch angelegten A-B-C-Beobachtungsstudie untersucht wurden [74]. Zwei Drittel der Patienten litten ebenfalls an einer Persönlichkeitsstörung (Cluster-B und Cluster-C). Die Patienten wurden während einer achtwöchigen Warteperiode bis kurz vor Behandlungsbeginn, nach einer Einführungsphase von zwölf bis 16 Einzelsitzungen sowie während und nach Abschluss von insgesamt 60 Einzelsitzungen und nach sechs Monaten Nachbeobachtungszeit mittels Fremd-Rating (Hamilton Depressionsskala, HAM-D) untersucht. Im Durchschnitt litten die Patienten an einer mittelschweren Depression (HAM-D 21 Punkte; SD 3,2). Fünf der zwölf Patienten erreichten eine Remission der Symptome, weitere zwei Patien-

ten sprachen auf die Behandlung an und nur ein Patient brach die Therapie ab. Die hohen Effektstärken der Behandlung (Cohen's $d = 2,0$) waren auch nach sechs Monaten nachweisbar und nur eine Patientin erlitt einen Rückfall. Stärken der Studie stellen die relativ hochfrequente Symptomerfassung dar, darunter drei Messungen während der Warteperiode, die unter anderem dazu dienen, spontane Symptomänderungen auszuschließen. Die Generalisierbarkeit dieser Ergebnisse ist jedoch aus mehreren Gründen stark eingeschränkt. Ganz wesentlich muss dabei auf das Fehlen einer Kontrollgruppe sowie die geringe Fallzahl hingewiesen werden, wodurch eine spontane Besserung der Symptome und unspezifische Wirkeffekte nicht ausgeschlossen werden können. Andererseits litten die Patienten im Durchschnitt bereits länger als vier Jahre an ihrer Erkrankung, was eine Spontanremission eher unwahrscheinlich macht. Weitere Limitationen sind, dass nur Frauen behandelt wurden und alle Patienten begleitend Psychopharmaka (SSRI) erhielten, die jedoch zuvor für eine Zeitdauer von mindestens einem Monat in unveränderter Dosis gegeben worden waren, um pharmakologisch bedingte Effekte auf ein Minimum zu reduzieren.

Chronische Depression, Wartelisten-Design

Renner et al. untersuchten 25 Patienten mit chronischer Depression in einem Wartelisten-Design, die ambulant in Einzelsitzungen behandelt wurden [31]. Der Schweregrad der Depression wurde zu drei Zeitpunkten mittels Selbstbeurteilung der Patienten (BDI-II) gemessen. Die Diagnose einer chronischen Depression wurde mittels SKID-I-Interview erfasst und musste bereits seit zwei Jahren bestehen. Im Durchschnitt lagen die BDI-II-Werte, entsprechend einer schweren depressiven Episode, bei über 30 Punkten. Zwei Drittel der Patienten erfüllten zudem die Kriterien einer Cluster-C-Persönlichkeitsstörung (SKID-II-Interview). Im Durchschnitt erhielten die Patienten 50 Einzelsitzungen über einen Zeitraum von einem Jahr hinweg. Insgesamt zogen 20 % der Studienteilnehmer die Teilnahme zurück, aber alle 25 Patienten erhielten die volle Behandlung, keiner brach diese ab. 67 % der Patienten erfüllten nach der Behandlung nicht mehr die Kriterien einer Depression (recovery), entsprechend der DSM-IV-Kriterien. Im Rahmen der Behandlung erreichten 35 % der Patienten eine Remission. Die Wirk-

stärke der Behandlung war hoch, $d = 1,3$ (Cohen's d). 44 % der Patienten erhielten begleitend eine medikamentöse Behandlung. Offensichtliche Schwächen der Studie stellen einerseits die geringe Fallzahl dar, andererseits eine fehlende Kontrollgruppe, welche die Autoren durch das Wartelisten-Design sowie eine wöchentliche Messung der Depressionssymptomatik auszugleichen versuchten. Zudem wurden Teile der Ergebnisse durch Therapeuten und nicht verblindete Rater erfasst.

Ergebnisse sprechen für die Wirksamkeit der ST

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse dafür, dass ST für die Behandlung chronisch depressiver Personen ein wirksames Verfahren darstellt. Die Gültigkeit und Generalisierbarkeit der Ergebnisse muss jedoch aufgrund der geringen Qualität der Studien sowie der insgesamt geringen Fallzahlen an Patienten als eingeschränkt angesehen werden. Die berechneten hohen Effektstärken mit einem Cohen's $d > 1$ sind signifikant größer als bei vergleichbaren Psychotherapieverfahren wie KVT und CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), sodass insbesondere bei fehlender Kontrollgruppe davon auszugehen ist, dass die Werte überschätzt sind.

Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, die wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von ST zur Behandlung akut sowie chronisch depressiver Personen systematisch zu evaluieren. Zusammenfassend fanden sich positive Hinweise dafür, dass es sich bei der ST um ein wirksames Verfahren zur Behandlung Depressiver handelt. Allerdings ergeben sich für die Auswertung im Rahmen des Reviews eine Anzahl von Einschränkungen, die vornehmlich aus der Tatsache resultieren, dass ST, trotz ihrer wachsenden Beliebtheit, ein relativ neues Therapieverfahren darstellt und Studien sowohl zur empirischen Evaluation der theoretischen Grundlagen als auch zur klinischen Wirksamkeit nur sehr begrenzt vorliegen. Im Gegensatz zu Therapiestudien bei Persönlichkeitsstörungen wurden die Studien zur Behandlung depressiver Personen zwischen 2010 und 2014 durchgeführt und zwischen 2013 und 2016 veröffentlicht, obwohl das Therapieverfahren bereits seit Anfang der 1990er-Jahre in der aktuellen Form existiert. Es ist anzunehmen, dass in naher Zukunft weitere Therapiestudien folgen werden, da ST in der kli-

Tab. 1: Drei Therapiestudien, die den Kriterien der Qualitätsprüfung genügten

Autoren	Population	Studiendesign	Intervention	Wirksamkeit und Effektstärke	Studienqualität
Carter et al. 2013	Major Depression n = 100	Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)	Schema-Einzeltherapie 22 Sitzungen ambulant	Remission 40 – 50 % Recovery 50 – 56 % (MADRS, BDI-II)	hoch CONSORT Guidelines 82 %
Malogiannis et al. 2014	Chronische Depression n = 12	A-B-C Fallserie, Beobachtungsstudie	Schema-Einzeltherapie 60 Sitzungen ambulant	Remission 42 % Recovery 33 % Cohen's $d = 2,0$ (HamD)	gering TREND Guidelines 67 %
Renner et al. 2016	Chronische Depression n = 25	Multiple Random Baseline, modifiziertes Wartelisten- Design	Schema-Einzeltherapie 53 Sitzungen ambulant	Remission 35 % Recovery 67 % Cohen's $d = 1,30$ (BDI-II)	gering TREND Guidelines 57 %

nischen Praxis zunehmend auch bei der Behandlung von Achse-I-Störungen und besonders auch der Depression eingesetzt wird. Dies erklärt einerseits die geringe Anzahl der im Rahmen des aktuellen Reviews erfassten Studien und unterstreicht andererseits die Notwendigkeit, die vorhandenen Daten zur Vorbereitung weiterer Untersuchungen zu nutzen. Es war nicht möglich, wie zunächst geplant, nur randomisierte kontrollierte Studien in die systematische Auswertung einzuschließen. Studien ohne Kontrollbedingung sind deutlich anfälliger für Bias, es wurde jedoch durch die Verwendung geeigneter Qualitätserfassungsinstrumente versucht, Artefakte auf ein Mindestmaß zu reduzieren. Bedingt durch die Heterogenität der Daten war es anders als ursprünglich geplant ebenfalls nicht möglich, eine quantitative Synthese in Form einer Metaanalyse durchzuführen. Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass die in den Studien angegebenen Effektstärken von Cohen's $d > 1$, besonders aufgrund einer fehlenden Kontrollgruppe, Bias-behaftet und überschätzt sind.

Weiterentwicklung des Therapieverfahrens

Es lassen sich aber Vorgaben zur Weiterentwicklung des Therapieverfahrens für Studien bei chronisch Depressiven ableiten: Basierend auf den Ergebnissen von Carter et al. sollte ST mit einem indikationsspezifischen Komparator wie KVT oder bei chronischem Verlauf CBASP verglichen werden, wobei zur Erfassung differenzieller Therapieeffekte auf eine ausreichende Therapiedauer sowie ausreichend große Studienpopulation geachtet werden muss. Zudem sollte ein follow-up von mindestens sechs Monaten gewählt werden oder ein longitudinales Studiendesign, da die Daten Langzeiteffekte von ST bei chronisch Depressiven andeuten. Ein Ergebnis, das in Bezug auf die Rückfallprophylaxe mit den postulierten theoretischen Grundlagen vereinbar erscheint – „ohne Änderung depressionsfördernder Selbstschemata ist keine langfristige Heilung möglich“ [45, 76]. Hier wären Unterschiede zwischen Akutverfahren wie zum Beispiel der KVT und einem Verfahren wie der ST, das auf Veränderungen auf der Ebene basaler Kognitionen abzielt, anzunehmen. Allerdings gestaltet sich der Nachweis differenzieller Effekte in vergleichenden Psychotherapiestudien schwierig, ein Phänomen, das als „Dodo-Bird-Verdict“ bezeichnet und kontrovers diskutiert wird [77, 78, 79, 80]. Einige Autoren machen hierfür vor allem allgemeine Faktoren wie die therapeutische Beziehung als entscheidende Wirkfaktoren verantwortlich. Andere verweisen darauf, dass entsprechend einer Metaanalyse zur Detektion moderater Unterschiede, Fallzahlen von zirka 500 Patienten pro Therapiearm notwendig wären [81], weshalb von ihnen die Untersuchung der den Verfahren zugrunde liegenden Wirkfaktoren zur Optimierung psychotherapeutischer Behandlung als pragmatischer und zielführender erachtet wird [82, 83]. So erscheint eine ausreichend hohe Frequenz an Messzeitpunkten zur Beurteilung der Symptom schwere im Kontext des Therapieverlaufs wichtig, um Therapieeffekte und klinische Veränderungen besser interpretieren zu können. Putative Wirkfaktoren im Rahmen der schematherapeutischen Behandlung, wie die Reaktualisierung von Problemen, die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung sowie emotionsfokussierte Techniken könnten so in Bezug auf ihren

akuten, aber auch langfristigen Effekt auf die klinische Symptomatik einzeln evaluiert werden.

In unserem Institut verfolgen wir derzeit ein duales Vorgehen: So untersuchen wir Therapieverfahren klinisch im Vergleich auf ihre Wirksamkeit in einem randomisierten kontrollierten Studiendesign, versuchen aber zudem die neurobiologischen Korrelate und zugrunde liegenden Wirkmechanismen durch ergänzende Methoden der Grundlagenforschung zu identifizieren (ClinicalTrials.gov NCT03287362).

Fazit für die Praxis

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden drei Studien gefunden, die Hinweise auf die Wirksamkeit von Schematherapie in der Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Depressionen geben. Die Datenlage ist jedoch im Gegensatz zur gut belegten Wirksamkeit von Schematherapie bei Persönlichkeitsstörungen spärlich, sodass derzeit klare Empfehlungen für die klinische Praxis nicht ableitbar sind. Allerdings spricht die in Bezug auf mangelndes Ansprechen und Rückfälle aktuell nicht zufriedenstellende Versorgungssituation deutlich für die Notwendigkeit, etablierte Therapieverfahren durch eine gezielte Fokussierung auf die der Depression zugrunde liegenden Vulnerabilitätsfaktoren zu ergänzen. ST könnte dazu dienen, bei geeigneten Patienten längerfristige Therapieeffekte zu erzielen und Rezidive zu verhindern. Es bedarf dringend hochwertiger Studien im RCT-Design mit ausreichender Patientenzahl und gegebenenfalls auch longitudinalem Verlauf, um die Evidenz für die Wirksamkeit von Schematherapie zur Behandlung der Depression weiter zu belegen. Ergänzend wäre zur besseren Interpretation differenzieller Therapieeffekte eine genauere Kenntnis der zugrunde liegenden Wirkfaktoren von Schematherapie oder relevanter Mediatoren wünschenswert, ebenso wie eine empirische Evaluation der theoretischen Grundlagen und zentralen Techniken. □

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

Dr. med. Martin L. Rein

Dr. med. David Höhn

Prof. Dr. Dr. Martin E. Keck

Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und

Neurologie, Zentrum für Nervenheilkunde

Kraepelinstr. 2–10, 80804 München

E-Mail: mrein@psych.mpg.de

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. D. Höhn erklärt ein Honorar für die Dozententätigkeit am Institut für Schematherapie, München im Jahr 2018.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

CME-Fragebogen

Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen

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 04.01.2019:

NT1812uk

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/s15016-018-6218-y

? Welches folgende Leitlinienverfahren stellt den Goldstandard in der psychotherapeutischen Behandlung der Depression dar?

- Psychoanalyse
- Schematherapie
- Systemische Therapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Emotionsfokussierte Therapie

? Wie hoch ist das durchschnittliche Risiko nach erfolgreicher Therapie einer Depression in den nächsten zwei Jahren eine weitere depressive Episode zu erleiden?

- 10 – 20 %
- 25 – 35 %
- 40 – 50 %
- 60 – 70 %
- 80 – 90 %

? Wie hoch ist der Anteil depressiver Patienten, die trotz leitliniengerechter Therapie einen chronischen Krankheitsverlauf (Dauer der Beschwerden länger als zwei Jahre) entwickeln?

- Ein Zehntel (5 – 10 %)
- Ein Fünftel (15 – 20 %)
- Ein Drittel (25 – 35 %)
- Die Hälfte (40 – 60 %)
- Zwei Drittel (60 – 70 %)

? Für welche der folgenden Faktoren wurde ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines chronischen Therapieverlaufs bei Depressiven gefunden?

- Männliches Geschlecht
- Hoher sozioökonomischer Status
- Negative Umwelterfahrungen in der Kindheit und frühen Jugend
- Vor allem körperliche Depressions-symptome
- Hohe berufliche Belastung

? Schematherapie wurde als transdiagnostischer Ansatz zur Behandlung von Patienten entwickelt, die unzureichend auf kognitive Verhaltenstherapie ansprechen. Als welches Verfahren ist es zu verstehen?

- Verfahren, das vorwiegend psychoanalytisch und psychodynamisch arbeitet.
- Verfahren, das seinen therapeutischen Fokus auf die kognitive Umstrukturierung legt.
- Verfahren, das einen starken Fokus auf Achtsamkeitselemente in einem zenbuddhistischen Kontext legt.
- Verfahren der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, das eine emotionsfokussierte, integrative Erweiterung der kognitiven Verhaltenstherapie darstellt.
- Verfahren, das den Patienten vorwiegend durch stützende Gespräche zur Selbsthilfe anleitet.

? Das Ziel der Schematherapie ist es, „frühe maladaptive Selbstschemata“ zu heilen. Was versteht man darunter?

- Folgen eines frühkindlichen Hirnschadens
- Systematisierte Selbstverletzungen zur Spannungsreduktion
- Komplexe negative Erlebnismuster, die das Denken, Fühlen sowie Handeln beeinflussen und sich als Reaktion auf frühe negative Erfahrungen entwickelt haben
- Wahnideen mit nihilistischem Inhalt, die im Kindesalter auftreten
- Zwangsgedanken mit Ich-dystonem Charakter

? Wovon leitet sich die postulierte Rolle von negativen Selbstschemata an der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Episoden primär ab?

- „Stress-Vulnerabilitäts-Modell“ der Depression
- „Konzept der erlernten Hilflosigkeit“ bei Depressiven
- Konzept der „Hoffnungslosigkeits-Depression“
- „Stress-generation model“ der Depression
- „Narben-Hypothese“ der Depression



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.

? Was ist die wesentliche therapeutische Haltung in der Schematherapie?

- „Fördern und Fordern“
- Die „therapeutische Wippe“
- „Diszipliniertes persönliches Einlassen“
- Konsequente therapeutische Abstinenz
- „Begrenzte elterliche Fürsorge“

? Bei welchem der folgenden Krankheitsbilder liegt die beste wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit der Schematherapie vor?

- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Zwangsgedanken
- Chronische Depression
- Essstörungen

? Was gilt für die Wirksamkeit der Schematherapie bei chronisch depressiven Patienten?

- Ist weit geringer als die anderer indikationsspezifischer Verfahren wie CBASP(Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) oder kognitive Verhaltenstherapie.
- Ist hoch und wissenschaftlich durch eine Vielzahl an Studien im RCT(randomisierten kontrollierten Studien)-Design bewiesen.
- Ist durch Studien eindeutig widerlegt.
- Ist durch erste Studien angedeutet, jedoch können ohne weitere Untersuchungen noch keine eindeutigen Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden.
- Ist bisher nicht untersucht worden.

Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

► **Biologische Grundlagen bei ADHS und bipolarer Störung**

aus: NeuroTransmitter 10/2018
von: S. Kittel-Schneider
zertifiziert bis: 9.10.2019
CME-Punkte: 2

► **Pharmakotherapie der Suizidalität: Prävention oder Promotion?**

aus: NeuroTransmitter 7-8/2018
von: T. Bronisch
zertifiziert bis: 20.8.2019
CME-Punkte: 2

► **Aktuelle Entwicklungen in der psychologischen Kopfschmerztherapie**

aus: NeuroTransmitter 5/2018
von: T. Dresler, T. Klan, T. Kraya, P. Kropp
zertifiziert bis: 14.5.2019
CME-Punkte: 2

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.



Literatur

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* [Internet]. 2004 [cited 2017 Apr 18];291:2581. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15173149>
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994;51:8–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8279933>
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* [Internet]. 2003 [cited 2014 Nov 30];289:3095–105. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12813115>
4. Levinson DF. The Genetics of Depression: A Review. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 12];60:84–92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322305010139>
5. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 28];40:899–909. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719899>
6. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* [Internet]. Public Library of Science; 2013 [cited 2014 Jul 14];10:e1001547. Available from: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001547>
7. RC K. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* [Internet]. American Medical Association; 2004 [cited 2017 Apr 18];291:2581. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.291.21.2581>
8. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* (London, England) [Internet]. HM Stationery Office, London; 2012 [cited 2017 Apr 24];380:2197–223. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245608>
9. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2004 [cited 2017 Apr 18];184. Available from: <http://bjpp.rcpsych.org/content/184/5/386.short>
10. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* (London, England) [Internet]. Elsevier; 2018 [cited 2018 Apr 5];0. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29477251>
11. Huhn M, Tardy M, Spinelli LM, Kissling W, Förstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders. *JAMA Psychiatry* [Internet]. American Medical Association; 2014 [cited 2018 Apr 5];71:706. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2014.112>
12. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005;62:417–22. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=15809409
13. Guidi J, Tomba E, Fava GA. The Sequential Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of the Sequential Model and a Critical Review of the Literature. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 16];173:128–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26481173>
14. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. NIH Public Access; 2007 [cited 2017 Dec 15];75:475–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17563164>
15. Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* [Internet]. 2003 [cited 2018 Jan 28];361:653–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12606176>
16. Glue P, Donovan MR, Kolluri S, Emir B. Meta-Analysis of Relapse Prevention Antidepressant Trials in Depressive Disorders. *Aust New Zeal J Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 28];44:697–705. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636190>
17. Guidi J, Fava GA, Fava M, Papakostas GI. Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *Psychol Med* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 28];41:321–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20444307>
18. Hansen R, Gaynes B, Thieda P, Gartlehner G, Deveaugh-Geiss A, Krebs E, et al. Meta-analysis of Major Depressive Disorder Relapse and Recurrence With Second-Generation Antidepressants. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2008 [cited 2018 Jan 28];59:1121–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18832497>
19. Segal Z V, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 28];67:1256. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21135325>
20. Richards D. Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 28];31:1117–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21820991>
21. Kessler RC. Epidemiology of depression. In: H. Gotlib & C. L. Hammen, editor. *Handb Depress* [Internet]. New York: Guilford Press.; 2002 [cited 2017 Dec 20]. p. 23–42. Available from: <http://psycnet.apa.org/record/2002-01778-001>
22. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1991 [cited 2016 Feb 28];52 Suppl:28–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1903134>
23. Kupfer DJ. Management of recurrent depression. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1993 [cited 2016 Apr 3];54 Suppl:29–33–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8444832>
24. Lépine J-P, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2011 [cited 2016 Mar 14];7:3–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3131101&toол=pmcentrez&rendertype=abstract>
25. Keller MB, Hanks DL. Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 1995 [cited 2016 Apr 4];56 Suppl 6:22–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7649969>
26. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol*. NIH Public Access; 2007;75:475–88.
27. Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, Forneris C, Asher GN, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. British Medical Journal Publishing Group; 2015 [cited 2017 Dec 15];351:h6019. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26645251>
28. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *Can J Psychiatry* [Internet]. SAGE PublicationsSage CA: Los Angeles, CA; 2013 [cited 2017 Dec 28];58:376–85. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371305800702>
29. Keller MB. Long-term treatment of patients with recurrent unipolar major depression:

- vioural Group Therapy: A Naturalistic Pre-treatment and Post-treatment Design in an Outpatient Clinic. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2014;21:29–38. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/cpp.1813>
64. Sempértégui G a., Karreman A, Arntz A, Bekker MHJ. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;33:426–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
 65. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. John Wiley & Sons; 2009 [cited 2017 May 5];6:e1000097. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
 66. Alan Pearson, Faan F, White H, Hons FB, Bsn SS, Apostolo J, et al. A mixed-methods approach to systematic reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13:121–131.
 67. Gerber AJ, Kocsis JH, Milrod BL, Roose SP, Barber JP, Thase ME, et al. A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 28];168:19–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20843868>
 68. Kocsis JH, Gerber AJ, Milrod B, Roose SP, Barber J, Thase ME, et al. A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Compr Psychiatry* [Internet]. Elsevier Inc.; 2010;51:319–24. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X09000819>
 69. Thoma NC, McKay D, Gerber AJ, Milrod BL, Edwards AR, Kocsis JH. A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Cognitive-Behavioral Therapy for Depression: An Assessment and Metaregression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 28];169:22–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193528>
 70. Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D, et al. The Revised CONSORT Statement for Reporting Randomized Trials: Explanation and Elaboration. *Ann Intern Med* [Internet]. American College of Physicians; 2001 [cited 2017 Jan 30];134:663. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-134-8-200104170-00012>
 71. Boutron I, Moher D, Altman DG, Schulz KF, Ravaud P. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2008;148:295–309.
 72. Jarlais D, Don C. Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of ... *Am J Public Health*. 2004;94:361–6.
 73. Liebherz S, Schmidt N, Rabung S. How to assess the quality of psychotherapy outcome studies: A systematic review of quality assessment criteria. *Psychother Res* [Internet]. 2015;1–17. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10503307.2015.1044763>
 74. Malogiannis I a., Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014;45:319–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.02.003>
 75. Carter JD, McIntosh V V., Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* [Internet]. Elsevier; 2013;151:500–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034>
 76. McGinn L, Young JE. Schema-focussed Therapy. In: Salkovskis PM, Rachman S, editors. *Front Cogn Ther*. Guilford; 1998. p. 554.
 77. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry*. US: American Orthopsychiatric Association, Inc.; 1936;6:412–5.
 78. Luborsky L, Rosenthal R, Diguera L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt JT, et al. The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well-Mostly. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet]. Wiley/Blackwell (10.1111); 2006 [cited 2018 Mar 19];9:2–12. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1093/clipsy.9.1.2>
 79. Budd R, Hughes I. The Dodo Bird Verdict-controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2009 [cited 2018 Mar 19];16:510–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728292>
 80. Elliott K, Barker KK, Hunsley J. Dodo Bird Verdict in Psychotherapy. *Encycl Clin Psychol* [Internet]. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2015 [cited 2018 Mar 19]. p. 1–5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118625392.wbecpt053>
 81. Cuijpers P. Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evid Based Ment Heal* [Internet]. 2016;ebmental-2016-102341. Available from: <http://ebmh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/eb-2016-102341>
 82. Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* [Internet]. Taylor & Francis Group ; 2009 [cited 2018 Mar 20];19:418–28. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10503300802448899>
 83. Lemmens LHJM, Müller VNLS, Arntz A, Huibers MJH. Mechanisms of change in psychotherapy for depression: An empirical update and evaluation of research aimed at identifying psychological mediators. *Clin Psychol. Rev*. 2016.

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Depression: Pharmako- und Psychotherapie auf den individuellen Bedarf abstimmen

➔ Eine auf den einzelnen Patienten zugeschnittene Pharmako- und/oder Psychotherapie ist das, was eine adäquate Behandlung der Depression ausmacht.

Die Symptome der Depression rasch und nachhaltig zu lindern, den Patienten durch mögliche Nebenwirkungen wie sexuelle Dysfunktion und zunehmendes Gewicht möglichst wenig zu beeinträchtigen und zugleich die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen im Alltag zu lindern: Diese hohen Ansprüche sind an die Auswahl eines geeigneten Antidepressivums zu stellen. Die Therapie sollte auch das Funktionsniveau erhalten oder sogar verbessern.

Therapieassoziierte Nebenwirkungen wie Abstumpfung der Emotionen, Störungen der Sexualfunktion und Gewichtsanstieg unter serotonergen Antidepressiva sind nach den Worten von Professor David Castle, St. Vincent's Hospital Melbourne/Australien, häufige Gründe für Therapieabbrüche. „Wieder Gefühle, Motivation und Interesse erleben zu können, ist depressi-

ven Menschen sehr wichtig“, betonte der Experte.

Studiendaten belegen, dass Agomelatin (Valdoxan®) im Vergleich zu SSRI und SNRI zusätzlich zu seiner potenten antidepressiven Wirkung auch günstige Effekte auf das psychosoziale Funktionsniveau und das Erleben von Emotionen hat [Corruble E et al. *Int J Neuropsychopharmacol* 2013;16:2219–34; Martinotti G et al. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32:487–91]. Eine Metaanalyse ergab, dass bis zu 80% der Patienten unter SSRI-Therapie an sexuellen Funktionsstörungen leiden. Unter Agomelatin zeigte sich hingegen kein gegenüber Placebo erhöhtes Risiko für sexuelle Dysfunktion [Serretti A, Chiesa A. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:259–66].

Psychotherapie ist eine relevante Komponente einer leitliniengerechten Therapie, so Dr. Elif Cindik-Herbrüggen, Chefarztin am Neuro-Psychiatrischen Zentrum Riem, München. Um den Patienten möglichst schnell fundierte Hilfe anzubieten und die

Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu überbrücken, empfiehlt sie den Einsatz des Online-Therapieprogramms *deprexis*®24.

Ausschlaggebend für diese Empfehlung sei die gute Wirksamkeit, die das Programm in zahlreichen kontrollierten, randomisierten Studien gezeigt hat [Meyer B, Bültmann O. ECNP 2018, Poster P.770]. Das interaktive Programm vermittelt in einem dynamischen Dialog Informationen zur Depression sowie Übungen und Techniken zur Depressionsbewältigung. Nach den Erfahrungen von Cindik-Herbrüggen stellt die Nutzung des Online-Therapieprogramms eine effiziente Ergänzung zur ambulanten Psychotherapie dar. Außerdem kann es bei Patienten mit Hemmungen oder Vorbehalten gegenüber der Face-to-Face-Therapie überhaupt erst die nötige Therapiebereitschaft wecken.

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Integrating patient's expectations into management of their depression“; ECNP-Kongress, Barcelona, 7.10.2018; Veranstalter: Servier

Chronische Sialorrhö: Hoher Leidensdruck, obwohl gut therapierbar

➔ Zahlreiche neurologische Erkrankungen wie Parkinson oder Schlaganfall gehen mit einer Schluckstörung einher, die eine wesentliche Ursache für die Sialorrhö darstellt, den unkontrollierten Speichelfluss aus dem Mund. Diesem „Sabbern“ wird häufig als Begleiterscheinung keine große therapeutische Aufmerksamkeit geschenkt. „Sie wird aber“, weiß Professor Wolfgang Jost, Chefarzt Parkinson-Klinik Ortenau, Wolfach, und Neurozentrum Universitätsklinik Freiburg, „vom Patienten als ungemein stigmatisierend erlebt.“ Dabei sei die Sialorrhö durchaus gut behandelbar.

Auf einem von Merz veranstalteten „Meet the Experts“ während des Neurologen-Kongresses 2018 in Berlin erläuterte Professor Rainer Laskawi, Oberarzt HNO-Abteilung, Universitätsklinikum Göttingen, die Schluckstörung, die ursächlich für eine Sialorrhö ist. Die Schluckphasen müssen mit einem Verschluss der Atemwege koordiniert sein. „Dazu ist eine Feinabstimmung

der neuronalen und muskulären Abläufe im Mund- und Rachenraum erforderlich, die bei zahlreichen neurologischen Erkrankungen nicht mehr gegeben ist.“

Hinsichtlich der Stigmatisierung führte er eine Befragung von Parkinson-Patienten mit Sialorrhö an [Befragung von Parkinson-Patienten im Jahr 2018, durchgeführt von Petersen & Partner im Auftrag von Merz Pharmaceuticals GmbH]. Hierbei gaben 52% an, dass sie deshalb Gespräche vermeiden und 48% fühlten sich dadurch bei normalen Alltagsaktivitäten wie dem Einkaufen stark beeinträchtigt. Der Parkinson-Experte Jost verwies darauf, dass die Sialorrhö nicht nur einen sozialen Rückzug der Patienten zur Folge hat, sondern durch ein „Einlaufen des Speichels in die Atemwege eine Aspirationspneumologie induzieren kann“.

Therapeutisch wird als grundlegend – gemäß Leitlinie – die funktionelle Dysphagie-therapie (FDT) angesehen. Medikamentös

können systemisch Anticholinergika zum Einsatz kommen, die jedoch zumeist von kognitiven Nebenwirkungen begleitet sind.

Eine lokale Therapie zur Verminderung des Speichelflusses ist die ultraschallgestützte Injektion von Incobotulinumtoxin A in die großen Speicheldrüsen wie die Glandula parotis; sie hat keine systemischen unerwünschten Effekte. „Die Wirkdauer beträgt im Mittel drei bis vier Monate“, berichtete Jost. Die Wirksamkeit dieser Behandlung wurde jüngst in einer Phase-III-Studie belegt [Jost WH et al., *Neurology* 2018;90(15 Sup.): abs S2.007]. In den USA ist diese Behandlung bereits zugelassen, in Europa läuft das Zulassungsverfahren.

Reimund Frey

Meet the Experts: „Begleiterscheinungen neurologischer Erkrankungen: Chronische Sialorrhö – chronisch unterschätzt?“, DGN-Kongress 2018, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Merz Pharmaceuticals

Sichere Immunmodulation bei MS in Tablettenform

☞ Von Multipler Sklerose (MS) sind weltweit zirka 2,3 Millionen Menschen betroffen – Frauen häufiger als Männer. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand sind überwiegend autoreaktive T- und B-Zellen für die Entzündungsprozesse bei MS verantwortlich. Die Krankheit ist nach wie vor nicht heilbar und es besteht Bedarf an gut verträglichen, lange wirksamen Therapien. Die Behandlung zielt meist darauf ab, das Immunsystem zu modulieren. Dabei sind neben der Wirkung auch eine gute Verträglichkeit und Sicherheit für den Patienten von Bedeutung.

Eine Option können Cladribin-Tabletten (Mavenclad®) sein, die seit August 2017 in der EU zur Behandlung von hochaktiver, schubförmiger MS zugelassen sind und patientenfreundlich initial in zwei Kurzzeit-Behandlungsphasen im Abstand von einem Jahr verabreicht werden. Sie stellen eine lang wirksame und sichere Therapieform dar. Aufgrund der begrenzten Einnahmedauer eignet sich die Therapie mit Cladribin-Tabletten besonders für Patienten mit Kinderwunsch.

In Berlin präsentierte Professor Patrick Vermersch, Leiter der Neurologie an der Universität Lille, Frankreich, Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit von Cladribin-Tabletten aus einem Nachbeobachtungszeitraum von bis zu zehn Jahren.

Post-hoc-Analysen der Studie CLARITY EXTENSION ergaben, dass die Behandlung mit Cladribin-Tabletten (3,5 mg/kg) an insgesamt 20 Tagen innerhalb der ersten beiden Jahre, gefolgt von der Verabreichung von Placebo in den Jahren drei und vier genauso erfolgreich war wie eine durchgehende Behandlung mit Cladribin-Tabletten über vier Jahre hinweg. In beiden Gruppen betrug die Rate der schubfreien Patienten 71,2% [Giovannoni G et al. *Mult Scler* 2018; 24(12):1594–604], was laut Vermersch für eine „lang anhaltende Effektivität des Medikaments“ spricht. Gleichzeitig erwies sich die Therapie mit Cladribin-Tabletten über einen Zeitraum von bis zu zehn Jahren als sehr sicher. Weder war die Wahrscheinlichkeit, eine maligne Erkrankung zu entwickeln, durch Cladribin erhöht noch das Risiko für Infektionen, mit Ausnahme einem leichten Anstieg des Risikos für Herpes Zoster. Insbesondere dieser Punkt ist für Vermersch von großer Bedeutung: „Es ist großartig, dass wir gegen T- und B-Lymphozyten vorgehen und ihre Zahl reduzieren können, aber dennoch keine kontinuierliche Immunsuppression vorliegt.“

Dr. Lamia Özgör

Fachpressegespräch „Über Innovation hinaus: Neudefinition der Behandlungslandschaft bei MS“, ECTRIMS 2018, Berlin, 10.10.2018; Veranstalter: Merck Serono

Partielle Dopamin-D₂-Rezeptoragonisten: Vorteile für die Behandlung der Schizophrenie

☞ Die Therapie der Schizophrenie sollte zusätzlich zur Symptomkontrolle den Funktionsstatus und die Lebensqualität verbessern – Ziele, die sich durch neuere Antipsychotika mit D₂-partialagonistischer Wirkkomponente erreichen lassen.

Für viele Patienten und Angehörige sind alltagsrelevante Aspekte wie Erhalt der Selbstständigkeit, Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und der Fähigkeit, wieder klar denken zu können, sowie die Verbesserung der Lebensqualität neben der Vermeidung von Rückfällen und erneuten Krankenhauseinweisungen die wichtigsten

Therapieziele [Bridges JF et al. *Patient Adherence* 2018;12:63–70], berichtete Professor Rajiv Tandon von der University of Florida in Gainesville/USA, anlässlich des ECTRIMS-Kongress 2018 in Barcelona.

Trotz eines breiten Armamentariums an Antipsychotika könne diese Erwartung an eine Wiederherstellung des funktionellen Status oftmals nicht erfüllt werden, was der Experte primär auf therapieassoziierte Beeinträchtigungen und Nebenwirkungen wie extrapyramidale Symptome (EPS), Akathisie, Sedierung, Störungen der Sexualfunktion und Gewichtszunahme zurück-

Neuropathischen Schmerzen multimodal begegnen

Eine ausschließlich analgetische Behandlung bei Wirbelsäulensyndromen, Neuralgien und Polyneuropathien ist weder leitliniengerecht noch suffizient und beinhaltet zudem längerfristig ein steigendes Abhängigkeitspotenzial. Wichtig ist bei diesen Krankheitsbildern ein frühzeitiger multimodaler Therapieansatz. Der gleichzeitige Einsatz kausal wirksamer Substanzen wie Uridinmonophosphat (UMP), Vitamin B12 und Folsäure (Keltican® forte) unterstützt dabei körpereigene Reparaturprozesse und trägt dazu bei, Schmerzmittel einzusparen. „Aus eigener Erfahrung weiß ich sehr gut, dass Schmerzmittel zu schnell und vor allem zu lange verschrieben werden“, so Dr. Jörg Döhnert, Facharzt für Neurochirurgie in Leipzig. Beim Wirbelsäulensyndrom entstehen die neuropathischen Schmerzen in vielen Fällen durch degenerative Prozesse – es kommt zu erhöhten Druckbelastungen am Nerv und zu Schädigungen der Myelinscheide. Analgetika können an dieser Ursache nichts ändern. „Wir können aus der Schmerzspirale herauskommen, wenn wir nicht allein auf Analgetikaverordnung setzen“, so Döhnert. **red**

Nach Informationen von Trommsdorff

Vier Jahre pegyliertes Interferon

Mit Peginterferon beta-1a (Plegridy®) steht seit vier Jahren das erste pegylierte Interferon beta-Präparat zur Behandlung von Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) zur Verfügung. Studiendaten belegen mittlerweile den langfristigen klinischen Nutzen des Arzneimittels: 84,7% der Patienten blieben über fünf Jahre ohne Behinderungsprogression [Fiore D et al. *AAN* 2016; Poster P4.010]. Ergebnisse einer indirekten Vergleichsstudie zeigen zudem einen signifikant geringeren Anteil von Patienten mit Behinderungsprogression über zwei Jahre im Vergleich zu einer dreimal wöchentlichen Gabe von Interferon beta-1a (s.c.) [Coyle PK et al. *AAN* 2017; Poster P63]. Patientenfreundliche zweiwöchentliche Applikationsintervalle ermöglichen mehr Flexibilität und können gemeinsam mit dem positiven Nutzen-Risiko-profil zur Patientenadhärenz beitragen. **red**

Nach Informationen von Biogen

führt. Daher besteht noch ein hoher Bedarf an neuen Antipsychotika mit einem verbesserten Nutzen-Risiko-Profil. Studiendaten mit Aripiprazol in der einmal monatlich zu injizierenden Depot-Formulierung (Abilify Maintena®) zeigen, dass Antipsychotika neben einer Symptomreduktion auch die aus Patientensicht relevanten funktionellen Einschränkungen verbessern können. In der direkten Vergleichsstudie QUALIFY (QUALity of Life with Abilify Maintena®) schnitten die mit Aripiprazol-Depot behandelten Patienten in Bezug auf die mit der QLS (Heinrichs-Carpenter Quality of Life-Skala) gemessenen Faktoren „Lebensqualität“ und „Funktionalität“ besser ab als die mit Paliperidonpalmitat behandelten Patienten [Naber D et al. Schizophr Res 2015;168: 498–504].

Die Grundlage für das günstige Wirkprofil und die gute Verträglichkeit von Aripiprazol ist nach den Worten von Professor Christoph Correll, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité Berlin, das besondere Rezeptorbindungsprofil. Aripiprazol ist das erste Antipsychotikum, das als partieller Agonist an D₂- und an 5-HT_{1A}-Rezeptoren sowie als 5-HT_{2A}-Antagonist wirkt. D₂-Partialagonisten modulieren die dopaminerge Aktivität im Gehirn, ohne sie vollständig zu blockieren – ein wesentlicher Unterschied gegenüber reinen D₂-Antagonisten. Daher sind partielle Agonisten wie Aripiprazol insgesamt besser verträglich und haben ein geringeres Risiko für extrapyramidale Symptome und Prolaktinanstieg.

Ein noch weiter optimiertes pharmakologisches Profil mit einer im Vergleich zu Aripiprazol geringeren intrinsischen Aktivität und einer auf Placeboniveau liegenden Nebenwirkungsrate weist das in den USA bereits zugelassene orale Antipsychotikum Brexpiprazol (OPC-34712) auf. Der neue D₂-Partialagonist hat eine geringere intrinsische Aktivität an D₂-Rezeptoren und reduziert in Dosierungen von 1 bis 4 mg/Tag die Rückfallrate um 71 % gegenüber Placebo, und dies bei guter Verträglichkeit [Fleischhacker WW et al. Int J Neuropsychopharmacol 2017;20:11–21].

Abdol A. Ameri

Satellitensymposien „Dopamine D2 partial agonists in the treatment of schizophrenia – finding the right balance“, 31. ECNP-Kongress, Barcelona, 8.10.2018; Veranstalter: Lundbeck/Otsuka

8-Jahres-Daten aus CARE-MS I und -II veröffentlicht

Die 8-Jahres-Daten aus den Nachbeobachtungsstudien zu CARE-MS I und II bestätigen die lang anhaltende Wirksamkeit von Alemtuzumab auf Klinik und Bildgebung bei Patienten mit aktiver Multipler Sklerose (MS). Zudem zeigte sich über acht Jahre ein konsistentes Sicherheitsprofil.

Alemtuzumab (Lemtrada®) ist ein gegen CD52 gerichteter monoklonaler Antikörper. Laut Professor Luisa Klotz, Neurologie, Universitätsklinikum Münster, kommt es unter der Behandlung mit Alemtuzumab zu einer Depletion zirkulierender T- und B-Zellen, von denen man annimmt, dass sie

am Entzündungsprozess bei MS maßgeblich beteiligt sind.

Professor Tjalf Ziemssen, Neurologie des Universitätsklinikums Dresden, referierte 8-Jahres-Nachbeobachtungsdaten zu den Studien CARE-MS I und II. In den Kernstudien waren zwei im Abstand von zwölf Monaten aufeinanderfolgende Alemtuzumab-Behandlungsphasen randomisiert kontrolliert mit IFNβ-1a verglichen worden. Alemtuzumab erwies sich dabei als signifikant überlegen, sowohl klinisch (jährliche Schubrate) als auch hinsichtlich MRT-Bildgebung (Anteil Patienten mit neuen/sich vergrößernden T2- oder Gd-aufnehmenden Läsionen, sowie hinsichtlich des Hirnvolumenverlust) [Cohen JA et al. Lancet 2012; 380:1819–28; Coles AJ et al. Lancet 2012; 380:1829–39].

Die Patienten, die an den offenen Verlängerungsstudien teilnahmen, konnten nach Bedarf weitere Behandlungsphasen mit Alemtuzumab oder einem anderen krankheitsmodifizierenden Medikament (DMD) erhalten. Die mit Alemtuzumab behandelten Patienten hatten Ziemssen zufolge während des gesamten achtjährigen Studienzeitraums eine geringe jährliche Schubrate sowie überwiegend konstante oder verbesserte EDSS-Werte. Die Mehrheit war im achten Jahr schubfrei. Die meisten Patienten erhielten im gesamten Nachbeobachtungszeitraum nach den zwei initialen

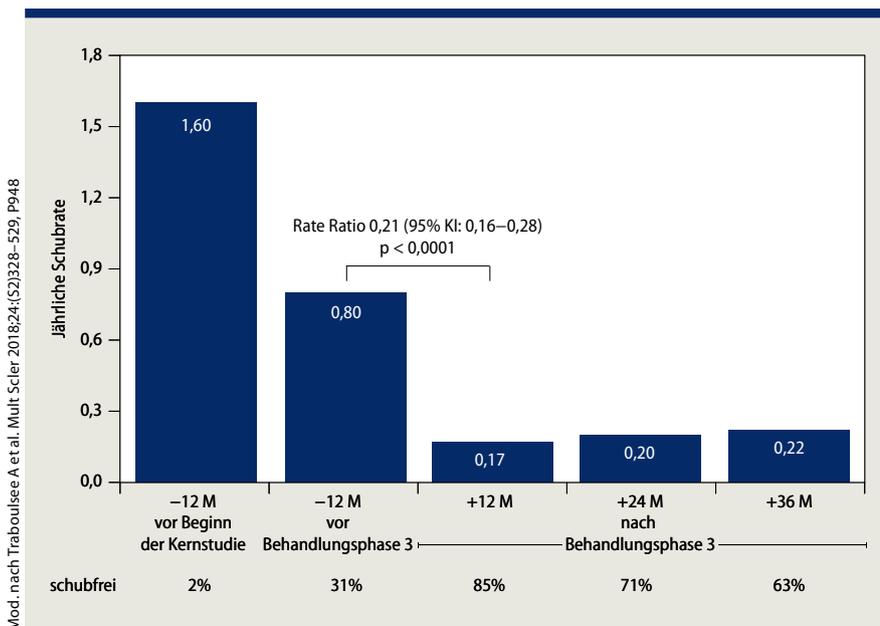


Abb. 1: Jährliche Schubrate bei Patienten mit dritter Behandlungsphase. M = Monate davor (-) oder danach (+).

Mod. nach Traboulsee A et al. Mult Scler 2018;24(52):328–529, P948

Behandlungsphasen keine weitere Behandlung mit Alemtuzumab oder einem anderen DMD. [Comi G et al. *Mult Scler* 2018;24:(S2)530–737, P1235; Singer BA et al., *Mult Scler* 2018;24:(S2)328–529, P913]. Auch bei der Mehrheit der Patienten, die nach den beiden initialen Behandlungsphasen erneut mit Alemtuzumab behandelt worden waren, konnte durch diese erneuten Behandlungsphasen Schubfreiheit erreicht werden (**Abb. 1**) [Traboulee A et al., *Mult Scler* 2018;24:(S2)328–529, P948; Schippling S et al. *Mult Scler* 2018;24:(S2)121–327, P628].

„Patienten, die nach den zwei Behandlungsphasen noch Krankheitsaktivität zeigen, können von zusätzlichen Behandlungsphasen profitieren“ resümierte Ziemssen. Alemtuzumab weist Ziemssen zufolge somit ein konsistentes Sicherheitsprofil auf, sowohl in klinischen Studien als auch unter Real-World-Bedingungen.

Dr. Thomas Heim

Industriesymposium „Qual der Wahl oder Luxusproblem? Patientenbedürfnisse in einer komplexen Therapielandschaft“, Neurowoche 2018, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Sanofi-Genzyme

Morbus Parkinson: Positive Effekte bei Umstellung auf Opicapon

➔ Aktuelle Post-hoc-Analysen der BIPARK-I-Studie, die mit der BIPARK-II-Studie zur Zulassung von Opicapon für die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Morbus Parkinson und motorischen Fluktuationen geführt hatte, belegen unter anderem positive Effekte, wenn in diesem Stadium eine Umstellung von Entacapon auf Opicapon (Ongentys®) oder eine Neueinstellung auf Opicapon erfolgt.

So bewirkte die Neueinstellung beziehungsweise die Umstellung von Placebo auf Opicapon am Ende der Doppelblindphase innerhalb der einjährigen offenen Nachbeobachtung eine relevante Reduktion der Behinderungen sowohl in motorischen als auch in nicht motorischen Bereichen [Ehret R et al. 91. DGN-Kongress 2018, Abstr. & Poster IP344]: Die Scores im Teil III (Motorik) und im Teil II (Aktivitäten des täglichen Lebens) der UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) nahmen jeweils signifikant ab (je $p < 0,001$, $n = 99$). Die Umstellung von Entacapon auf Opicapon reduzierte signifikant die Rate an Behinderungen in motorischen Bereichen (Teil III: $p = 0,0016$, $n = 100$).

Wie eine weitere Post-hoc-Analyse ergab, nahm die Häufigkeit von dopaminergen Nebenwirkungen nach Umstellung von Entacapon auf Opicapon zu [Ceballos-Baumann A et al. 91. DGN-Kongress 2018; Abstr. & Poster IP 201]. Die häufigste Nebenwirkung nach dem Switch am Ende der Doppelblindphase waren Dyskinesien (20%), die sich jedoch durch Reduktion der Levodopa-Dosis gut kontrollieren ließen. Am

Ende der offenen Nachbeobachtung lag die Dyskiesierate nur noch bei 4%. Die Ergebnisse deuten nach Ansicht der Studienautoren auf eine gesteigerte dopaminerge Stimulation unter Opicapon hin. Sie halten eine frühe „Follow-up-Visite“ nach Beginn der Opicapon-Therapie für sinnvoll, um eine eventuell erforderliche Levodopa-Dosisanpassung rechtzeitig vornehmen zu können.

Nach einer dritten Analyse führte Opicapon auch bei Parkinson-Patienten mit kürzlich beginnenden motorischen Fluktuationen (innerhalb der letzten zwei Jahre vor Studienbeginn) zu einer Verbesserung in motorischen und nicht motorischen Bereichen [Ebersbach E et al. 91. DGN-Kongress 2018; Abstr. & Poster IP 342]. In dieser Subgruppe ($n = 70$) nahmen – ebenso wie in der Gesamtgruppe ($n = 115$) – die Mittelwerte des UPDRS-III- sowie des UPDRS-II-Scores unter Opicapon von Baseline bis zum Ende der Doppelblindphase jeweils deutlich ab (UPDRS-III: $-4,7$ bzw. $-4,5$; UPDRS-II: $-3,4$ bzw. $-3,0$). BIPARK-I war eine multinationale, multizentrische, doppelblinde, 14- bis 15-wöchige Studie zum Vergleich von Placebo, Entacapon und Opicapon, gefolgt von einer einjährigen, offenen Nachbeobachtung, in der alle Patienten Opicapon erhielten.

Petra Eiden

Symposium „Moderne Parkinson-Therapie – mehr als Medikamente?“ & Postersitzung „Parkinson-Syndrome II“, 91. DGN-Kongress, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: BIAL Deutschland

G-BA attestiert Zusatznutzen in der Indikation Schizophrenie

Der G-BA hat dem Antipsychotikum Reagila® (Cariprazin) einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen gegenüber den bisherigen Standardtherapien bei Patienten mit überwiegender Negativsymptomatik bescheinigt. Reagila® ist seit Einführung des AMNOG-Verfahrens zur frühen Nutzenbewertung im Jahre 2011 das erste Arzneimittel, das sich durch einen therapielevanten Zusatznutzen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen auszeichnet. „Das ist eine wichtige Anerkennung des nachgewiesenen klinischen Nutzens von Reagila®, so Claudia Hahn, Recordati Pharma. „Bei psychischen Erkrankungen ist die Messlatte für die Nutzenbewertung für neue Arzneimittel besonders hoch, da es keine harten, physikalisch messbaren Endpunkte gibt.“ Maßgeblich für diese positive Bewertung eines Zusatznutzens im Rahmen der frühen Nutzenbewertung nach § 35a SGB V waren die in einer direkten Vergleichsstudie gezeigten patientenrelevanten Vorteile von Cariprazin gegenüber Risperidon bei der Langzeitbehandlung von schizophrenen Patienten mit überwiegender Negativsymptomatik. **red**

Nach Informationen von Recordati

Nutzenbewertung für Oromukosalspray bei Spastik

Der G-BA hat den Beschluss zur Nutzenbewertung des cannabinoidhaltigen Oromukosalsprays Sativex® veröffentlicht. Darin bescheinigt er Sativex® einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen für die mittelschwere bis schwere Multiple Sklerose-induzierte Spastik. **red**

Nach Informationen von Almirall

Zusatztherapie bei LGS

Die Europäische Kommission hat die Zulassung des Antiepileptikums Inovelon® (Wirkstoff: Rufinamid) als Zusatztherapie für die Behandlung von Anfällen bei Lennox-Gastaut-Syndrom (LGS) auf Patienten ab einem Jahr erweitert. LGS ist eine der schwersten und behandlungsschwierigsten Epilepsieformen mit Beginn im Kindesalter und erfordert oft die Einnahme mehrerer Antiepileptika in Kombination. **red**

Nach Informationen von Eisai

Journal

Der Arzt als Universalist

Marguerite Yourcenars Roman „Die schwarze Flamme“

„Im Zentrum des Romans „Die schwarze Flamme“ steht die Lebensgeschichte des Arztes, Alchimisten, Freidenkers und Philosophen Zenon, die eine Art Amalgam ist aus Erasmus von Rotterdam, Leonardo da Vinci und Paracelsus“ (Köpf).



© Jag. cz / Adobe Stock

54 Psychopathologie in Kunst & Literatur

Marguerite Yourcenar

Am Anfang stand der 40-seitige Entwurf, nach 40 Jahren der Roman „Die schwarze Flamme“. Gelang der amerikanischen Schriftstellerin damit ein Lebenswerk, ruhmegleich dem Roman „Ich zähmte die Wölfin“? Die Meinungen gehen auseinander.

58 NEUROTRANSMITTER-GALERIE

Bodyscan in München

Die ERES-Stiftung bietet erneut eine großartige Ausstellung: Die fantastische Reise durch die wissenschaftliche und künstlerische Geschichte der Anatomie. In 56 Exponaten spiegelt *Bodyscan* die Sichtweisen auf den menschlichen Körper.

Marguerite Yourcenar (1903 – 1987), belgisch-französischer Abstammung, wurde als Marguerite Antoinette Jeanne Marie Ghislaine Cleenewerck de Crayencour in Brüssel geboren. Ihr Name „Yourcenar“ ist ein Anagramm. Sie war die erste Frau, die 1980 in die Académie française aufgenommen wurde. Weltruhm erlangte sie mit ihrer Biografie des römischen Kaisers Hadrian, die in Deutschland 1953 unter dem Titel „Ich zähmte die Wölfin“ erschienen ist, und bis heute sowohl wissenschaftlich als auch poetologisch als maßstabgebend erachtet wird. Ihre Erzählung „Le Coup de grâce“ (1939) wurde 1976 von Volker Schlöndorff unter dem Titel „Der Fangschuss“ mit Margarethe von Trotta und Mathias Habich in den Hauptrollen verfilmt. Yourcenars Werk bekommt nicht ausnahmslos Anerkennung, es gibt auch verhaltene Einwände zu ergründen.

Marguerite Yourcenars Mutter starb im Kindbett, weshalb Marguerite von ihrer Großmutter aufgezogen wurde. Schon früh begleitete sie ihren Vater auf seinen Reisen quer durch Europa. Nach seinem Tod (1929) begann sie mit ersten Schreibversuchen und führte ein Nomadenleben, das sie bis ins hohe Alter fortsetzte. Aufsehen erregte sie mit dem Roman „Alexis oder der vergebliche Kampf“ (1929), einem in Briefform geschriebenen Bekenntnis eines Musikers zur Homosexualität. Die Zeichnung der Personen orientierte sich an lebenden Vorbildern aus ihrem unmittelbaren Verwandtschafts- und Freundschaftskreis. Yourcenar verliebte sich zu dieser Zeit in ihren Herausgeber André Fraigneau (1905 – 1991), der jedoch homosexuell war und sie zurückwies, was sie in ihrem 1935 veröffentlichten Prosagedicht „Feux“ verarbeitet und sie zum Outing ihrer eigenen lesbischen Neigung brachte.

1937 lernte sie die amerikanische Professorin Grace Frick kennen, mit der sie durchaus spannungsreich bis zu deren Tode 1979 auf Mount Desert, einer kleinen Insel vor der neuenglischen Küste, zusammenlebte. Frick stand der zu Depression und Hypochondrie neigenden Yourcenar nicht nur emotional, sondern vor allem auch finanziell und als Übersetzerin bei und veranlasste ihre amerikanische Staatsbürgerschaft (1947). In den Jahren 1980 bis 1986 war der erheblich jüngere Amerikaner Jerry Wilson der ständige Begleiter der Schriftstellerin. Von 1942 bis 1953 unterrichtete sie französische Literaturwissenschaft am Sarah Lawrence College in New York.

An dem Roman „Ich zähmte die Wölfin“ schrieb Marguerite Yourcenar von 1924 bis 1927, von 1934 bis 1939 und nach dem Verlust von Manuskriptteilen noch einmal in den Jahren 1948 bis 1950, in denen sie historische Recherchen unternahm. Mit der schließlich 1951 veröf-

fentlichten fiktiven Autobiografie Hadrians gelang ihr der internationale Durchbruch. Neben ihren eigenen Romanen, Essays, Theaterstücken und Artikeln veröffentlichte Yourcenar Übersetzungen von Romanen, Gospels und Kindergeschichten aus Indien vom Englischen ins Französische, ebenso altgriechische Gedichte. Als Vegetarierin und Tierschützerin animierte sie Brigitte Bardot zu ihrer Kampagne gegen die Robbenjagd in Kanada.

Yourcenar erhielt zahllose Preise und Ehrungen. Sie starb am 17. Dezember 1987 in Northeast Harbor in Maine/USA; 1996 wurde ein Asteroid nach ihr benannt.

„Die schwarze Flamme“ – beinahe ein Lebenswerk

Den Roman „Die schwarze Flamme“ („L'Œuvre au noir“) veröffentlichte Marguerite Yourcenar 1968. Vorausgegangen war eine ungewöhnlich lange



© Jag_cz / Adobe Stock

Entstehungsgeschichte, die auf die bereits 1934 veröffentlichte Novelle „La Mort conduit l'attelage“ zurückgeht. Abgesehen davon ist auch der deutsche Titel ungenau, denn „Opus nigrum“ („L'Œuvre au noir“) bezeichnet das alchemische Werk, das im Zusammenhang mit dem „Stein der Weisen“ zu verstehen ist. Yourcenar hat an dem 1988 von André Delvaux verfilmten Roman an die 40 Jahre lang gearbeitet. Dieter Wimmers spricht sogar von ihrem Lebenswerk: „Als sie Anfang 20 war, hatte sie einen Entwurf von 40 Seiten geschrieben, der sich in dem ersten Teil wiederfindet. 1935 erschien eine Erzählung zu demselben Thema, die sie später in ihren Roman integrierte. In den 1950er-Jahren fügte Yourcenar einzelne Kapitel des ersten Teils hinzu. Sie vollendete ihren Roman zwischen 1962 und 1965.“

Im Zentrum des Romans steht die Lebensgeschichte des Arztes, Alchimisten, Freidenkers und Philosophen Zenon, die eine Art Amalgam ist aus Erasmus von Rotterdam, Leonardo da Vinci und Paracelsus. Vor dem Hintergrund zeitgeschichtlicher Ereignisse des 16. Jahrhunderts wird ein weitgefächertes Bild der Renaissance entwickelt, in dem auch historische Figuren auftreten, wobei Yourcenar in ihrem ausführlichen Nachwort etwaige historische Unschärfen gegenüber den tatsächlichen Ereignissen zu rechtfertigen versucht. Der Name Zenon verweist in diesem an Verweisen überbordenden Werk auf Zeno, den Bischof von Verona in der ersten Hälfte des vier-

ten Jahrhunderts. An ihn geknüpft sind Legenden, die seine Fürsorge für Arme und Kranke sowie seine Standhaftigkeit gegenüber dem Arianismus preisen.

Grand Tour durch ein Jahrhundert

Dreh- und Angelpunkt ist das flandrische Brügge des 16. Jahrhunderts mit seinen Grachten, Kanälen, rostbraunen Backsteinhäusern, den steilen Giebeln und den geheimnisvollen Winkeln. Dorthin kehrt der Arzt Zenon nach 30 Jahren Reisetätigkeit an den Ort seiner Jugend zurück. In Brügge wurde Zenon im Jahre 1510 als uneheliches Kind geboren. Sein Vater, ein Amtsträger der Kirche, wird einige Jahre später in Rom ermordet. Seine Mutter begibt sich nach Münster, gerät in die Wirren der Reformationsbewegung, es kommt zu einem Massaker durch einrückende Soldaten, und Zenons Mutter wird hingerichtet. Jetzt trifft Zenon den Bader Johannes Myers wieder, mit dem er seinerzeit die Biografie des Doktor Sebastian Theus und damit sein „Tarn-Ich“ erfunden hat. Doch Kathrin, die Dienerin Myers', vergiftet ihren Dienstgeber mit einer Substanz aus Zenons Besitz, um den Alchimisten zum Erben Myers' zu machen. Zenon, inzwischen über 50 Jahre alt, stiftet sein Erbe einem Hospiz, wo er sich auch als Arzt niederlässt. Er führt kluge philosophische Dialoge mit dem Prior, den er schließlich pflegt, seinen dringenden Rat zur Flucht aber ignoriert.

Auch nach dem Tod des Priors ist Zenon nicht bereit, seine freidenkerischen Worte und Schriften zu widerrufen.

Noch einmal gerät er in Konflikt mit der herrschenden Kirche und wählt den Freitod, um sich der irdischen Gerichtsbarkeit und der Inquisition zu entziehen.

Der Roman ist gewissermaßen eine Grand Tour durch ein Jahrhundert der Unruhen und Umbrüche. Er beginnt mit einem Aufbruch, der Richard Friedenthal an Eichendorffsche Taugenichtse und Wandergesellen erinnert: Zwei junge Burschen, Vettern aus dem gleichen flämischen Bankhaus wandern in die Weite. Der eine, ein typischer Draufgänger, will nach Italien in den Krieg, wo ihm der Leser später wieder begegnen und seinen ebenso frühen wie sinnlosen Tod erleben wird. Der andere jedoch hat Höheres im Sinn: Zenon will forschen, die „Elementa spekulieren“, wie es bei Thomas Mann heißt, die Geheimnisse des Feuers aufdecken, wozu ihm die zeitgenössische Wissenschaft so wichtig ist wie die Alchemie. Zenon ist ein „uomo universale“, Alchimist, Arzt, zeitweilig sogar Mode- und Hofarzt, dazu aber auch Medicus für die Armen und Elenen. Der Leser folgt ihm auf seinen ausgedehnten, abenteuergesättigten Reisen durch ganz Europa, vom Nordkap bis in die Levante. Und was nicht im Detail geschildert werden kann, das wird durch Rückblenden und Zusammenfassungen eingeholt, die sich auch auf das stützen, was vom Hörensagen herrührt.

Der Universalist Zenon versteckt sich hinter Pseudonymen, um ungestört seinen Studien frönen zu können, aber er ist auch ständig bedroht durch Gesetz und Inquisition, denn er überschreitet bisweilen mit seinem Wissendrang die Grenzen des Schicklichen und Erlaubten. Magie und Wissenschaft liegen eng zusammen, sind zwei Seiten einer Medaille, Philosophie und Naturwissenschaft heben Dichotomien auf und begegnen sich in einem Dritten, das Dürers „Melencolia“ am anschaulichsten fasst.

Die Hauptfigur Zenon führt uns in dem Roman „Die schwarze Flamme“ wie ein Cicerone durch die Epoche, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie den wichtigsten Persönlichkeiten ihrer Zeit begegnet und deren maßgebliche Einflüsse auf ihr Säkulum sichtbar macht. Gleichviel ob Pest oder sexuelle Ausschweifungen, philosophische Spekulation oder naturwissenschaftliches Experiment: Es wird

kaum etwas ausgelassen. Aus den im Anhang gewissenhaft aufgeführten Quellen schöpft Marguerite Yourcenar reichlich und gekonnt, und sie dreht und wendet sie bisweilen so geschickt, dass sie in die Fugen zwischen Fiktion und Fakten passen. Medizinhistorisch ist dies allemal von großem Interesse, weil es zeigt, aus welchen Quellenflüssen sich im Laufe der Jahrhunderte eine Wissenschaft gespeist hat und wie wir in unserer Gegenwart immer wieder auf fein verborgene Reste – gerade aus der Renaissance – dessen treffen, dem wir in Dankbarkeit und Bewunderung verbunden sein sollten.

Man nehme ... – nach bewährtem Rezept?

Wir haben es vordergründig also mit den Genre des historischen Romans zu tun, von dem die österreichische literarische Online-Zeitung „sandammer.at“ sagt: „Historische Romane verpacken Personen und Ereignisse vergangener Zeitalter in spannende, philosophische oder auch gefühlbetonte literarische Gewänder und zerreißen solcherart die Nebel des Vergessens, welche entschwundene Jahrhunderte umhüllen, bis zu einem gewissen Grad. Sehr gute historische Romane lassen alte Zeiten spürbar, greifbar werden, hauchen ihnen Leben ein und lassen sie vor den Augen des Lesers Gestalt annehmen. Sie machen längst Verklungenes wieder hörbar und gestatten Einblicke in untergegangene Gesellschaftsstrukturen; und sei es nur für die Dauer der Lektüre.“ Ein Textbeispiel mag dies veranschaulichen: „*Man lud ihn zu Gelagen ein, bei denen er nur klares Wasser trank, und die Mädchen im Bordell gefielen ihm so gut, wie einem Feinschmecker eine Schüssel mit verdorbenem Fleisch. Man war sich über seine Schönheit einig, aber seine schneidende Stimme jagte Angst ein, das Feuer seiner dunklen Augen faszinierte und stieß zugleich ab. Fantastische Gerüchte über seine Geburt waren in Umlauf; er widerlegte sie nicht.*“ Doch was zum Vorteil gereicht, das wird erzählerisch oft unter der Hand zugleich zum Nachteil, wenn die Gewichte verschoben werden und

vor lauter historischer Quellenlust und Schilderungsfreude Erzählstrategie und Leserkapazität vernachlässigt werden. Yourcenar gerät hier in eine bedenkliche Nähe zu dem, was ihr erfolgreich in ihrer Hadrian-Roman-Biografie „Ich zähmte die Wölfin“ höchste Anerkennung be-

„Sehr gute historische Romane lassen alte Zeiten spürbar, greifbar werden, hauchen ihnen Leben ein und lassen sie vor den Augen des Lesers Gestalt annehmen.“

schert hat: Sie greift zu einer Rezeptur: „Man nehme“, weil sie glaubt, sich auf die bewährten Ingredienzien verlassen zu können. Doch gilt auch hier die alte literarische Regel: Der Gegenstand bestimmt die Methode. Deshalb auch wurden bei aller Anerkennung verhaltene Einwände laut.

Die differenzierteste und zugleich profundeste Kritik an dem Roman Yourcenars stammt von Richard Friedenthal, dem Autor der erfolgreichen historischen Biografien „Goethe“, „Luther“ und „Entdecker des Ich. Montaigne-Pascal-Diderot“. Bei allem Respekt gegenüber der stupenden Bildung der Autorin, der Gelehrtheit des Werkes, seinen zahlreichen Allusionen und Referenzen von Luther, Calvin, Hieronymus Bosch über Tycho Brahe bis hin zu Kopernikus und Giordano Bruno bemängelt Friedenthal, der Figur des Arztes Zenon werde zu viel aufgeladen: „Wir sollen die Ängste und Zweifel des Übermenschen und Zukunftsmannes nachvollziehen, seine religiösen Skrupel, die Auseinandersetzung zwischen Mittelalter und Neuzeit, den heimlichen Revolteur im Kampf mit der Autorität und der stumpfen bürgerlichen Gegenwart. (...) Wir hören meist nur gerüchtweise von den geheimnisvollen Taten und Gedanken, dem furchtbaren „Atheismus“ des Neuerers, der Katholizismus wie Protestantismus ablehne, aber sich weislich still verhält in seiner Anonymität.“ Die „Schwarze Flamme“ sei durchaus lesenswert und vielfach belehrend, bunt, aber eben auch grau, zu reichhaltig an Begebenheiten und belastet mit der durchaus edlen Absicht, „ein Weltbild zu schaffen, das sich von 1491 bis 1941 spannt.“ Auf so

weiter Strecke halte die Spannung nicht durch. Als besonders gelungen gilt nach Friedenthal das Romanende, als es um den Kampf der Geusen gegen die spanischen Besatzungstruppen geht. Da zeige Yourcenar ihre Begabung zum spannungsreichen Erzählen hin auf ein melancholisches Ende. Prozess und Selbstmord Zenons schließlich seien die stärksten Kapitel überhaupt. Eine kühne erzählerische Finte zeigt Friedenthal in ihrer Am-

bivalenz, wenn Yourcenar versucht, via Medizin, Philosophie, Religionsgeschichte, Chemie und Physik das 16. mit dem 20. Jahrhundert in Beziehung zu setzen: „Zenon, der Alchimist, dreht in Gedanken die Jahreszahl 1491 an der Balkendecke seines Zimmers um, bis daraus 1941 wird, ein Jahr, in dem laut Anhang die Schriftstellerin bereits mit Vorarbeiten für dieses Werk beschäftigt war. Und das führt zur Unsicherheit über den Zeitbegriff überhaupt: „Das Gefühl der Sicherheit, fest auf einem Zipfel belgischen Bodens zu ruhen, war ein letzter Irrtum (...). Zenon selber zerstreute sich wie Asche im Wind.“ Ein gefährlicher Satz, denn sollten wir nicht einen Roman über das 16. Jahrhundert lesen?“

Obgleich Marguerite Yourcenar ihre umfangreiche Korrespondenz sorgfältig archiviert hat, war sie mit Auskünften über ihr Privatleben äußerst zurückhaltend und hat viele Dokumente vernichtet oder für Jahre gesperrt. Die Pariser Journalistin Josyane Savigneau hat dennoch das Kunststück fertiggebracht, aus persönlichen Gesprächen, Briefen und Aussagen von Zeitgenossen ein höchst lesenswertes und lebendiges biografisches Porträt zu verfassen, das 1993 in deutscher Übersetzung erschienen ist. □

Literatur beim Verfasser

AUTOR

Prof. Dr. Gerhard Köpf
Ariboweg 10, 81673 München
E-Mail: aribo10web.de

Eine fantastische Reise durch Körper- und Kunstgeschichte

Kein Bereich der Medizin hat so viele Kontaktstellen zur Kunst wie die Anatomie. Nicht nur Ärzte benötigten spätestens seit der Renaissance zum Studium und zur Berufsausübung anatomisch korrekte Darstellungen des menschlichen Körpers, auch im Kanon der Künstlerausbildung wurde ein intensives Studium der Anatomie Voraussetzung, zum Begreifen eines der wichtigsten Motive der Kunst, des Menschen.



Cinematic-Rendering-Darstellung der Nervenfasern im Gehirn
auf Basis von Magnetresonanzdaten



Josef Knolls „Großer Korallenbaum“, 17. Jahrhundert, Privatbesitz, Courtesy Kunstammer Georg Laue, München/London, und Meret Oppenheims „Handschuhpaar“, Parkett No. 4, 1985

Bis zum 20. Jahrhundert versuchten Künstler den menschlichen Körper möglichst akkurat zu verbildlichen. Als Kunst jedoch abstrakt, surreal, konzeptuell und performativ wurde, kamen viele neue Facetten hinzu. Ähnlich große Umbrüche wie in der Kunstgeschichte gab es auch in der medizinischen Forschung und Bildgebung. Stand seit Vesalius die makroskopische Anatomie des Körpers bis weit in das 19. Jahrhundert im Vordergrund, entfernt sich die Wissenschaft heute immer mehr von den biologischen Strukturen des Menschen, die mit bloßem Auge zu sehen sind. In der mikroskopischen Anatomie erschafft jetzt Gentechnik ein Körperbild, das sogar die Zukunft abzubilden vermag.

Aus zwei mach ein Kunstwerk

Der ERES-Stiftung in München ist wieder einmal eine großartige Ausstellung gelungen, die den Besuchern eine fantastische Reise durch die wissenschaftliche und künstlerische Geschichte der Anatomie von der Renaissance bis heute ermöglicht. In 56 Exponaten spiegelt *Bodyscan* die Sichtweisen auf den menschlichen Körper. Ein naturgemäß begrenzter, aber nicht minder spannender Blick wird auf verschiedene bedeutende künstlerische Positionen zu Körper und Körperwahrnehmung gewährt. Die Zweiteilung in künstlerischen und medizinischen Zugang zur Anatomie allerdings versucht die Ausstellung aufzubrechen, wo es nur geht, beziehungsweise als ineinandergreifend zu präsentieren.

Im Eingangsbereich empfängt den Besucher ein Vesalius-Faksimile eines 1543 in Basel gedruckten ersten „Anatomie-Atlases“. Ausgestattet mit eleganten, allegorischen Holzschnitten, die sensationell detailreiche Bilder des menschlichen Körpers zeigen – erstmals durch das direkte Studium von menschlichen Leichen gewonnen – avancierte seine Kurzfassung, die *Epitome*, rasch zum Standardbuch für Mediziner. Schließlich geraten, neben zeichnerischen Abbildungen des menschlichen Körpers mit den jeweiligen Mitteln der Zeit, erlesene Modelle von Körpern und einzelner Körperteile ins Blickfeld: Solch anatomische Objekte, wie Nachbildungen des Auges, handgroße, filigrane Elfenbeinmodelle einer Schwangeren und mehr, wurden in den Wunderkammern großer Fürstenhäuser leiden-



© Josef Knoll / Foto: Thomas Dashuber

Franz Xaver Nißls „Acht Anatomische Relieftafeln“, 1780, Privatbesitz, Courtesy Kunstammer Georg Laue, München/London, und Josef Knolls „See you all“, 2014, Privatsammlung

schaftlich gesammelt. Mit einem Augenzwinkern verbindet der kuratorische Ansatz diesen wissenschaftlichen Blick auf die Anatomie mit Werken moderner Künstler und präsentiert einen Korallenbaum aus Sizilien aus dem 17. Jahrhundert, der an das arterielle System erinnert, und ein Handschuhpaar der „Muse der Surrealisten“ von Meret Oppenheim. Letzteres kehrt wie Dr. Anuschka Koos und Tobias Gingele (Eres-Stiftung) erklären „das Innere nach außen und so die Funktion eines Handschuhes in sein Gegenteil“.

Die Gegenüberstellung eines Kunstwerkes von Josef Knoll aus dem 18. Jahrhundert durch Franz Xaver Nißl lässt die Faszination, die anatomische frühneuzeitliche Abbildungen auf viele moderne Künstler ausübte, deutlich werden. Knoll nimmt mit seinem „modernen Menschen“ auf die Sitte frühneuzeitlicher Anatomiedarstellungen Bezug, im Hintergrund ihrer Modelle Landschaften abzubilden.

Besonders spannend sind auch die mit dem begleitenden Vortragsprogramm „the next human“ eng verzahnten Exponate, die modernste medizinische Bildgebungsmöglichkeiten präsentieren. Eine VR-Brille vom Zentrum für Molekularbiologie in Wien ermöglicht einen Spaziergang durch biomedizinische Körperdatensätze. In einem Film wird zudem das für den Zukunftspreis 2017 nominierte Bildgebungsverfahren von Siemens Healthineers, das *Cinematic Rendering*, vorgestellt, das dreidimensionale Abbildungen des Körperinneren in fast erschütternder Plastizität erlaubt. Doch neben aller Bewunderung für die Präzision der Daten und die visionäre Macht, die in der Erschaffung pluripotenter Stammzellen und dem Einsatz von Genscheren liegt, erzeugt die Ausstellung auch die bange Frage nach dem, was vom Menschen übrig bleibt. □

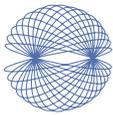
AUTORIN

Dr. Angelika Otto, München

21. November 2018 bis 2. März 2019, ERES-Stiftung in München
 Bodyscan: Anatomie in Kunst + Wissenschaft
www.eres-stiftung.de

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2019		
Datum / Zeit / Ort	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
28. – 30.3.2019 in Köln Park Inn by Radisson, Innere Kanalstr. 15 9:00 – 15:00 Uhr CME-Punkte	Neurologen- und Psychiatertag 2019 <i>Themen:</i> Stress, Aktuelle und innovative Behandlung der Migräne, ADHS im Erwachsenenalter, Demenz, Neurologische und psychiatrische Begutachtung, Diagnostische Entscheidungsfindung: langsame und schnelle kognitionspsychologische Prozesse (siehe auch Seite 19 in dieser Ausgabe)	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 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
25. – 26.1.2019 in Berlin Park Inn by Radisson	ESC Heart & Stroke 2019 2 nd Intern. Conference of the ESC Council on Stroke	Tel.: +41 61 686-7776 E-Mail: esoinfo@eso-stroke.org
31.1. – 1.2.2019 in Köln KOMED im Mediapark GmbH	LVR-Symposium „Psychiatrie als therapeutische Disziplin“	Tagungsbüro Benedikt Richartz, LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen Tel.: 0221 809 6623 E-Mail: symposium2019@lvr.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 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 Erwachsenenneurolgie	Dr. Andreas Ziegler, M.Sc., Sektion Neuropädiatrie und Stoffwechselmedizin, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Heidelberg Im Neuenheimer Feld 430, 69120 Heidelberg Tel.: 06221 56-4002 Fax: -7644 PD Dr. med. Markus Weiler, Neurologische Klinik Tel.: 06221 56-6999 Fax: -5461 E-Mail: info@hinet-heidelberg.de
22.2.2019 in Freiburg Neurozentrum des Universitätsklinikums Freiburg, Breisacher Str. 64	1. Internationaler Workshop zum Thema „Cannabinoide in der Epilepsie-Behandlung“	Elke Bühner, Veranstaltungsmanagement Universitätsklinikum Freiburg Breisacher Str. 153, 79110 Freiburg Tel.: 0761 270-19210 Fax: -19030 E-Mail: veranstaltung@uniklinik-freiburg.de

Fortbildungsveranstaltungen 2019		
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
14. – 16.3.2019 in Frankfurt Goethe-Universität, Theodor-W.-Adorno-Platz 1	Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)	Tagungsbüro Goethe-Universität Frankfurt/M. Anja Kutzer Tel.: 040 7410-54203 E-Mail: a.kutzer@isd-hamburg.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
21. – 23.3.2019 in Günzburg Schloss Reisenburg	Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)	Schloß Reisenburg, Internationales Institut für wissenschaftliche Zusammenarbeit Bürgermeister-Joh.-Müller-Str. 1, 9312 Günzburg Tel.: 0731/50-38000 Fax: -38055
22. – 23.3.2019 in Wien/ Österreich, Seminar- und Veranstaltungszentrum Catamaran, Johann-Böhm-Platz 1	Frühjahrstagung der Arbeitsgruppe Pädiatrie der DGSM und der AG Schlafmedizin und Schlafforschung der ÖGKJ	Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH Joana Krauß Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena Tel.: 03641 31 16-337 Fax: -243 E-Mail: dgsm-paediatrie@conventus.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
22. – 24.5.2019 in Milano/Italien MiCo Milano Congressi Piazzale Carlo Magno, 1	5th European Stroke Conference (ESOC)	TWT Events & Tours Planner Mr. Gianni Frontani, E-Mail: gfrontani@twteam.it Mrs. Anna Lupidi, E-Mail: alupidi@twteam.it Via Arrigo Davila 130, 00179 Rome, Italy Tel.: +39 06 4424 9321 Fax: +39 06 9933 1533



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

DGNER: 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 Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, Senior 60 €).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 580 €, ab 2. Gemeinschaftspraxismitglied 440 €, angestellter Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, 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 Facharzt 300 €, Weiterbildungsassistent beitragsfrei, 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 2370700, 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@dggpp.de
 www.dggpp.de

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

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

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

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

Geschäftsführer: Joachim Krieger,
Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine:
Markus Seidl (es)

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

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

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

Corporate Publishing: Ulrike Hafner (Leitung),
Tel.: 06221 4878-104,
E-Mail: ulrike.hafner@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 Buch-
handlung entgegen. Das Abonnement gilt zu-
nächst für ein Jahr. Es verlängert sich automa-
tisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht
30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündi-
gung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft 29 €, Jahresabonne-
ment 232 € (für Studenten/AIP: 139,20 €), jeweils
inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten Inland
35 €, Ausland 58 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN
und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbei-
trag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder:
Jahresabonnement 65,50 €, inkl. gesetzl.
MwSt., zzgl. Versandkosten (s. o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Ver-
öffentlichung 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 Wie-
dergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch
Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspei-
cherung, 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 Markenschutzge-
setzgebung als frei zu betrachten wären und
daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für
Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwen-
dungsgebiete und Applikationsformen von
Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise
kann vom Verlag keine Gewähr übernommen
werden. Derartige Angaben müssen vom jewei-
ligen 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



© gopixa/Getty Images/iStock

Vorschau

Ausgabe 1–2/2019

Februar

erscheint am 18. Februar 2019

Neurogenetische Diagnostik bei Bewegungsstörungen

Die genetische Diagnostik hat sich zu einem wichtigen Baustein bei der Aufklärung der Krankheitsursache bei Patienten mit neurologischen Störungen entwickelt und spielt vor allem bei Kindern sowohl mit Entwicklungsverzögerung als auch mit Bewegungsstörungen eine wichtige Rolle.

Spiritualität in der Suchttherapie

Eine systematische Literaturanalyse zeigt: Trotz teilweise sehr heterogener Zugänge beziehungsweise Forschungsdesigns kann die therapeutische Wirkung religiöser/spiritueller Interventionen bei Suchterkrankungen tendenziell positiv bewertet werden.

Stoffgebundene Abhängigkeiten

Menschen mit einer Alkohol- und solche mit einer Methamphetamin-Abhängigkeit sind durch spezifische Merkmale und Bedürfnisse charakterisiert. Daraus ergeben sich auch Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Behandlung.

Hier steht eine Anzeige.

