

NEUROTRANSMITTER

Neurologie und Psychiatrie – Berufspolitik und Fortbildung



BVDN



BDN



BVDP

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, des Berufsverbandes Deutscher Neurologen und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater



Was zeigt dieses Bild? Seite 66

Bedarfsplanung 12

Doppelfachärzte berücksichtigen

Abrechnungstipps 34

Richtig abrechnen nach der GOÄ

Bewegungsstörungen 50

Neurogenetische Diagnostik

Therapieresistenz 47

Kasuistik: schwer behandelbare Depression





»Wir lehnen den aktuellen Entwurf für das
Psychotherapeutenausbildungs-Reformgesetz ab!«

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

Gesundheitspolitik ist Daseinsvorsorge!

Liebe und sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen, zunächst einmal hoffe ich, das Jahr 2019 hat für Sie glücklich und gesund begonnen, und Sie hatten einige Tage „zwischen den Jahren“, um etwas zur Ruhe zu kommen.

Womit beschäftigen Sie sich, wenn Sie an die Zukunft Ihrer Praxis denken?

Wollen Sie in absehbarer Zeit eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger suchen? Haben Sie gerade eine Praxis aufgebaut oder übernommen? Wollen Sie sich vergrößern, verkleinern oder eine neue Leistung anbieten?

Jeder dritte Kollege ist über 60 Jahre alt

Der weitaus größten Gruppe unserer Fachkollegen werden Sie wahrscheinlich angehören, wenn Sie über Praxisabgabe oder Nachfolgesuche nachdenken. Das liegt daran, dass aktuell rund ein Drittel aller niedergelassenen Ärzte älter als 60 Jahre ist. Wenn ich das monatliche Ärzteblatt meiner Landesärztekammer lese, fällt mir auf, dass die darin abgedruckte Liste mit den Namen derjenigen Kollegen, die 60, 65, 70, 75 und mehr Jahre alt werden, immer länger wird. Immer häufiger gibt es Kollegen, die mit 70+ noch aktiv in der Praxis sind.

Gerade jetzt ist die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr häufig Thema in den Medien. Einmal ist dies bedingt durch die Inhalte des Terminservice- und Versorgungsgesetzes, die einen gesteuerten Zugang zur Richtlinien-Psychotherapie vorsehen, was eine sehr erfolgreiche Petition nach sich zog, und die Zulassungsbeschränkung für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie vorübergehend aufheben wollen. Zum Anderen kam direkt nach Neujahr der Referentenentwurf zum Psychotherapeutenausbildungs-Reformgesetz in die Welt. Alle Inhalte des Arbeitsentwurfes, vor denen wir dringend gewarnt hatten, sind unverändert geblieben, so beispielsweise die Modellstudiengänge zur Pharmakotherapie, der Wegfall der somatischen Abklärung, der Wegfall eines wissenschaftlichen Studiums, das Fehlen eines Staatsexamens, um nur einige zu nennen. Wir haben hier schon energisch protestiert und werden das auch weiter tun.

Gegen die Auslagerung von psychischen Erkrankungen aus der Medizin

Auch wenn klar ist, dass die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen häufig nach dem Zufallsprinzip läuft, und wir zudem auf eine Versorgungslücke zusteuern, nicht zuletzt weil es bereits jetzt zu wenige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte und Ärzte für Neurologie gibt, so ist die Schaffung eines vollkommen neuen Heilberufs ohne Aufbau auf einem Studium der Psychologie und ohne einheitliche wissenschaftlich fundierte Inhalte keinesfalls die Lösung. Zudem wäre das der Einstieg in die Auslagerung von psychischen Erkrankungen aus der Medizin heraus, die endgültige Trennung von Psyche und Soma. Das konterkariert mindestens 40 Jahre Psychiatrie-Entwicklung! Wir lehnen diesen Entwurf deshalb komplett ab!

Die Medien sehen häufig nur das Thema Psychotherapie und es wird der Eindruck erweckt, dass hiermit alles psychische Leid behandelt werden kann. Wir sagen: ja vielleicht, aber nicht nur und nicht in jedem Fall! Vergesst die Medizin dabei nicht!

Viele Menschen, insbesondere solche mit chronischen, schweren und invalidisierend verlaufenden psychischen Erkrankungen sowie mit somatischen Komorbiditäten brauchen ein Hilfenetz mit mehreren Hilfsangeboten. Es gibt eine Versorgungslücke für psychisch erkrankte Menschen, die ambulant intensiv versorgt werden müssen.

Diese komplexen Anforderungen zu lösen ist eine politische Aufgabe, die man nicht mit Verweis auf die Selbstverwaltung dem Konkurrenzdruck der ärztlichen Fachgruppen untereinander überlassen kann. Es braucht hier zusätzliches Geld, einen guten Plan und den Willen, etwas zu verändern.

Gute Gesundheitspolitik ist Daseinsvorsorge.

Ihre



12 Bedarfsplanung

Etwa auf der Hälfte der zur Verfügung stehenden Sitze sind Nervenärzte oder Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie tätig. Im Hinblick auf die anstehende Reform der Bedarfsplanung heißt dies, dass eine Trennung der Bedarfsplanung in Neurologie und Psychiatrie was die Patientenversorgung betrifft sinnlos ist, vermutlich sogar kontraproduktiv.

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

Inhalt 1–2

Februar 2019

3 Editorial

Gesundheitspolitik ist Daseinsvorsorge!

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

Die Verbände informieren

6 Gesundheitspolitische Nachrichten

- Staatsmedizin vom Bundesgesundheitsminister
- Bei Fernbehandlung ist oft Zurückhaltung geboten
- KBV veröffentlicht Positionspapier zur ePA

Gunther Carl, Kitzingen

10 Neurologen- und Psychiatertage in neuem Gewand

NuP-Tage vom 28. bis zum 30. März 2019 in Köln

Sabine Köhler, Jena, Klaus Gehring, Itzehoe

12 Anzahl an Doppelfachärzten steigt

Trennung in Neurologie und Psychiatrie für die Bedarfsplanung sinnlos

Gunther Carl, Kitzingen

14 Geistige Behinderung: Neue Regelungen für Psychotherapie

Mehr Zeiteinheiten und Einbeziehung von Betreuern

Christa Roth-Sackenheim, Andernach

16 Neuer BDN-Vorstand gewählt

20 Jahre Berufsverband Deutscher Neurologen

Uwe Meier, Grevenbroich

17 Arbeiten am Limit

Neues aus dem BVDN-Landesverband Hamburg

Friederike Klein, München

19 Recht

- Missbrauch von Krankenversicherungskarten: Längere Verjährungsfristen bei Falschabrechnung
- Befristete Verträge: Anspruch auf Jahresurlaub verfällt nicht automatisch

Bernhard Michatz, Berlin

Rund um den Beruf

20 Wohin fließt das Geld in unserem Gesundheitssystem?

Bernhard Michatz, Berlin, Gunther Carl, Kitzingen

25 Tremoranalyse mit dem Smartphone – Apps im Test

Wolfgang Freund, Biberach

= Dieser Beitrag ist ein Titelthema.

- 26 **Zwischen Skylla und Charybdis**
Heikle Lage beim Off-Label-Use von Generika
Wolfgang Freund, Biberach
- 28 **Psychische Störungen inkontinenter Patienten**
Argeo Bämayer, Coburg
- 34 **So rechnen Sie richtig nach GOÄ ab**
Praxisprobleme: Sie fragen – wir antworten!
Gunther Carl, Kitzingen

Fortbildung

- 36 **Die Rolle der Spiritualität in der Behandlung von Suchterkrankungen**
Andreas Kimmerle, Human-Friedrich Unterrainer, Wien
- 42 **Gemeinsame Behandlung von Alkohol und Crystalabhängigen auf einer Station**
Thomas Reuster, Tina Schubert, Hasan Zaitoun, Görlitz
- 47 **Psychiatrische Kasuistik**
Schwer behandelbare Depression
Malek Bajbouj, Berlin
- 50 **CME Wie neurogenetische Diagnostik bei Bewegungsstörungen hilft**
Katja Lohmann, Christine Klein, Lübeck
- 56 **CME Fragebogen**

Journal

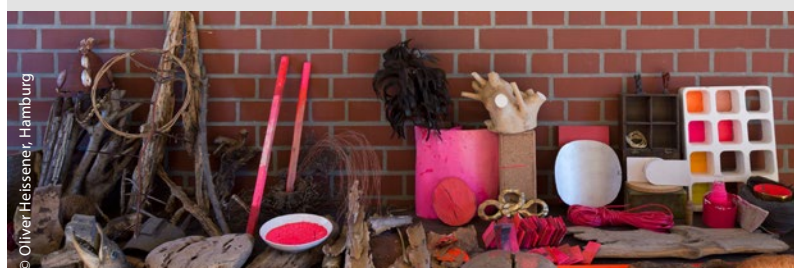
- 62 **PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**
Das Stethoskop als Schwert der Aufklärung – Michail Bulgakows Arztgeschichten
Gerhard Köpf, München
- 66 **NEUROTRANSMITTER-GALERIE**
Kraft durch Farbe – Rupprecht Geiger (Teil 1)
Angelika Otto, München

- 8 **Leserbrief**
- 46 **Kleinanzeigen**
- 58 **Pharmaforum**
- 68 **Buchtipps**
- 69 **Termine**
- 70 **Verbandsservice**
- 75 **Impressum/Vorschau**



50 Neurogenetische Diagnostik

Der genetischen Diagnostik kommt eine wachsende Bedeutung im klinischen Alltag zu, so auch bei Bewegungsstörungen. Bei einigen Patienten kann eine genetische Diagnose direkte Implikationen für die Wahl der Therapie haben, bei anderen verbessert sie die Lebensqualität, da die Erkrankung endlich einen Namen bekommt und so auch Aussagen über Verlauf und Wiederholungsrisiko im Rahmen einer humangenetischen Beratung erlaubt.



Titelbild (Ausschnitt): „Im Archiv Geiger“.
Lesen Sie mehr in der „Galerie“ auf Seite 66.

Die Verbände informieren



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

» Beim Vorhaben des Ministers handelt es sich um einen Schritt zurück ins vorwissenschaftliche medizinische Mittelalter. «

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN AD ABSURDUM GEFÜHRT

Staatsmedizin vom Bundesgesundheitsminister

➔ Jens Spahn (CDU), Bundesgesundheitsminister und ehemaliger Kandidat für den CDU-Vorsitz möchte drei Millionen Frauen in Deutschland „schnell und unbürokratisch“ helfen, die alle unter einem Lipödem leiden, einer krankhaften Fettablagerungsstörung überwiegend im Hüft- und Oberschenkelbereich. Weil ja schließlich sonnenklar auf der Hand liegt, dass hier medizinisch geholfen werden muss, möchte Spahn die gesetzlichen Krankenkassen dazu zwingen, die Kosten für die gebotene Fettabsaugung (Liposuktion) zu übernehmen. Dies soll gleichzeitig mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz verabschiedet werden. Aber nicht nur das. Minister Spahn möchte sich auch für andere Genehmigungsbelange vorsorglich im Gesetz ermächtigen lassen, per Rechtsverordnung neue Methoden genehmigen zu können. Und zwar am Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorbei, der bisher nach gesetzlicher Grundlage streng darauf zu achten hatte, dass ausschließlich neue Methoden und Arzneimittel von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bezahlt werden, die ihren medizinischen Nutzen und Schadensfreiheit wissenschaftlich eindeutig mit randomisierten kontrollierten

Studien nachweisen konnten. Beim fachärztlich gesicherten Lipödem-Syndrom handelt es sich um eine schwerwiegende, ästhetisch entstellende und unter anderem mit einem hohen Hämatomrisiko einhergehende Erkrankung, die schwer behandelbar ist. Angewendet werden Lymphdrainage und Kompressionsmaßnahmen. Seit 2014 liegt dem Unterausschuss Methodenbewertung des G-BA die Liposuktion zur Beurteilung vor, ob diese Maßnahme nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen gemessen an patientenrelevanten Endpunkten wirksam ist und dabei ein tolerierbares Schadensrisiko aufweist. Die Gründe für die Verzögerung im Bewertungsablauf waren überwiegend nachvollziehbar.

Kommentar: Minister Spahn setzt sich mit seinem Ansinnen über die bisher im SGB V eindeutig festgelegte Zuständigkeit des G-BA hinweg und vor allem über die Vorschrift im SGB V – an die sich bisher alle Teilnehmer am gesetzlichen Gesundheitswesen halten mussten –, nämlich das Wirtschaftlichkeitsgebot. Von der GKV erstattet werden darf nach § 12 SGB V nur, was zweckmäßig, angemessen sowie wirtschaftlich ist und dabei das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Beim Vorhaben des Ministers handelt es sich um einen Schritt zurück ins vorwissenschaftliche medizinische Mittelalter. Der evidenzbasierte wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis wird durch evidenzbasierte Medizin ersetzt. Bei der Erstattung von neuen Arzneimitteln ist in Deutschland akribisch darauf zu achten, ob im Vergleich zur Standardtherapie ein positives Nutzen-Schadens-Verhältnis mit wissenschaftlichen Studien höchster Evidenzklasse nachweisbar ist. Ähnliches gilt für die Bewertung neuer Methoden, beispielsweise bei der Positronenemissionstomografie, der Balneophototherapie, der Brachytherapie oder der Psychotherapie. Warum nicht auch bei der Liposuktion? Bei einer derartigen schwierigen Beurteilung und den auf der Hand liegenden Missbrauchsmöglichkeiten der Indikation so-



© Carsten Rehder / dpa

Wandelt Bundesgesundheitsminister Spahn noch auf dem Pfad der evidenzbasierten Medizin?

wie einer Methode mit nicht zu unterschätzendem Schadenspotenzial geht auf jeden Fall Qualität vor Schnelligkeit. Vermutlich möchte sich das Ministerium Entscheidungsspielräume eröffnen, um zukünftig mehr Klientelpolitik betreiben zu können. Schon lange existierende Beispiele hierfür sind die Arzneimittel der „besonderen Therapierichtungen“ (homöopathische, phytotherapeutische und anthroposophische Arzneimittel) nach § 34 (3). Derzeit bieten 66 Krankenkassen der GKV als sogenannte Satzungsleistung Homöopathie an, weil wir – so die Begründung der BARMER-GEK – „in einer zunehmend pluralen und

selbstbestimmten Gesellschaft mit aufgeklärten Bürgern leben, in der die Vorstellungen von Gesundheit, Gesunderhaltung und Therapie nicht einheitlich gestaltet und vorgegeben werden sollten“. Ein weiteres Beispiel ist die erst kürzlich erfolgte Legalisierung und GKV-Erstattung von Cannabis für den medizinischen Gebrauch: Auf diesen beiden Feldern kann man sich nur über die Inkonsistenz des Gesetzgebers wundern. Hier wird der Mangel an wissenschaftlicher Evidenz zum Prinzip erhoben. Im Falle Cannabis vermute ich, dass die medizinische Legalisierung einen Weg zur allgemeinen Legalisierung von Cannabis be-

reiten soll. „Wenn Cannabis im medizinischen Bereich bei Patienten kaum zu Problemen führte, warum soll es dann für die Allgemeinbevölkerung schlecht sein?“, könnte für Politiker ein Argument für die Legalisierung sein. Cannabis-produzierende Aktiengesellschaften haben bereits jetzt Niederlassungen in Deutschland gegründet und gehen von guten Gewinnchancen aus. Der Gesetzesvorschlag zur Ermächtigung in der medizinischen Methodenbewilligung nur als Mahnung an den G-BA zur Eile ist eher unwahrscheinlich. Oder handelt es sich um einen Machtpoker mit dem G-BA?

gc

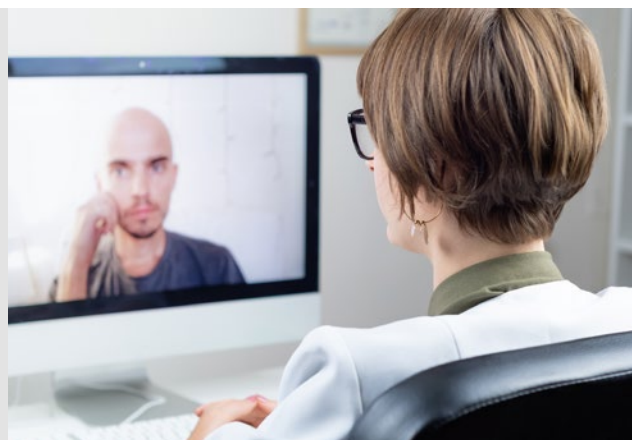
TELEMEDIZIN

Bei Fernbehandlung ist oft Zurückhaltung geboten

➔ Mehrere Landesärztekammern sind dem Vorschlag des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt gefolgt. Die Delegierten hatten für eine Änderung der (Muster-) Berufsordnung gestimmt. Die ausschließliche Beratung oder Behandlung von Patienten, die dem Arzt noch unbekannt sind, über Kommunikationsmedien ist künftig in Hessen, Nordrhein und Bayern in besonderen Einzelfällen erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung und Dokumentation gewährleistet ist. Wie die vorgenannten Bedingungen im Einzelnen auszugestalten sind, wird derzeit beraten. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg, die als erste Fernbehandlungen, jedoch ausschließlich im Rahmen von Modellprojekten, beschlossen hatte, wird zunächst bei dieser Einschränkung bleiben. Die Modellprojekte müssen der baden-württembergischen Landesärztekammer zur Genehmigung vorgelegt werden.

Kommentar: Gerade in unseren Fächern sollten wir bei bisher unbekannten Patienten bei Diagnostik und Therapie eher zurückhaltend sein. Denn in Neurologie und Psychiatrie muss

In Neurologie und Psychiatrie spielen bidirektionaler emotionaler Austausch und Empathie eine wesentliche Rolle. Das setzt den Möglichkeiten der Fernbehandlung Grenzen.



© Photoboyko / Getty Images / iStock
(Symbolbild mit Fotomodellen)

man die Patienten anfassen und physikalisch untersuchen sowie visuell über einen längeren Zeitraum und unter wechselnden Bedingungen Mimik, Gestik, (Psycho-)Motorik erleben. Außerdem spielen bidirektionaler emotionaler Austausch und Empathie eine wesentliche Rolle. Anders sieht dies bei telemedizinischen Hilfen in der Schlaganfalltherapie, der Mitbeurteilungen von Bild- oder elektrophysiologischen Aufzeichnungen sowie bei Telekonsilen mit anderen Ärzten aus. Auch eine psychotherapeutische Therapiebegleitung mittels „Internettherapie“ kann bei bekannten Patienten

sehr hilfreich sein und ist mittlerweile für einige geeignete Programme auch wissenschaftlich ausreichend evaluiert. Allerdings wird sich der Wunsch der Politiker und mancher Standesvertreter nach signifikanter Entlastung unseres Gesundheitswesens durch Telemedizin nicht erfüllen. Vielmehr werden sich vermutlich auf diesem Wege überwiegend digitalaffine junge gesunde Menschen mit dem Wunsch nach Gesundheitsoptimierung oder Bagatelbeschwerden zusätzlich an uns wenden und Arbeits- und Kostenaufwand verursachen.

gc

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

KBV veröffentlicht Positionspapier zur ePA

➔ In einem Positionspapier stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ihren Standpunkt zur elektronischen Patientenakte beziehungsweise Fallakte dar.

These 1: Die Dokumentation des Arztes oder Psychotherapeuten ist sakrosankt. Hier darf es keinen Zugriff durch Dritte geben.

These 2: Die elektronische Patientenakte (ePA) ist Ausfluss des Rechtes des Patienten auf seine Befunde nach BGB. Die ePA gehört dem Patienten. Anbieter sind nicht die Ärzte oder das KV-System. Rechtliches Risi-

ko, Finanzierung und Datenschutz gehen nicht zulasten der Ärzte. Die ePA muss ohne bürokratischen Aufwand und diskriminierungsfrei durch die PVS-Systeme beschickt werden können. Die Daten müssen unveränderbar und einem Befundersteller zweifelsfrei zuordenbar sein. Die notwendigen Schnittstellen und Standardisierung müssen bei der KBV liegen.

These 3: Bei der Fallakte als Echtzeitvernetzung sämtlicher medizinischer Befunde aller Behandler zu einem Patienten handelt es sich um eine „Revolution“. Sie bietet die größte Möglichkeit zur medizinischen Steuerung und Behandlungsverbesserung. Die Fallakte kann auch der Patient einsehen, die Daten müssen unveränderbar sein. Die KBV bietet sich als technischer Provider innerhalb der Telematikinfrastruktur an. Krankenkassen dürfen die Daten nicht einsehen und werden auch organisatorisch nicht an der Erstellung der Fallaktenstruktur beteiligt. Versorgungsforschung ist mit diesen Daten nur nach Freigabe durch den Patienten möglich.

Kommentar: Das Positionspapier der KBV war überfällig, vor allem was die Definition der Begrifflichkeiten „ärztliche Dokumentation“, „ePA“ und „Fallakte“ betrifft. Entscheidend ist

natürlich, dass weder Patient noch das GKV-System ein unmittelbares oder automatisiertes Zugriffsrecht auf die interne ärztliche Dokumentation haben. Möchte ein Arzt möglicherweise auf Wunsch des Patienten eigene Befunde oder Arztbriefe in die ePA direkt einspeisen, so kann er dies freiwillig tun, darf aber dazu nicht gezwungen werden. Wünscht der Patient ausdrücklich die Herausgabe seiner Befunde, so bleibt die Wahl des Mediums (Papierausdruck, Fax, E-Mail, ePA) dem Arzt überlassen. Die ePA ist damit nur sehr begrenzt nützlich, weil ihr die Vollständigkeit fehlt. Zudem kann der Arzt nicht davon ausgehen, dass die jüngsten oder bedeutsamsten Befunde über die ePA abrufbar sind. Es wird also weiterhin notwendig sein, den Patienten nach diesen relevanten Vorbefunden zu fragen. Damit stellt die ePA für den Arzt eher eine zusätzliche Belastung und Quelle von Unsicherheiten als eine Hilfe dar. Erst eine vollständige Fallakte, in der zwingend alle Befunde des Patienten aller Behandler und über eine lange zurückreichende Zeitspanne vorliegen und von allen Ärzten ohne bürokratischen Aufwand einsehbar ist, kann hilfreich sein. Bis es technisch und datenschutzrechtlich so weit ist und alle Behandler dazu gezwungen sind, sich vollständig daran zu beteiligen, wird es noch eine Weile dauern.

gc



© momius / stock.adobe.com

Noch erfüllt die elektronische Patientenakte nicht die Ansprüche der Ärzteschaft.

Leserbrief

Digitalisierung um jeden Preis?

Zum Beitrag „ZNS-Konsil startet in Thüringen“ (NeuroTransmitter 11/2018, Seite 13 f.) schreibt uns Leser Dr. med. Michael Bauer:

„Sehr geehrte Damen und Herren, lieber Herr Carl, dieser Artikel ist mir immer noch in Erinnerung, weshalb ich etwas spät hierzu doch noch einen Leserbrief schreiben möchte.

In Thüringen und Nordrhein gibt es nun eine digitale kollegiale Beratung beziehungsweise ein ZNS-Konsil. Wenn ich es richtig verstehe, erhebt der Hausarzt die Anamnese, führt die neurologische beziehungsweise die psychiatrische Untersuchung durch und holt

sich dann bei uns einen Rat. Dies halte ich für unverantwortlich. Jeder Neurologe, Psychiater oder Nervenarzt mit einer etwas längeren Berufserfahrung hat es zum Beispiel schon erlebt, dass eine sehr diskrete Hemiparese übersehen, ein Meningismus nicht erkannt oder anamnestisch eine „red flag“ für eine Subarachnoidalblutung übersehen worden ist und dies kann alles unter „Spannungskopfschmerz“ rangieren. Wobei noch hinzukommt, dass manche Hausärzte ihre Patienten nicht oder nur cursorisch untersuchen – was aber nicht immer dem Zeitdruck geschuldet ist – oder neurologische Untersuchungsbefunde fehlinterpretieren. Wie kann die Kassenärztliche Vereinigung

Nordrhein, deren Vorsitzender sogar ein Nervenarzt ist, sich auf so etwas einlassen? Wie ist es mit der rechtlichen Verantwortung? Opfern wir nun die Grundlagen des ärztlichen und besonders des nervenärztlichen Handelns, nämlich die Anamnese- und Befunderhebung, der Digitalisierung, propagiert von den Medien, von meines Erachtens medizinisch ahnungslosen Politikern (erschreckendes Beispiel: die CSU-Bundestagsabgeordnete Frau Bär in der „Welt“, kurz vor Weihnachten) sowie von der wirtschaftlich interessierten EDV-Industrie?“

Dr. med. Michael Bauer, Freilassing



Hier steht eine Anzeige.



NuP-Tage vom 28. bis 30. März 2019 in Köln

Neurologen- und Psychiatertage in neuem Gewand

Noch mehr berufspolitische Informationen, noch mehr Fortbildung sowie die wichtige jährliche Mitgliederversammlung des BVDN – dafür wollen wir uns drei Tage Zeit nehmen. Aus dem NuP-Tag werden daher die NuP-Tage. Kommen Sie nach Köln und informieren Sie sich aus erster Hand.

Aktuelle wissenschaftliche Neuigkeiten auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie, gepaart mit berufspolitischen Informationen, bekommen Sie auch in diesem Frühjahr in Köln wieder präsentiert. Das Fortbildungsformat des NuP-Tages hat sich in den vergangenen Jahren bewährt und viele Kollegen aus und um Köln begeistert. Dieser Umstand hat uns ermuntert, diese etablierte Weiterbildungs- und Informationsmöglichkeit auch für Kollegen mit längerer Anreise noch attraktiver zu gestalten. Aus dem NuP-Tag werden NuP-Tage! So werden wir gemeinsam mit der Fortbildungsakademie unserer Berufsverbände ein hochwertiges wissenschaftliches Programm präsentieren, das sich über mehrere Tage erstreckt und die Entscheidung, sich auf den Weg nach Köln zu machen, hoffentlich erleichtert.

Dabei werden Sie eine völlig neue Organisationsstruktur der NuP-Tage erleben. Anders als in den Vorjahren ist der Themenschwerpunkt dieses Jahr eingebunden in ein zweitägiges Fortbildungskonzept, das die Breite von Neurologie und Psychiatrie gut widerspiegelt, sodass wir zukünftig von „NuP-Tagen“ sprechen werden. Ziel ist es, neben berufspolitischem Update auch Fachvorträge zu aktuell relevanten Themen und den Entwicklungen unserer Praxen zu bieten. Außerdem wollen wir mit Ihnen ins Gespräch kommen und stehen für Beratungen und Diskussionen bereit.

Wir starten bereits am Abend des 28. März 2019 mit einem Dinnerseminar unter dem Thema „Praxisalltag clever gestalten“. Hier gibt es Nahrung für Geist und Leib: Während uns Dr. Gunther Carl mit aktuellen Informationen

für unsere Praxen „füttert“, dürfen wir unser Abendessen genießen und haben darüber hinaus die Möglichkeit, uns untereinander auszutauschen.

STRESS!

... ist das Schwerpunktthema der diesjährigen Neurologen- und Psychiatertage. In Vorträgen und der anschließenden Gesprächsrunde werden am 29. März 2019 renommierte deutsche Stressforscher Alltagsbelastungen, physiologische Effekte und Mechanismen sowie die neuro-endokrinologische und immunologische Bedeutung von Stress beleuchten. Wir haben also die Möglichkeit das Thema Stress von der Aminosäure bis ins Wohnzimmer zu verfolgen. Lassen Sie sich zu den spannenden Vorträgen und der Gesprächsrunde mit den Referenten einladen!



Eine Woche nach Frühlingsanfang locken die Neurologen- und Psychiatertage nach Köln.

BVDN-Mitgliederversammlung

An die Gesprächsrunde über Stress schließt sich die jährliche Mitgliederversammlung des BVDN an. Hier erwartet Sie ein Überblick über die Aktivitäten des Berufsverbandes im vergangenen Jahr. Viele politische und berufspolitische Themen haben sicher auch Sie beschäftigt. In der Mitgliederversammlung haben Sie die Möglichkeit, einen Einblick in die vielschichtigen Tätigkeiten der Vorstandsmitglieder des BVDN zu bekommen und können schließlich Anregungen für weitere Themen geben, die Ihnen wichtig sind. Herzliche Einladung zur Mitgliederversammlung des BVDN!

Fortbildungsprogramm

Sowohl für Psychiater als auch für Neurologen haben wir Seminare zu spannenden Themen vorbereitet, die Ihnen von Experten der jeweiligen Fachgebiete präsentiert werden. Diese Seminare können Sie nacheinander besuchen und haben zwischendurch Gelegenheit zu Rückfragen oder für Gespräche mit den BVDN-Vorstandsmitgliedern (siehe **Programm der NuP-Tage 2019 in Köln**).

Ein erster Seminarblock bietet am Nachmittag des 29. März die Möglichkeit, nacheinander Fortbildungssitzungen zu den aktuellen Leitlinien und Behandlungsmöglichkeiten der Migräne, der ADHS-Diagnostik und Behandlung im Erwachsenenalter sowie der aktuellen und zukünftigen Behandlung von Demenz und leichter kognitiver Beeinträchtigung (MCI) zu besuchen.

Am 30. März werden nochmals ganztägig drei thematische Schwerpunkte angeboten. Diese umfassen unter anderem die neurologische und psychiatrische Begutachtung – ein stets sehr gefragtes Seminar, das Prof. Dr. Bernhard Widder aus München zusammen mit Willi Kainz, Vorsitzender Richter am Bayerischen Landessozialgericht München, gestalten wird. Seminare über die diagnostische Entscheidungsfindung im Praxisalltag anhand von Fallbeispielen sowie die aktuelle Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose runden das Programm ab.

Während der gesamten Zeit der NuP-Tage steht Ihnen der politische Geschäftsführer des BVDN, Rechtsanwalt

Programm der NuP-Tage 2019 in Köln

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

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

19:30 – 23:00 Uhr

Abendveranstaltung

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

Seminar 3: Multiple Sklerose-Update

Prof. Dr. S. Schmidt, Bonn

Kosten:

BVDN/BDN/BVDP-Mitglieder 180 €, Nichtmitglieder 295 €.

Bernhard Michatz, für juristische Fragen und Beratungen zur Verfügung.

Wir wagen uns mit der Umgestaltung des NuP-Tages und der inhaltlichen Erweiterung auf Neuland. Die Fülle an Informationen und Wissen soll Ihnen dabei Gelegenheit geben, Fortbildung kompakt in Verbindung mit kollegialem Austausch zu erleben. Kommen Sie deshalb mit uns Ende März nach Köln und helfen Sie, auch dieses erweiterte Fortbildungsformat zu einem Erfolg werden zu lassen! Bringen Sie alle interessierten Kollegen mit – wir werden auch Klinikkollegen Appetit auf die selbstständige Arbeit in einer neurologischen oder psychiatrischen Praxis machen. Wir freuen uns auf Sie vom 28. bis zum 30. März in Köln!

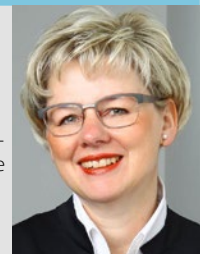
AUTOREN

Dr. med. Sabine Köhler

Vorsitzende des BVDN

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Dornburger Straße 17
07743 Jena

E-Mail: sab.koehler@web.de



Dr. med. Klaus Gehring

Vorsitzender des BVDN

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Neurozentrum am Klosterforst
Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe

Anzahl an Doppelfachärzten steigt

Trennung in Neurologie und Psychiatrie für die Bedarfsplanung sinnlos

Im letzten NeuroTransmitter-S2-Sonderheft Psychiatrie zum DGPPN Kongress im Dezember 2018 hatten wir versehentlich die irreführenden Arztzahlen unserer Fachgruppen auf Basis der Zählweise der Bundesärztekammer veröffentlicht. Hier jetzt die tatsächlichen Zahlen, die deutlich niedriger sind.

Irreführend waren die Zahlen im Psychiatrie-Sonderheft 2018 überwiegend deswegen, weil die Bundesärztekammer bei niedergelassenen Ärzten die Anzahl der Facharztzertifikate angibt und nicht die Anzahl der Personen, die in den Fachgebieten Nervenheilkunde oder als Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie tätig sind, beziehungsweise als Einzelfachärzte für Psychiatrie oder Neurologie. Doppelfachärzte wurden also zweimal gezählt und sowohl den Neurologen als auch den Psychiatern zugeordnet. So ergab sich fälschlicherweise

se eine deutlich überhöhte Anzahl von ambulant tätigen Neurologen und Psychiatern in Deutschland.

In den rechts abgedruckten Tabellen finden Sie die tatsächliche Anzahl der Personen beziehungsweise Bedarfsplanungsäquivalente, die als Nervenärzte, Doppelfachärzte, Neurologen oder Psychiater vertragsärztlich tätig sind. Diese Zahlen wurden uns von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Ende vergangenen Jahres zur Verfügung gestellt. Aber auch hier zeigt sich, dass die Niederlassungszahlen – wie übrigens in

allen anderen Fachgruppen ähnlich – komplizierter sind, als man zunächst denkt. In **Tab. 1** findet man die Anzahl der Personen, die im jeweiligen Fachgebiet zugelassen sind. Diese personenbezogenen Zahlen sind in den letzten Jahren moderat gestiegen, weil es immer mehr Teilzulassungen, Angestellte und vor allem in der Neurologie ermächtigte Krankenhausärzte gibt. Auf einer Zulassung können also etwa im Falle eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) mit Einviertel-Zulassungen bis zu vier Nervenärzte, Neurologen oder Psychiater tätig sein.

Tab. 2 zeigt die Bedarfsplanungsgewichte oder Niederlassungssitze, damit also niedrigere Zahlen, die in etwa stabil den bisher gewohnten Zahlen entsprechen. Die Anzahl der Sitze konnte sich natürlich seit vielen Jahren nicht erhöhen, weil in nahezu allen Bedarfsplanungsregionen keine zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten bestehen

Zahl der reinen Neurologen und Psychiater stagniert beinahe

Auffällig ist jeweils, dass in den letzten Jahren die Anzahl der reinen Neurologen und Psychiater nicht mehr wesentlich gestiegen ist und beinahe stagniert. Die Anzahl der Nervenärzte nach alter Weiterbildungsordnung sinkt natürlich seit Jahren erheblich. Dafür ist mittlerweile eine hohe Anzahl von Doppelfachärzten für Neurologie und Psychiatrie vertragsärztlich zugelassen. Diese Kollegen haben sowohl die Weiterbildung zum Neurologen als auch zum Psychiater vollständig durchlaufen und in beiden Fächern ihre Facharztprüfung ab-

Immer mehr junge Ärzte entscheiden sich für den Doppelfacharzt.

© Robert Kneschke / stockadobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

solviert. Angesichts der hohen Komorbidität zwischen psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen ist diese Entwicklung aus versorgungspolitischer Sicht natürlich zu begrüßen. Vor rund 20 Jahren, als sich nach der Trennung der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie in der Weiterbildungsordnung die ersten Einzelfachärzte für Neurologie beziehungsweise Psychiatrie niederließen, stieg deren Anzahl zunächst rasch und deutlich an. In den zurückliegenden fünf Jahren verlangsamte sich dieser Trend zu einzelnen Zulassungen jedoch wieder erheblich. Es ließen sich nunmehr deutlich häufiger Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie nieder. Etwa auf der Hälfte der zur Verfügung stehenden Sitze sind also Nervenärzte oder Doppelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie tätig. Somit wird etwas mehr als die Hälfte der fachärztlich behandelten ZNS-Patienten von Nervenärzten versorgt, wenn man die unterschiedlichen Durchschnittsfallzahlen der drei Fachgruppen berücksichtigt.

Im Hinblick auf die anstehende Reform der Bedarfsplanung heißt dies, dass eine Trennung der Bedarfsplanung in Neurologie und Psychiatrie was die Patientenversorgung betrifft sinnlos ist, vermutlich sogar kontraproduktiv. Derzeit befinden sich bekanntermaßen Nervenärzte, Doppelfachärzte, Neurologen und Psychiater in einer gemeinsamen Bedarfsplanungsgruppe. Komorbide Patienten behandelt der Nervenarzt auf beiden Fachgebieten, sie müssen nicht zum korrespondierenden Facharzt überwiesen werden und verursachen keine zusätzlichen Kosten. Neurologische und psychiatrische Facharzttermine fragen die Patienten mit Abstand am häufigsten in den Terminservicestellen nach.

Deutlicher Bedarf an mehr Fachärzten

Mit einer Trennung der Bedarfsplanung soll sich angeblich die Patientenversorgung verbessern. Dies ist aber nur durch eine Erhöhung der Niederlassungsmöglichkeiten zu verwirklichen. Eine bürokratische Aufteilung der Bedarfsplanungsgruppe beispielsweise auch mittels einer Quotenregelung müsste operationalisierten und reproduzierbaren Kriterien folgen. Wie soll man jedoch ermit-

Tab. 1: An der vertragsärztlichen Versorgung als Nervenärzte, Neurologen oder Psychiater teilnehmende Ärzte nach Fachgruppen (Zählung nach Personen)

Fachgruppe	Anzahl
FA Nervenheilkunde/FA Neurologie und Psychiatrie (alte Facharztbezeichnung)	1.762
FA Neurologie und FA Psychiatrie (Doppelfachärzte)	874
FA Neurologie (Einzelfacharzt)	1.707
FA Psychiatrie (Einzelfacharzt)	1.534
Summe	5.877

Tab. 2: An der vertragsärztlichen Versorgung als Nervenärzte, Neurologen oder Psychiater teilnehmende Ärzte nach Fachgruppen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht)

Fachgruppe	Anzahl
FA Nervenheilkunde/FA Neurologie und Psychiatrie (alte Facharztbezeichnung)	1.571
FA Neurologie und FA Psychiatrie (Doppelfachärzte)	784
FA Neurologie (Einzelfacharzt)	1.085
FA Psychiatrie (Einzelfacharzt)	1.334
Summe	4.774

Hinweis: Jeder Arzt wurde nur in einer Kategorie gezählt. Die Summe der einzelnen Kategorien entspricht daher der Gesamtsumme. Doppelfachärzte wurden nicht bei der Summe der Einzelfachärzte mitgezählt. Doppelfachärzte, die zugleich auch die alte Facharztbezeichnung tragen, wurden nur bei der alten Facharztbezeichnung mitgezählt.

teln, wie viele Patienten eines Nervenarztes psychiatrisch, neurologisch oder komorbid sind? Werden sie dann den Neurologen oder den Psychiatern zugeschlagen? Auch wenn man Nervenbeziehungsweise Doppelfachärzte in die Quotenregelung einbezieht: Müssen diese Kollegen dann im gleichen Verhältnis neuropsychiatrisch tätig bleiben? Und was geschieht bei der Sitzabgabe? Darf den Sitz ein Neurologe oder ein Psychiater übernehmen? Oder muss es ein Doppelfacharzt sein, den es vielleicht an diesem Ort zu diesem Zeitpunkt nicht gibt?

Über die Hälfte der neuropsychiatrischen Patienten wird von Nervenärzten versorgt und Einzelfachärzte für Neurologie und Psychiatrie nehmen kaum noch zu. Eine Trennung der neuropsychiatrischen Bedarfsplanungsgruppe schafft also mehr Probleme als sie zu lösen vorgibt und verschlechtert vermutlich die Versorgung. Der Vorschlag der Berufsverbände ist daher ganz eindeutig, die bisherige gemeinsame Bedarfspla-

nung für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater beizubehalten. Angesichts des deutlich demografie- und morbiditätsbedingt gestiegenen Bedarfs nach fachpsychiatrischer und fachneurologischer Behandlung sollte die neue Bedarfsplanung speziell für die neuropsychiatrische Versorgung die Möglichkeit von zusätzlichen Sonderbedarfszulassungen erleichtern.

AUTOR

**Dr. med.
Gunther Carl**

Stellvertretender
Vorsitzender des BVDN

Facharzt für Neuro-
logie, Psychiatrie
und Psychotherapie
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen

E-Mail: carlg@t-online.de



Mehr Zeiteinheiten und Einbeziehung von Betreuern

Geistige Behinderung: Neue Regelungen für Psychotherapie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Psychotherapie-Richtlinie um zusätzliche Regelungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung ergänzt. Menschen mit Intelligenzminderungen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, können zukünftig zusätzliche Zeiteinheiten zulasten der Krankenkassen erhalten. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten erweitert worden, Bezugspersonen in die ambulante Psychotherapie dieser Patientengruppe einzubeziehen.

Erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung können künftig bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstunden-Einheiten je Krankheitsfall in Anspruch nehmen. Bisher konnte die Sprechstunde im Regelfall als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens

sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt also bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen sieht die Regelung Einzelbehandlungen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens zehnmal je Krankheitsfall (also insgesamt bis zu 250 Minuten) vor.

Einbeziehung von Verwandten und Betreuern

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bestehen häufig spezifische Besonderheiten und unterschiedliche Ausprägungen der Wahrnehmung, der Problemerkennung, -lösung und -umsetzung. Auch die Beziehungsgestaltung ist oftmals anders und unter Umständen ist eine Unterstützung im Alltag notwendig. Dadurch kann es bei der psychotherapeutischen Behandlung und Diagnostik dieser Patientengruppe auch im Erwachsenenalter nötig sein, Menschen aus dem sozialen Umfeld (das heißt nicht nur Familienangehörige, sondern auch Vertrauenspersonen wie Betreuer, psychiatrische Fachpfleger und Sozialarbeiter) einzubeziehen. Mit der Richtlinienänderung wird dies jetzt möglich. Für die Einbeziehung dieser Bezugspersonen von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung stehen nun weitere Therapieeinheiten im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Probatorik und der Rezidivprophylaxe zur Verfügung.

Die erweiterten Stundenkontingente entsprechen dem gleichen Umfang, wie dies bei der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen bereits Gültigkeit besitzt. Dennoch war es dem Unterausschuss Psychotherapie des G-BA wichtig zu betonen, dass man die psychotherapeutische Behandlung von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht mit der von Kindern und Jugendlichen gleichsetzen könne.



Menschen mit geistigen Einschränkungen werden hoffentlich künftig besser psychotherapeutisch versorgt.

„Der heutige Beschluss berücksichtigt die besonderen Belange von Menschen mit einer geistigen Behinderung und verbessert ihre psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten“, so Dr. Monika Lelgemann, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses Psychotherapie.

Suche nach neuer Terminologie für „Geistige Behinderung“

„Wir haben uns im Zuge der Beratungen auch intensiv mit der Begrifflichkeit ‚geistige Behinderung‘ befasst, was schon allein deshalb notwendig war, weil viele Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung diese Formulierung als diskriminierend ablehnen. Es gibt aber derzeit noch keine alternative Begrifflichkeit, die innerhalb von Wissenschaft, Gesellschaft und Politik Konsens findet, in der erforderlichen Klarheit und Transparenz das Krankheitsbild beschreibt und die etablierte Bezeichnung ersetzen könnte. Sobald dies der Fall ist, prüfen wir die Terminologie erneut“, so Lelgemann weiter.

Klarstellend beinhaltet der Beschluss zunächst die Definition der Patientengruppe, für die die verbesserten Behandlungsmöglichkeiten gelten sollen, nämlich Menschen, bei denen eine Diagnose entsprechend des Abschnitts „Intelligenzstörung“ (F70–F79) nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) vorliegt. Dies sind leichte bis schwerste Intelligenzminderungen. Der entsprechende Beschluss des G-BA vom 18. Oktober 2018 wurde vom Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet und trat am 21. Dezember 2018 in Kraft.

Sechs Monate Zeit für die Anpassung

Bis die zusätzlichen Leistungen verordnet werden können, müssen EBM und die neuen Psychotherapie-Vereinbarungen aber erst angepasst werden. Nach dem Inkrafttreten hat der Bewertungsausschuss dafür sechs Monate Zeit. Erst wenn darüber entschieden ist, können Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten die neuen Kontingente in der Psychotherapeutischen Sprechstunde, in den Probatorischen Sitzungen und in der

Rezidivprophylaxe durchführen und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Voraussetzung ist das Vorliegen einer Diagnose des Abschnitts Intelligenzstörung (F70–F79) nach ICD-10.

Die Regelungen für die Einbeziehung von Bezugspersonen im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie) mit zusätzlichen Kontingenten sind in der Psychotherapie-Vereinbarung verortet. Es besteht Einigkeit auf Seiten der KBV und des GKV-Spitzenverbands, die Bezugspersonenregelungen in der Vereinbarung entsprechend anzupassen. Hierzu wurden die Verhandlungen bereits aufgenommen.

Der Beschluss, die Nichtbeanstandung und die Veröffentlichung im Bundesanzeiger sind auf der Internetseite des G-BA abrufbar (www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3528/).

Fazit für die Praxis

Es wurde mit diesem Beschluss formal eine psychotherapeutische Versorgungslücke für einen Personenkreis geschlossen, der bisher kaum Zugang zu ambulanter Richtlinienpsychotherapie hatte. Es bleibt zu hoffen, dass diese Patientengruppe nun auch im Alltag tatsächlich eine bessere psychotherapeutische Versorgung erhält.

AUTORIN

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

Vorsitzende des BVDP
Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie,
Psychotherapie,
Psychotherapeutische
Medizin
Breite Straße 63
56626 Andernach

E-Mail: C@Dr-Roth-Sackenheim.de



Hier steht eine Anzeige.

 Springer

20 Jahre Berufsverband Deutscher Neurologen

Neuer BDN-Vorstand gewählt

Der BDN feiert in diesem Jahr seinen 20. Geburtstag – ein Anlass für Rück- und Ausblicke. Zudem informieren wir Sie über die Zusammensetzung des neuen Vorstands.

Vor 20 Jahren wurde der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) gegründet, als sich diese einen eigenen Berufsverband für Neurologen aus allen Versorgungsbereichen wünschten. BVDN und DGN riefen eine Gründungskommission ins Leben, die Prof. Dr. Rolf Hagenah leitete. Beide Parteien waren sich einig, dass es aus politischer Weitsichtigkeit geboten war, eine wie auch immer geartete Spaltung der Neurologen zu verhindern. Das Ziel war, neben der wissenschaftlichen Repräsentation der Neurologie und neben dem Berufsverband der Nervenärzte eine berufspolitische Vertretung zu etablieren. Um die Einheit der Neurologie strukturell auch im Vorstand abzubilden, beschlossen die Gründungsväter, dass dieser satzungsgemäß Vertreter der großen

Versorgungsbereiche beinhalten und paritätisch aus Klinikern und Vertragsärzten bestehen soll. Hagenah wurde aus der Gründungskommission in den 1. Vorstand gewählt und hatte zusammen mit Dr. Uwe Meier den Vorsitz inne. Zum Ende seiner klinischen Tätigkeit schied Hagenah aus dem Vorstand aus. Sein Nachfolger Prof. Dr. Christoph Diener übernahm zum Ende seiner Mitgliedschaft im DGN-Vorstand den Vorsitz des BDN. 2011 gab Diener die meisten seiner Ämter ab, seine Position nahm Prof. Dr. Christian Gerloff ein. Gerloff wurde auf dem DGN-Kongress 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in den Vorstand und zum „president elect“ der DGN gewählt, weshalb im BDN ebenfalls eine Nachfolge zu wählen war.

Seit dem 1. Januar 2019 ist Prof. Dr. Martin Südmeyer, Chefarzt der Klinik für Neurologie am Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam, sein Nachfolger. Neu in den Vorstand gewählt wurde Prof. Dr. Christoph Kosinski, Chefarzt der Klinik für Neurologie, Rhein-Maas-Klinikum, Würselen. Kosinski ist auch Mitglied der Kommission der leitenden Krankenhausneurologen und stellt das offizielle Bindeglied zwischen der Kommission und dem BDN-Vorstand dar. Vertreter der Ordinarien im BDN-Vorstand ist Prof. Dr. Heinz Wiendl, der bereits seit vielen Jahren Vorstandsmitglied ist. Als Bindeglied zwischen BDN und BVDN ist Dr. Klaus Gehring – als einer der Vorsitzenden des BVDN – Mitglied des Vorstands. Weitere Vorstandsmitglieder sind Dr. Martin Delf, Vertragsarzt in Brandenburg, Prof. Dr. Wolfgang Freund, Vertragsarzt in Ulm sowie Prof. Dr. Elmar Busch, Leiter des Medizinischen Behandlungszentrums für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB).

Der BDN konnte sich in den letzten 20 Jahren als berufspolitische Interessenvertretung der Neurologenschaft neben dem BVDN und der DGN fest etablieren. Damals wie heute ist es dem BDN ein Anliegen, in guter Kooperation mit den Nachbarverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften gemeinsam für die Sache der Neurologen zu wirken. Diese enge Vernetzung ist nicht nur akklamatorisch, sondern auch strukturell über Verschränkungen der Vorstände und gemeinsame Gremien- und Kommissionsarbeit selbstverständlich. Um den politischen Einfluss weiter zu erhöhen, haben wir darüber hinaus die politische Geschäftsstelle in Berlin etabliert und den Spitzenverband ZNS gegründet. Als Spitzenverband werden wir zusammen mit anderen Verbänden noch häufiger und gezielter im politischen Berlin gehört.

Zwei Dekaden BDN wollen wir gerne mit unseren Mitgliedern, Kooperationspartnern, Mitstreitern und Gästen würdig feiern – mit Festvorträgen, Musik und gutem Essen. Als Termin haben wir den 6. bis 7. September 2019 in Potsdam vorgesehen. Den Termin können sich Interessierte schon jetzt vormerken – über Details werden wir noch informieren.

Dank für sieben Jahre BDN-Vorstandsarbeit!

Wir bedauern außerordentlich, dass Prof. Dr. Christian Gerloff aufgrund seiner Wahl zum künftigen Präsidenten der DGN nicht mehr dem BDN-Vorstand angehören kann.

Gerloff hat die Verbandsarbeit während der Zeit des Vorsitzes maßgeblich mitgeprägt. Zusammen mit Prof. Dr. Heinz Wiendl hat er nicht nur die Ordinarien der Neurologie im Vorstand repräsentiert. Er hat die Vorstandsarbeit vor allem auch mit seiner ebenso konstruktiven wie extrem scharfsinnigen und analytischen Art inhaltlich bereichert. Dies wird uns ebenso fehlen wie sein Sachverstand und sein enormes Wissen. Für seinen Einsatz bedanken wir uns im Namen der Mitglieder und wünschen ihm für seine Vorstandstätigkeit im DGN alles Gute und viel Erfolg.

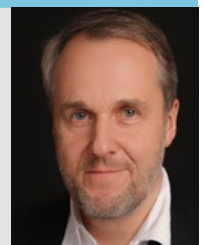


AUTOR

Dr. med. Uwe Meier

Vorsitzender des BDN
Facharzt für Neurologie
Neuro-Centrum Grevenbroich
Am Ziegelkamp 1f
41515 Grevenbroich

E-Mail: umeier@t-online.de



BVDN-Landesverband Hamburg

Arbeiten am Limit

Die Fallzahlen in den Praxen der Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Hamburg steigen immer weiter. Grund ist nicht nur der wachsende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung, sondern auch der enorme Zuzug jüngerer Menschen in die Hansestadt. Außerdem wird die ganze Region drumherum mitversorgt. Die Versorgung stößt damit an ihre Grenzen. Lichtblick: Doppelfachärzte dürfen in Hamburg die nervenärztliche Ordinationsgebühr ansetzen.

Wir sind restlos ausgebucht und haben lange Wartezeiten für neue Patienten“, beschreibt Dr. Guntram Hinz, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Hamburg, die derzeitige Situation. Nicht nur in den psychiatrischen, auch in den überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Praxen und zunehmend auch bei den Neurologen hat die Inanspruchnahme extrem zugenommen. „Dem stetig wachsenden Versorgungsbedarf können wir nicht mehr gerecht werden“, betont Hinz.

Sogwirkung der Hansestadt lässt Versorgungsbedarf steigen

Der Zuzug in die Hansestadt mit ihrer hohen Beschäftigungsquote bedeutet, dass mehr jüngere Menschen aus anderen Bundesländern und ebenso Migranten mit psychischen und neurologischen Erkrankungen zu versorgen sind. „Wir sehen immer deutlicher, dass viele Menschen zu ihren psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen stehen und auch eine entsprechende Behandlung anstreben und erwarten“, berichtet Hinz. Diese grundsätzlich positive Entwicklung hat zwangsläufig Schattenseiten für betreuende Ärzte: „Wir sehen uns einem hohen Druck ausgesetzt, weil damit häufig Fragen der Arbeitsunfähigkeit, zu Versorgungsansprüchen sowie Rentenansprüchen verbunden sind.“ Dadurch hat neben der eigentlichen Arbeit am Patienten die Bearbeitung von sozialmedizinischen Anfragen durch Krankenkassen, Medizinische Dienste, Versorgungsamt, Rentenversicherung, die Agenturen für Arbeit, Jobcenter und die Sozialgerichte extrem zugenommen.

Bedarfsplanung auch für Ballungszentren

„Wir brauchen eine vernünftige Bedarfsplanung, nicht nur für die ländlichen Gegenden, wo Ärzte fehlen, sondern auch in den Ballungszentren, wo der Bedarf so stark angewachsen ist“, fordert Hinz mit Blick auf die vom G-BA bis Mitte dieses Jahres zu erstellende Richtlinie für die neue Bedarfsplanung. Froh ist er über die Entwicklung, dass in Hamburg niedergelassene Kollegen nachkommen, die in einer langen Weiterbildungszeit beide Facharzttitle erworben haben. „Gerade diese Gruppe sollte auch gefördert werden“, meint Hinz – zum Beispiel in Form der nervenärztlichen Ordinationsgebühr, die Doppelfachärzte bislang nicht ansetzen konnten. Im August 2018 erging ein Urteil des Landessozialgerichts Hamburg, nach dem sie nun diese höhere Grundpauschale abrechnen dürfen. „Das war ein wichtiger Erfolg, der vor Gericht erzielt wurde“, betont Hinz. „Wir haben uns dafür eingesetzt, dass die KV Hamburg keine weiteren gerichtlichen Schritte gegen das Urteil einlegt. Diese hat inzwischen offiziell eingeräumt, dass Doppelfachärzte für Neurologie und für Psychiatrie/Psychotherapie mit der nervenärztlichen Ordinationsgebühr honoriert werden.“

Massive Eingriffe in die Behandlungsfreiheit

Die im neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgeschlagenen Maßnahmen werden die kaum mehr zu bewältigende Belastung der Praxen der nervenärztlichen Fachgruppen nicht bessern, bedauert Hinz. Die Terminser-



Dr. Guntram Hinz, 1. Vorsitzender des BVDN-Landesverbands Hamburg:

„Dem stetig wachsenden Versorgungsbedarf können wir nicht mehr gerecht werden.“

vicestellen werden in Hamburg sowieso nicht sehr stark in Anspruch genommen. „Wir haben ein gut kooperierendes Netzwerk von Haus- und Fachärzten, die uns die Patienten schicken. Die Terminservicestellen haben wir deshalb nie gebraucht“, sagt Hinz. „Aber wir arbeiten alle am Anschlag.“ Die gesetzlich geforderte Sprechstundenzahl bieten die Fachkollegen bereits alle. Die Regelungen des TSVG könnten also ein weiter wachsendes Berichtswesen bedeuten, das schließlich zulasten der Zeit für Patienten gehen muss. Die Vielzahl an Vorschriften im TSVG ruft im BVDN in Hamburg wie im Bund Empörung hervor. „Es gibt viele massive und unver-

schämte Eingriffe in die Behandlungsfreiheit“, ärgert sich Hinz. „Das stellt alles in den Schatten, was bisher schon so auf uns niedergegangen ist.“

Dass mit dem TSVG auch mehr Geld ins System fließen und das Geld der Leistung folgen soll, begrüßt er und ist aber noch skeptisch: „Die Frage ist doch, ob die Krankenkassen dem so folgen werden.“ Denn eines ist klar, wenn beispielsweise die Übernahme von Akutpatienten von der Terminservicestelle extrabudgetär vergütet werden soll, ist von den Krankenkassen eine ordentliche Honorarspritze nötig.

Positive Trends in Hamburg, ...

In den letzten zwei Jahren hat sich für die nervenärztlich, neurologisch und psychiatrisch tätigen Kollegen in Hamburg dennoch etwas Positives getan: „Die Honorare für Budgetleistungen haben etwas zugelegt, die nicht bezahlten Leistungen etwas abgenommen, und erfreulicherweise sind auch extrabudgetäre Leistungen dazugekommen“, erklärt Hinz. Alle, die zumindest teilweise psychotherapeutisch tätig sind, können extrabudgetär Psychotherapieleistungen für Akutbehandlung und die psychotherapeutische Sprechstunde abrechnen. Für Neurologen und Nervenärzte, soweit sie Heime betreuen, wurden laut Hinz ebenfalls relevante extrabudgetäre Zuschläge möglich.

... aber auch eine neue Prüfungswelle

Leider gab es für den Zeitraum 2015 und 2016 eine neue Welle von Prüfanträgen der Krankenkassen gegen Nervenärzte, Neurologen und Psychiater wegen der Vergütung von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, wenn die entsprechenden Verordnungen über dem Durchschnitt der Fachgruppe lagen. Die Betroffenen müssen nun für jeden einzelnen Fall begründen, warum diese Verordnung notwendig, sinnvoll und wirtschaftlich war. „Das ist eine sehr unangenehme, zeitaufwändige Arbeit, die vollkommen überflüssig ist“, betont Hinz. „Bei den von uns versorgten Krankheitsbildern gibt es ja kaum eines,

in dem die wissenschaftlich begründeten Behandlungsleitlinien nicht empfohlen würden, auch Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie zu verordnen.“ Der BVDN Hamburg berät die von der Prüfung betroffenen Mitglieder, spricht mit den entsprechenden Gremien und versucht, berufspolitisch über die KV Hamburg und den Vorstand Einfluss zu nehmen.

Noch ist die Regressgefahr wegen der Regelung „Prüfung vor Regress“ gering, aber das kann sich für den Zeitraum 2017 bereits ändern, wenn die Krankenkassen wieder genauso vorgehen, wie sie es 2016 gemacht haben. „Das Problem ist, dass wir gar nicht wissen, wie denn der Fachgruppendurchschnitt ist“, sagt Hinz. Die KV Hamburg kann dazu, anders als bei Arzneimittelverordnungen,

»Die Honorare für Budgetleistungen haben etwas zugelegt, die nicht bezahlten Leistungen etwas abgenommen, und erfreulicherweise sind auch extrabudgetäre Leistungen dazugekommen.«

auch keine Angaben machen. Woher die Prüfungsgremien ihre Angaben haben, war bislang nicht zu eruieren.

... und alter Frust

Zu einer nicht enden wollenden Geschichte sind die ausstehenden Rückzahlungen aus dem Abrechnungszeitraum 2005 bis 2008 geworden. Obwohl 2013 ein höchstrichterliches Urteil erging, dass die KV Hamburg die Honorare für diesen Zeitraum neu zu berechnen hat, hat diese zunächst nichts unternommen und auch nicht auf Nachforderungen reagiert. „Wir haben die KV Hamburg wegen Untätigkeit verklagt“, sagt Hinz, „aber die hat das bis jetzt ausgesessen.“ Einzelne Praxen, die erneut geklagt haben, erhielten Bescheide, dass der betreffende Zeitraum überprüft worden sei und die Berechnungen ergeben hätten, dass keine Nachzahlungen fällig wären. Die Berechnungsgrundlage der KV Hamburg aber wurde nicht erläutert. Inzwischen wurde gerichtlich beschieden, dass die KV das auch nicht alles offenlegen müsse. „Da hat uns die KV regelrecht vorgeführt“, beklagt sich Hinz.

Es gibt weiter viel zu tun

Die Notwendigkeit der berufspolitischen Einflussnahme mit allen Kräften wird also nicht kleiner. Deshalb ist es wichtig, auch jüngere Kollegen, die sich niedergelassen haben, sich niederlassen wollen oder die noch als angestellte Ärzte in MVZ und Praxen arbeiten, für die Mitgliedschaft im Verband zu motivieren. Der BVDN-Landesverband Hamburg versucht, die Kollegen persönlich zu kontaktieren, sie zu Sitzungen einzuladen und ihnen persönliche Gespräche und Beratungen anzubieten. Insbesondere auch berufspolitisch engagierte Mitglieder werden gesucht. „Es ist sehr wichtig, eine starke Vertretung in der KV Hamburg, Landesärztekammer Hamburg und in der Politik zu haben – auf allen Ebenen“, betont Hinz. „Wir

werden uns auch weiter in allen Gremien der KV und Landesärztekammer artikulieren, einbringen, einmischen und suchen jüngere Kollegen, die das ebenfalls

wollen.“ Die Chancen für Interessierte sind gut: Nächstes Jahr plant der Vorstand des BVDN-Landesverbands Hamburg eine Verjüngung, nachdem einige Mitglieder in den Ruhestand gehen und ihre Praxis aufgeben werden.

AUTORIN

Friederike Klein

Wissenschaftliche
Fachkommunikation
Landwehrstraße 31
80336 München
E-Mail: klein.friederike@mnet-online.de





MISSBRAUCH VON KRANKENVERSICHERUNGSKARTEN

Längere Verjährungsfristen bei Falschabrechnung

➡ Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 24. Oktober 2018 (Az.: B 6 KA 34/17 R) entschieden, dass die Kassenärztliche Vereinigung (KV) auch noch nach vier Jahren das Honorar kürzen darf, wenn ein Arzt vorsätzlich oder grob fahrlässig abgerechnet hat. Für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung gilt also nicht die sozialrechtliche Verjährung von vier Jahren. Nach dem Bekanntwerden der Umstände verbleiben der KV für eine Honorarkürzung ein Jahr Zeit. Geklagt hatte ein Anästhesist mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“. Er besaß als Krankenhausarzt eine Ermächtigung für schmerztherapeutische Leistungen. Diese war jedoch begrenzt auf Überweisungen durch schmerztherapeutisch tätige niedergelassene Anästhesisten und Vertragsärzte, die an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilnehmen. Der Kläger behandelte aber fast ausschließlich Patienten, die von einem Hausarzt

überwiesen wurden oder ganz ohne Überweisung zu ihm kamen. Um dies zu ermöglichen, hatte er eine besondere Vereinbarung mit einem in den Räumen der Klinik ansässigen Neurochirurgen mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ abgeschlossen.

Überweisung ohne Patienten gesehen zu haben

In den Räumen des Klinikarztes wurden die Versichertenkarten mit einem mobilen Kartenlesegerät erfasst und dem Neurochirurgen übermittelt, der dann die Überweisung ausstellte, ohne die Patienten je gesehen zu haben.

Nach einer Prüfung geht die KV von einem Missbrauch der Krankenversicherungskarten aus. Auch habe der Neurochirurg die Überweisungsvoraussetzungen der Ermächtigung nicht erfüllt. Mit Bescheid vom März 2014 erfolgte die Kürzung der Hono-

rare für die Quartale I bis III 2008 um über 55.000 €.

Die Kürzung bestätigte jetzt das BSG. Der Neurochirurg habe nicht an der Schmerztherapie-Vereinbarung teilgenommen. Unabhängig davon seien auch die abgesprochenen Abläufe unzulässig, weil der Chirurg ohne Patientenkontakt keine Überweisungen ausstellen hätte dürfen. Auch sei die Kürzung 2014 noch zulässig, weil für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung die übliche sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren nicht gelte, wenn ein Arzt arglistig, vorsätzlich oder zumindest grob fahrlässig fehlerhaft abgerechnet hat. Maßgeblich seien hier allein die gesetzlichen Sondervorschriften für die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Im vorliegenden Fall gehen die Richter von einem „zumindest grob fahrlässigen“ Verhalten aus. **bm**

BEFRISTETE ARBEITSVERTRÄGE

Anspruch auf Jahresurlaub verfällt nicht automatisch

➡ Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat am 6. November 2018 (Az.: C-619/16 und C-684/16) entschieden, dass der Anspruch auf bezahlten Jahresurlaub nicht allein dadurch verfällt, dass Arbeitnehmer keinen Urlaub beantragen. Das gilt auch für die Auszahlung nicht genommenen Urlaubs nach Ende einer Beschäftigung. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) und das Oberverwaltungsgericht (OVG) Berlin-Brandenburg hatten sich an den EuGH gewandt, um die Auslegung des EU-Rechts in diesen Fragen klären zu lassen.

Ein Rechtsreferendar beim Land Berlin und ein Mitarbeiter der Max-Planck-Gesellschaft hatten vor Ende ihrer Beschäftigung nicht ihren kompletten Urlaub genommen. Sie verlangten deshalb einen finanziellen Ausgleich dafür. Die Richter stellten dazu nun fest, das Unionsrecht lasse es nicht zu, dass ein Arbeitnehmer seine Urlaubstage sowie seine finanziellen Ansprüche für nicht genommenen Urlaub automatisch allein da-

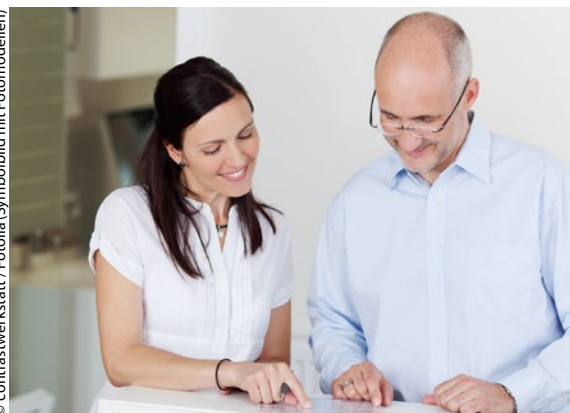
durch verliere, weil er vor Ende der Beschäftigung keinen Urlaub beantragt habe. „Diese Ansprüche können nur untergehen, wenn der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber zum Beispiel durch angemessene Aufklärung tatsächlich in die Lage versetzt wurde, die fraglichen Urlaubstage rechtzeitig zu nehmen“, so die Richter. Die Beweislast sieht das Gericht dabei beim Arbeitgeber. Es begründete dies damit, dass der Arbeitnehmer als schwächere Partei in einem Arbeitsverhältnis anzusehen sei. Über die konkreten Fälle müssen nun das OVG Berlin-Brandenburg und das BAG erneut entscheiden.

Urlaub verfällt nur nach konkreter Aufforderung

Anmerkung: Nach diesem Grundsatzurteil empfiehlt es sich, seine Mitarbeiter in der Praxis eindeutig und schriftlich darauf hinzuweisen, dass der Urlaub vor Beendigung des Vertrages zu nehmen ist. Nur wenn der Mitarbeiter trotz konkreter Aufforderung

trotzdem keinen Urlaub beantragt, hat er nach der Beendigung seines Arbeitsvertrages keinen finanziellen Ausgleichsanspruch für den nicht genommenen Urlaub. **bm**

© contrastwerkstatt / Fotolia (Symbolbild mit Fotomodellen)



Am besten Sie besprechen mit Ihrem Personal den Urlaub gemeinsam.

Rund um den Beruf

11 % des Bruttoinlandprodukts

Wohin fließt das Geld in unserem Gesundheitssystem?

Unser extrem leistungsfähiges Gesundheitssystem hat seinen Preis. So gibt Deutschland stolze 11 % seines Bruttoinlandsprodukts für das Gesundheitssystem aus. 2017 betrugen die Ausgaben erstmals über 365 Milliarden €, inklusive der vom Patienten selbst bezahlten Gesundheitsleistungen. Das bedeutet rund 1 Milliarde € pro Tag.

Hören wir uns in den Praxen um, so sind die meisten Patienten mit unserer Arbeit zufrieden. Dies bestätigt auch eine kürzlich erschienene Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Fast 91 % der Versicherten bringen den niedergelassenen Ärzten Vertrauen entgegen und sind mit der Behandlung zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Diese Zahl kann sich sehen lassen.

Neun von zehn Patienten sind zufrieden

Für diesen hohen Zustimmungsgrad leistet unser Gesundheitssystem aber auch Erstaunliches: Jeder der rund 80 Millionen Einwohner in unserem Land hat Zugang zu einer notwendigen Gesundheitsversorgung mit beitragsfreier Mitversicherung nicht arbeitender Familienangehöriger, freier Arzt- und

Krankenhauswahl, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten, Zahnbehandlung und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. All dies unterstützt von den innovativsten Behandlungsmöglichkeiten.

Leistungen weltweit beinahe einmalig

Diese Leistungsfähigkeit ist weltweit fast einmalig und erklärt ein Stück weit auch

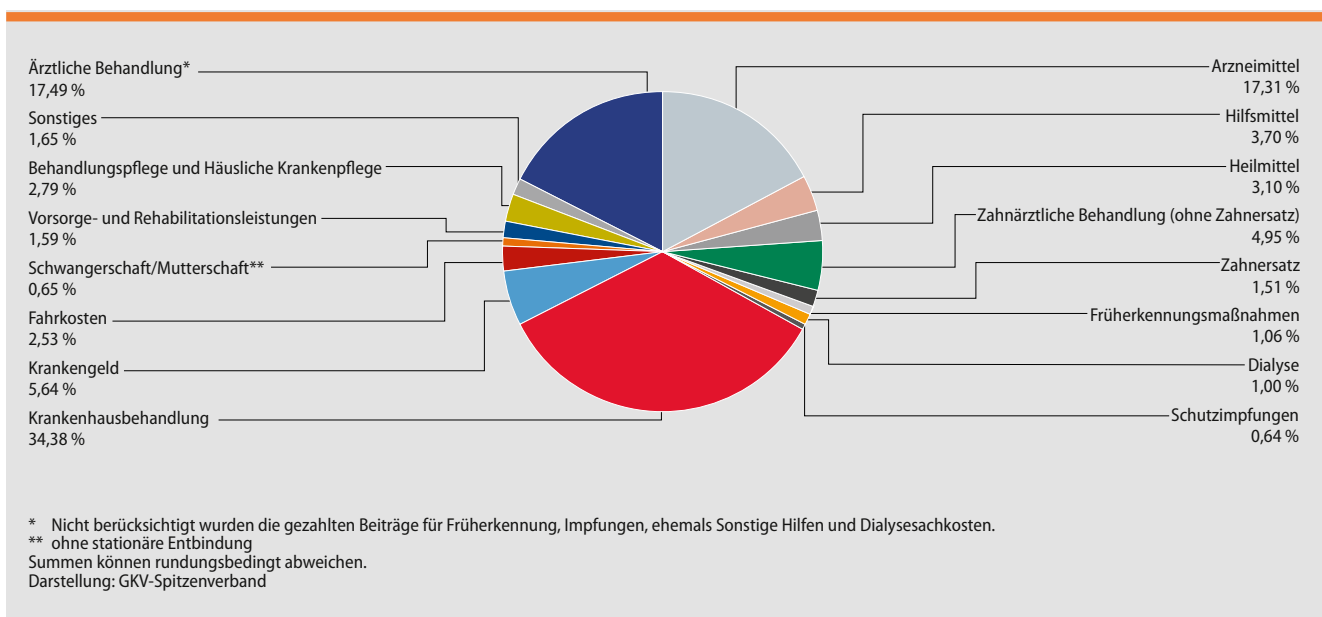


Abb. 1: Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2017 in Prozent

die guten Zufriedenheitswerte der Patienten. Wobei bekanntermaßen nicht alle Versicherten diese Privilegien zu schätzen wissen.

Der Bundeshaushalt der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2017 betrug 329 Milliarden €. Aus diesem fließen wiederum zirka 30 % in die gesetzliche Rentenversicherung. Um diese recht abstrakten Zahlen zu veranschaulichen, veröffentlicht der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedes Jahr differenziert seine Ausgaben. Die GKV gibt insgesamt rund 215 Milliarden € pro Jahr aus. Die abgedruckten Grafiken (**Abb. 1**, **Abb. 2**, **Abb. 3**) veranschaulichen sehr gut, welche Summen in den einzelnen Bereichen ausgegeben werden.

Ambulante Leistungen etwa gleich hoch wie die stationären

Wie schon seit vielen Jahren fällt besonders ins Auge, dass die Summe der GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung (38 Milliarden €, 17 %) und ambulant verordnete Arzneimittel (38 Milliarden €, 17 %) (**Abb. 5**) ziemlich genau dem Betrag entspricht, der für Krankenhausbehandlungen ausgegeben wird, nämlich 74 Milliarden € (**Abb. 4**). Dies sind 35 % der GKV-Gesamtausgaben. Lediglich 12 % der Krankenversicherten in Deutschland sind privat versichert, beihilfeberechtigt oder Selbstzahler (**Abb. 6**, **Abb. 7**). Dieser relativ kleine Patientenkreis kann also nicht für die langen Wartezeiten bei Ärzten verantwortlich sein können.

Jeder fünfte GKV-Versicherte beitragsfrei mitversichert

Etwa 16 Millionen (22 %) der GKV-Versicherten sind kostenfrei mitversicherte, nicht arbeitende Familienangehörige (Ehefrauen und Kinder). Eigentlich ist dies eine familienpolitische Ausgabe, die aus Steuermitteln finanziert werden sollte. Aus dem Bundeshaushalt fließen allerdings nur 14 Milliarden € in die GKV.

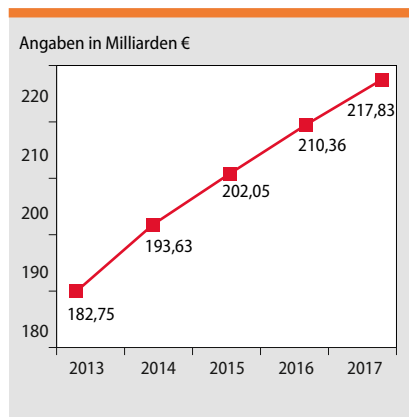


Abb. 2: Leistungsausgaben insgesamt

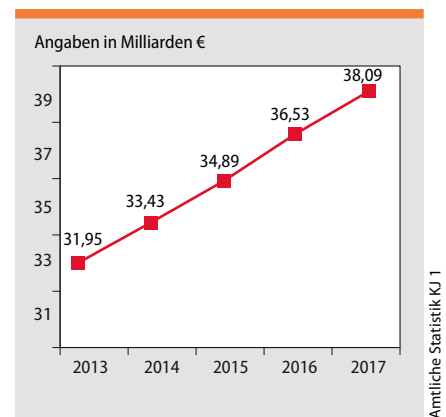


Abb. 3: Ausgaben für ärztliche Behandlungen

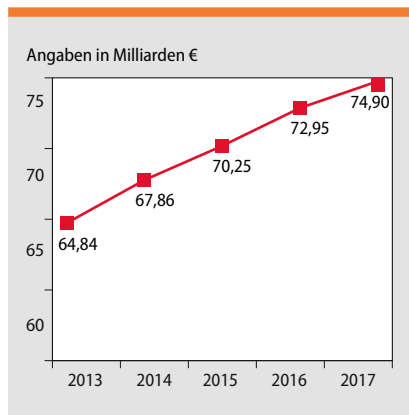


Abb. 4: Ausgaben für Krankenhausbehandlungen (insgesamt)

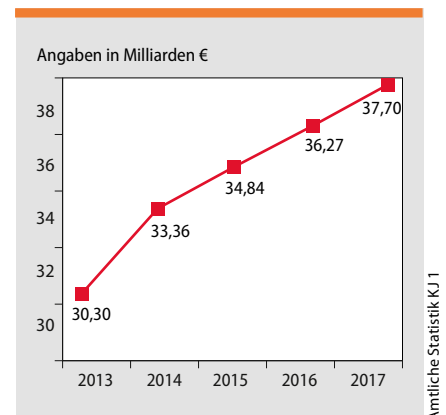


Abb. 5: Ausgaben für Arzneimittel (Apotheken, Versandhandel und Sonstiges)

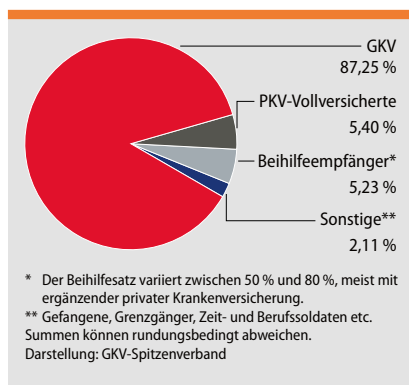


Abb. 6: Versicherte je System in Prozent

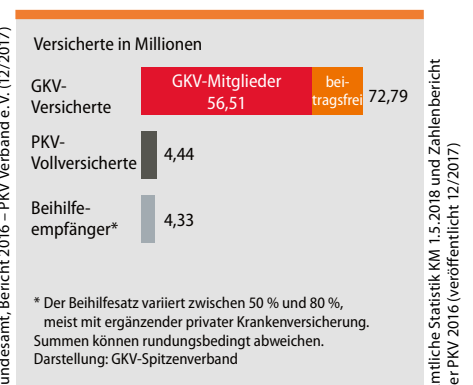


Abb. 7: Mitglieder und Versicherte GKV – PKV

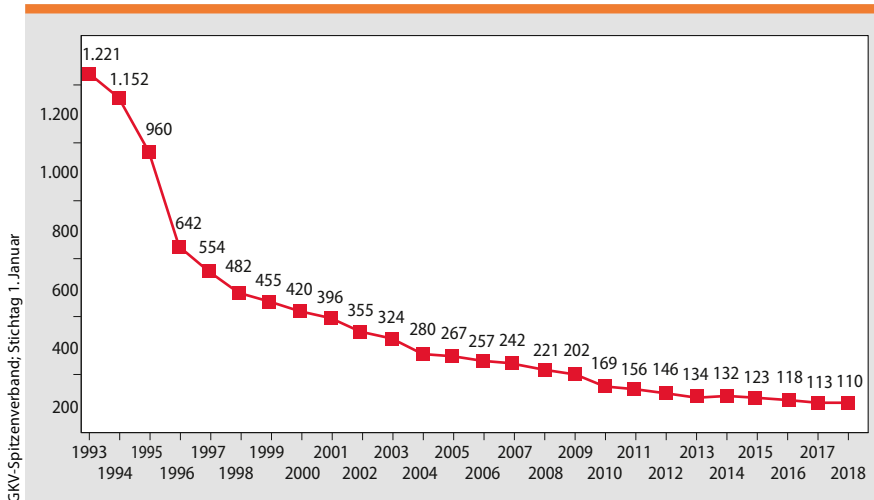


Abb. 8: Anzahl der Krankenkassen

Gemessen am familienpolitisch gewünschten Aufwand müsste dieser Betrag bei mindestens 45 Milliarden € liegen.

1993 waren in Deutschland noch über 1.200 gesetzliche Krankenkassen zugelassen. Mittlerweile ist deren Zahl durch Fusionen vor allem bei Betriebskrankenkassen, kleineren Innungskrankenkassen und Ersatzkassen auf 110 geschrumpft (Abb. 8). Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt eines ganz klar: Der Kostendruck im Gesundheitswesen und insbesondere im Bereich der GKV-Versorgung nimmt unverändert zu. Ursachen sind die immer älter werdende Gesellschaft mit deutlich erhöhter Morbidität und gleichzeitig eintretendem medizinischen Fortschritt.

Neue Therapiemethoden steigern die Kosten

Gerade in unserem Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie zeigt sich diese Entwicklung besonders deutlich. Altersbedingte Krankheiten nehmen immer stärker zu, zudem eröffnen sich neue Therapiemöglichkeiten. All dies sind starke Kostentreiber im Gesundheitswesen. In Zeiten von riesigen Überschüssen der GKV (derzeit zirka 20 Milliarden €) kann die Politik diese Problematik noch geschickt überspielen. Doch spätestens in ein paar Jahren muss die große Lösung her. Soll der oben beschriebene, weltweit einzigartige medizinische Standard gehalten werden, darf es künftig

hierzulande keine Denkverbote mehr geben. Die Deutschen sind nach wie vor Weltmeister was die Häufigkeit von Arztbesuchen betrifft. Hier muss künftig über Steuerungsmöglichkeiten diskutiert werden.

Reformierung der Notfallversorgung richtiger Schritt

Die Reformierung der Notfallversorgung ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Qualitativ hochwertige Medizin kann nur dann immer und überall verfügbar sein, wenn sie nur das medizinisch notwendige und sinnvolle beim geeigneten Patienten und entsprechen der Gesundheitsproblematik eingesetzt. Das unbegrenzte Leistungsversprechen ist irgendwann nicht mehr bezahlbar. Ein Arzt oder ein Krankenhaus ist kein Dienstleister, der auf eigenes ökonomisches Risiko alle Gesundheitsansprüche erfüllt. Ärzte sind keine App, auf die jeder zu jeder Tages- und Nachtzeit Zugriff hat, wann immer ihm danach ist.

Forderung nach sozial gestaffelter Selbstbeteiligung

Die Ärzteschaft fordert schon seit langem die sozial gestaffelte Selbstbeteiligung bei Arztbesuchen. Auch günstigere Wahltarife für die Teilnahme an einem Primärärztsystem werden vorgeschlagen. Seit der Abschaffung der Praxisgebühr darf man jedoch keinen Politiker auf dieses Thema ansprechen. Alle fürchten um Wählerstimmen. Außer-

dem muss die Politik auch den Mut haben, ärztliche Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich zu verschieben. Hiesige Krankenhäuser sind große Kostentreiber. Wiederholt machte die OECD darauf aufmerksam, dass es in Deutschland besonders viele Krankenhausbetten gibt. Krankenhäuser stehen jedoch selbst unter einem extrem ökonomischen Druck. Vieles von ihrer Versorgungslleistung kann auch der ambulante Bereich bei gleicher Qualität preiswerter leisten, wenn die Politik zwischen beiden Sektoren eine Wettbewerbsgleichheit herstellt.

Vorsicht vor neuen nichtärztlichen Heilberufen

Der falsche Weg aber wäre es die Qualität der medizinischen Versorgung durch die Hintertür abzusenken, etwa die Schaffung neuer nichtärztlicher Heilberufe an die ärztliche Leistung delegiert werden soll. Ob Digital Health uns bei der Versorgung wirklich Kranker hilft, nur um Kosten zu senken, ist noch lange nicht belegt. Vermutlich wird es sich um ein Add-on-Segment für digital affine junge Versicherte handeln. Sozusagen als Zusatzangebot zur Gesundheitsoptimierung, nicht zur Krankenbehandlung. So müssen die jährlichen GKV-Kennzahlen auch als Weckruf an die Politik verstanden werden, die großen Entscheidungen und Reformen anzugehen.

AUTOREN

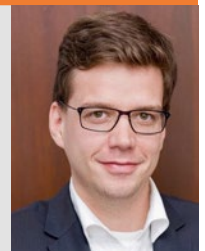
Bernhard Michatz

Rechtsanwalt
Geschäftsführer
Spitzenverband ZNS
(Spiz)
Robert-Koch-Platz 9
10115 Berlin

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

Dr. med. Gunther Carl

Stellvertretender Vorsitzender des BVDN
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie
und Psychotherapie
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen



Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Apps im Test

Tremoranalyse mit dem Smartphone

Der NeuroTransmitter hat die im Apple App-Store derzeit verfügbaren vier Apps zur Tremoranalyse einem kurzen Test unterzogen. Nur eine der Apps liefert für die Praxis brauchbare Ergebnisse.

Die Tremorfrequenz hilft manchmal bei der Differenzialdiagnose von Tremores, und die Amplitude kann als Parameter zur Verlaufskontrolle, insbesondere unter medikamentöser Therapie verwendet werden. Dazu eignet sich die Analyse über Oberflächen-EMG, aber auch neuerdings ganz simpel die Tremoranalyse per Handy, denn Smartphones haben Bewegungssensoren, die recht präzise arbeiten. Als Einschränkung gilt: Apps sind keine Medizinprodukte und Diagnose sowie Therapiekontrolle können nicht darauf basieren, sondern liegen in der Gesamtschau des Arztes.

Vor ein paar Jahren wurde im NeuroTransmitter die praktische Tremoranalyse-App der Firma Liftware vorgestellt. Damit konnte man kostenfrei Tremores analysieren und nebenbei auch noch den Zweck für die Firma, nämlich Empfehlung eines tremorresistenten Löffels, ausführen. In den neueren iPhone-Modellen funktioniert die App leider nicht mehr. Ich habe daher das derzeitige Angebot an Tremor-Apps getestet. Im Apple App-Store sind vier Apps verfügbar:

Tremometer: Kostenfrei. Aus meiner Sicht sinnfreie Angabe einer unbrauchbar hohen Tremorfrequenz (mein Test: > 100 Hz), keine verwertbare Amplitude.

Tremor measurer free: Kostenfrei (werbefreie Version kostet). Leider lediglich Anzeige eines überlagerten Bildes der Bewegungsvektoren mit Angabe eines selbsterdachten Scores, der das Ausmaß abbilden soll. Für die Therapiekontrolle nicht nachvollziehbare Einheit (Score), für die Diagnostik fehlt die Frequenz.

Tremor 12: Kostenfrei. Wohl wissenschaftliches Werkzeug, mit dem ein Bewegungsprotokoll aufgezeichnet und ex-

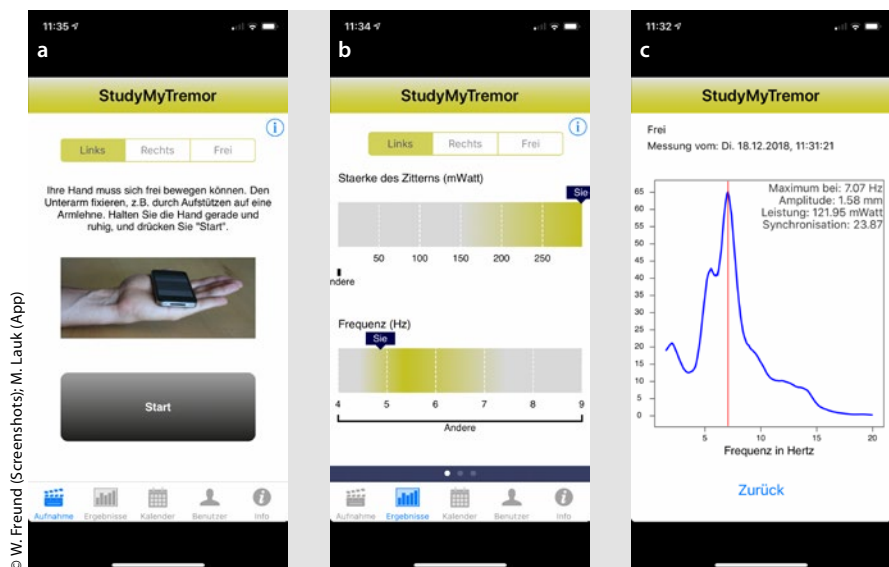


Abb. 1: Tremor-App „Study my Tremor“. a: Startbildschirm; b: Hauptfrequenz und Leistung; c: Frequenzanalyse mit Hauptfrequenz und Amplitude

portiert werden kann. Leider dadurch nur zu Forschungszwecken nutzbar, weil in der App keine Analyse erfolgt.

Study my Tremor: Kostet 4,49 € und ist damit für den normalen Nutzer, der alles kostenfrei erwartet, unerschwinglich. Ich habe die Investition gewagt. Nach Installation intuitive Bedienung: Der Startbildschirm (Abb. 1a) zeigt schon, um was es geht. Die eigentliche Aufzeichnung des Tremor läuft mit 1 min pro Seite etwas lange. Ausgabe der Daten dann grafisch gut verständlich als Hauptfrequenz und Leistung in mWatt (Abb. 1b), was als Parameter der Amplitude reproduzierbar definiert scheint. Auf der Detailansicht (Abb. 1c) kommt dann die ganze Frequenzanalyse mit Hauptfrequenz und auch Amplitude in mm. Daten können exportiert werden.

Insgesamt erscheint die App für die Praxis für die einfache Fragestellung nach Frequenz und Amplitude für die Unterstützung in Diagnostik und Therapiekontrolle (mit o.g. Einschränkung) geeignet.

AUTOR

Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

Arzt für Neurologie und Diagnostische Radiologie, Psychotherapie
Waaghausstraße 9
88400 Biberach

E-Mail: freund@neurologie-biberach.de



Heikle Lage beim Off-Label-Use von Generika

Zwischen Skylla und Charybdis

Generika für bestimmte Indikationen können manchmal auch bei anderen Indikationen eingesetzt werden, für die sie aber nicht zugelassen sind. Von Pharma-Außendienstmitarbeitern werden oftmals die Haftungs- und Regressrisiken betont. Dürfen Generika für nicht zugelassene Indikationen verwendet werden?

Wir Ärzte wollen heilen und die Patienten wollen gesunden. Jedoch gibt es auf diesem Weg sowohl die Ökonomie als auch die rechtlichen Vorgaben zu beachten. Neulich, in einer hitzigen Diskussion über Haftungsrisiko und Off-Label-Problematik beim Einsatz von Generika, waren die Fronten zwischen Sparfüchsen und Original-Liebhabern verhärtet. Von Pharma-Außendienstmitarbeitern der Originalhersteller werden insbesondere Haftungs- und Regressrisiken betont, wenn der Arzt nicht das Original mit Aut-idem-Kreuz verordnet. Hier lohnt es sich also, nochmal die Fakten hervorzuheben. Meine mittlerweile über ein Jahr gehenden Nachforschungen haben mich auf einen mäanderartigen Weg durch unsere Verwaltungsorgane geführt.

Ist Off-Label-Use von Generika erlaubt?

Der Hintergrund: Es gibt für ein Präparat, das bei Indikation A wirkt, nach neuen Studien eine Zulassungserweiterung auf Indikation B. Das wird im Beipackzettel stolz erwähnt und auch beworben. Die Frage lautet nun: Darf ein

Generikum, das auf dem Beipackzettel die Indikation A, aber nicht B enthält, in Indikation B verwendet werden? Zum Beispiel: Darf Levodopa XY in der Indikation Restless-Legs-Syndrom verwendet werden, auch wenn im Beipackzettel nur Parkinson steht? Oder darf Methylphenidat für Kinder auch Erwachsenen gegeben werden, auch wenn das Wort „adult“ nicht auf der Packung steht? Darf generisches Pregabalin auch bei generalisierter Angststörung gegeben werden? Ebenfalls neulich, in einer weiteren fachübergreifenden Diskussion: Darf die Doxazosin-Pille für die benigne Prostatahyperplasie der Patientin mit Hypertonie gegeben werden, auch wenn die Firma die Pillen meist in unterschiedlichen Packungen ausgibt, um Verwirrung zu vermeiden? Oder wächst der armen Patientin dann eine Prostata?

Angst vor Haftung

Aus ärztlicher Sicht und unter pharmakologischen Gesichtspunkten ist die Sache klar. Angst gemacht wird aber mit den rechtlichen Konsequenzen. Die Zahl der Themen und die Häufigkeit der Diskussionen zeugen vom Erfolg der Nebel-

taktik beziehungsweise vom Niedergang unseres Hippocampus. Ein Teil der Frage ist zum Glück gut geklärt: Im Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 21. Juli 2011 zum Thema Methylphenidat wird klar geäußert, dass bei Verwendung der Variante ohne formelle Zulassung „kein zusätzliches Haftungsrisiko“ entsteht, da „regelmäßig von einem bestimmungsgemäßen Gebrauch auch der anderen wirkstoffgleichen Arzneimittel auszugehen“ ist [1]. Weiter heißt es: „Der pharmazeutische Unternehmer trägt auch für solche Anwendungen die verschuldungsunabhängige Gefährdungshaftung nach § 84 Arzneimittelgesetz.“

Hinzuzufügen ist: „Sogar nach Rahmenvertrag für Apotheken werden Präparate auch in der Apotheke substituiert, wenn sie nur in einem Anwendungsgebiet übereinstimmen, wobei es nicht das Anwendungsgebiet sein muss, welche die Arzneimittelnahme bedingt“ (§ 4 des Rahmenvertrages für die Arzneimittelversorgung nach § 129 Abs. 2 SGB V). Einzig zu beachtende Ausnahme: Die Verwendung eines Arzneimittels in genehmigter Off-Label-Indikation, für die es auch bei anderen Herstellern keine Zulassung gibt. Beispiel Valproat in der Indikation Migräneprophylaxe [2]: Hier müssen die Hersteller gefragt werden, ob sie einer Anwendung zustimmen. Im Beispiel von Valproat waren das fünf von 24 Herstellern. Das entsprechende Präparat muss dann Aut-idem-gekreuzt verordnet werden, um sicherzustellen, dass der pharmazeutische Unternehmer die Haftung übernimmt.

Im Klartext: Die Verwendung von Generika auch in neuen von anderen Herstellern zugelassenen Anwendungsgebieten ist haftungsrechtlich kein Off-La-



Einsatz von Generika – wirklich immer nur „dasselbe in Grün“?

bel-Use und damit ohne Haftungsrisiko! Die Zulassung muss nur für eine wirkstoffidentische Variante und Dosierung erfolgt sein (Ausnahme s.o.). Aber Vorsicht: Zwar klingt die Aussage des Ministeriums relativ endgültig, doch ist man, wie man weiß, vor Gericht wie auf hoher See in Gottes Hand.

Keine Stellungnahme der Krankenkassen zu Regressverzicht

Unsäglich bleibt leider, dass sich die Krankenkassen trotz meines Drängens bisher nicht zu einer gemeinsamen Aussage bezüglich eines Regressverzichts durchringen konnten. Eine Aussage hierzu war: „Die Wirtschaftlichkeit der Verordnung ist nach Urteilen des Bundessozialgerichtes aber streng an den Zulassungsstatus des einzelnen Arzneimittels geknüpft.“ Erst nach mehreren Gesprächen wurde klar, dass es eventuell neben dem Preis des Medikaments noch andere Hintergründe für die Wirtschaftlichkeit geben könnte. So ist bei manchen Erkrankungen die Zahlung des Risikostrukturausgleichs (RSA) aus dem Gesundheitsfonds nicht nur von der Diagnose abhängig, sondern auch davon, dass die Diagnose behandelt wird. Und das wiederum könnte an die Zulassung des Medikaments gebunden sein. Im obigen Fall würde man bei der armen Patientin mit Doxazosin also davon ausgehen, dass die Hypertonie nicht so schlimm sein kann, wenn sie ein Medikament gegen Prostatabeschwerden bekommt und keines gegen Hypertonus.

Fazit: Es besteht bei scheinbar zulassungsübergreifender Verordnung von Generika vermutlich kein Haftungsrisiko, jedoch ein theoretisches Regressrisiko. In mündlichen Gesprächen haben Mitarbeiter der AOK erklärt, dass sie nicht für alle Krankenkassen sprechen können, aber kein Interesse an der Verfolgung dieser unter Kostengesichtspunkten sinnvollen Anwendung haben. Eine schriftliche Zusage gibt es nicht, vermutlich weil befürchtet wird, dass dann doch ein anderer Grund transparent werden könnte, wie der genannte RSA oder Ähnliches.

Zur weiteren Klärung habe ich mich an den Spitzenverband der Krankenkassen gewandt. Die zuständige Mitarbeiterin verwies darauf, dass in solchen Fäl-

len der Regress wegen eines wirtschaftlichen Schadens für die Krankenkasse eingeleitet werden könne, der aber in diesem Fall fehle, weil ja das Original teurer sei. Ein Ausweg sei in jedem Fall: nur den Wirkstoff verordnen. Sowieso sei für das Regressverfahren die jeweilige Prüfeinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zuständig. Das führte zu Dr. Peter Schwoerer, dem Vorsitzenden der Gemeinsamen Prüfeinrichtung (GPE) in Baden-Württemberg (die Regresse verfolgt). Der konnte leider auch keinen Dispens geben, wies aber doch noch auf Unwägbarkeiten vor Gericht hin. Insgesamt sei die Sache von der KV zu klären. Das brachte mich und den Sachverhalt jetzt vor den Vorstand der KV Baden-Württemberg. Und die KV konnte sich nicht schnell äußern, weil doch umfangreiche Gutachten nötig waren. Klar ist es immer noch nicht ganz, aber man versprach, in den nächsten gemeinsamen Sitzungen mit Krankenkassen und gemeinsamer Prüfeinrichtung das Thema erneut zu bearbeiten. Zwischenstand im Originalzitat: „Die Frage, ob patentrechtliche Aspekte höherrangiger sind als sozialrechtliche oder umgekehrt, konnte bisher noch nicht gerichtlich geklärt werden. Ein Vorrang des einen vor dem anderen ist daher nach wie vor leider unklar. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir in den patentfreien zugelassenen Indikationen eine Wirkstoffverordnung oder namentliche Verordnung von Generika. Für Verordnungen in patentgeschützten Indikationen empfehlen wir die Verordnung des entsprechenden Originalpräparats. Eine Regressgefahr können wir bei Verordnung eines Generikums in der patentgeschützten Indikation somit auch nicht ausschließen, da die Rechtslage bis zum heutigen Zeitpunkt – wie oben bereits erwähnt – nicht abschließend geklärt wurde.“

Einer der Gründe, warum die Antwort der KV so lange dauerte, war, dass man ein anhängiges Verfahren beim Bundessozialgericht eines Originalpräparateherstellers abwarten wollte. Der Hersteller zog jedoch kurz vor Schluss seine Klage zurück – offenbar, um bei schlechten Chancen eine höchstichterliche Klarstellung zu vermeiden und lieber die unklare Situation beizubehalten, in der

die Pharmareferenten weiterhin Drohkulissen verbreiten können.

Fazit für die Praxis

Und jetzt wird es schwierig mit einem abschließenden Fazit: Auch wenn die Praxis-Software einem die definierten Präparate vorschlägt, wäre es vermutlich am besten, wenn man nur den Wirkstoff aufschreibe und den ganzen rechtlichen Ballast weiterreichen würde. Wir sollen Wirkung und Nebenwirkung, Interaktionen und Verträglichkeit kennen. Aber mein Interesse für die Feinheiten des Patentrechtlichen und des RSA-Effekts der einzelnen Herstellungsvarianten ist deutlich geringer. Fakt ist, dass wir bei zu hohen Kosten in Regress genommen werden. Probleme bei einer zulassungsüberschreitenden Verordnung eines Generikums bei existierender Zulassung beim Originalpräparat scheinen eher theoretisch zu sein, sind aber nicht ganz auszuschließen: Eventuell entscheidet ein Richter anders als vom Bundesministerium gedacht, eventuell vermutet eine Krankenkasse einen Verlust aufgrund einer fehlenden Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds, und eventuell könnte ein Patentschützer detektivisch irgend einen Fall konstruieren. Bemerkenswert für mich war die Erfahrung, dass hochrangige Mitarbeiter der AOK oder des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der KV durchaus gesprächs- und auskunftsbereit waren, aber das Thema für so brisant hielten, dass ich nur mündliche Auskunft bekam.

Quellen

1. BMG. Schreiben an Dr. Lieschke. 2011. https://www.bvdrn-bawue.de/wp-content/uploads/2017/11/11-07-21_Methylphenidat_Haftung.pdf. Abruf am 4.10.2018.
2. AkdÄ. Drug safety mail 2010-130. <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/Weitere/Archiv/2010/20101217.pdf>. Abruf am 4.10.2018.

AUTOR

Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

Arzt für Neurologie und Diagnostische Radiologie, Psychotherapie
Waaghausstraße 9
88400 Biberach

E-Mail: freund@neurologie-biberach.de



Inkontinenz

Psychische Störungen inkontinenter Patienten

Nach dem Katalog ICD-10 zählt eine Inkontinenz nur dann als „Inkontinenz nicht organischen Ursprungs“, wenn die Auslöser tatsächlich auf psychische Gründe beschränkt sind. Die psychischen Störungen aber, die sich durch eine Inkontinenz entwickeln, werden dabei unzureichend abgebildet. Damit sind sie für die Krankenkassen kaum nachvollziehbar und münden zum Beispiel in einer unzureichenden Versorgungssituation mit Inkontinenzmitteln.

Das Krankheitsbild Inkontinenz (Darm- und Blasenentleerungsstörung) ist mittlerweile eine Volkskrankheit, die nach Angaben der Deutschen Kontinenz Gesellschaft (DKG) allein in Deutschland über neun Millionen Menschen betrifft. Die DKG beklagt in ihrer Mitgliederzeitschrift den sozialen Rückzug der Betroffenen und die Hemmung bei der Inanspruchnahme medizinischer

Hilfe [1]. Dieses typische Verhalten ist vorrangig auf psychische Störungen zurückzuführen, die im Verhältnis zur organischen Symptomatik meist so dominant werden, dass es gerechtfertigt scheint, Inkontinenz grundsätzlich als psychische beziehungsweise psychosomatische Erkrankung einzustufen – egal, ob die Inkontinenz organischen oder psychischen Ursprungs ist.

Einordnung ICD-10

Das Klassifikationssystem ICD-10 stuft sowohl die Harn- als auch Stuhlinkontinenz nur dann als „Inkontinenz nicht organischen Ursprungs“ (F98.1) ein, wenn die Inkontinenz allein psychischen Ursprungs ist [2]. Bei der deutlich häufiger auftretenden „Inkontinenz organischen Ursprungs“ bleiben folglich psychische Folgen sowohl formal im



Die psychischen Folgen einer Inkontinenz, die sich genau so anfühlen kann, wie dieser Fluss, der plötzlich mehr Wasser führt und kaum beherrschbar ist, werden im ICD-10 nur unzureichend abgebildet.

ICD-10 als auch in der alltäglichen medizinischen Praxis weitgehend unbeachtet. Dies führt dazu, dass sich Patienten mit Inkontinenz selbst beim Aufsuchen professioneller Hilfe oft hilflos und alleingelassen fühlen. Meist haben weder Haus- noch Fachärzte der Urologie, Gynäkologie, Neurologie, Gerontologie oder Onkologie die zeitlichen Ressourcen, um sich der psychischen Störungen anzunehmen. Hinzu kommen kassentechnische Versorgungsprobleme mit Inkontinenzmitteln (IKM), die viele Betroffene so mitnehmen, dass sich psychische Störungen im Zusammenhang mit einer Inkontinenz dadurch verstärken können.

IKM-Versorgung unzureichend

Es könnte ein Grund für die unzureichende Versorgung der Krankenkassen mit IKM sein, dass die Krankenkassen aufgrund der Verschlüsselung der Inkontinenz organischen Ursprungs – im ICD 10 mit den Nummern N39.3 „Stressinkontinenz“ bis N39.4 „Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz“ und R32 „nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“ [2] – die psychischen Folgen einer Inkontinenz gar nicht erkennen können. Die Diagnose „Inkontinenz“ wird dadurch vielmehr wie ein Schnupfen zum reinen Hygieneproblem degradiert. Zudem wird dieses „Hygieneproblem“ noch unzureichend gelöst: Viele Krankenkassen versorgen ihre inkontinenten Mitglieder mit ungeeigneten IKM, die preislich mit beispielsweise 16 € monatlich nur knapp über Papiertaschentüchern liegen. Anscheinend wollen die Krankenkassen es nicht wahrhaben, dass diese „harmlose“ Erkrankung bei unzureichender Versorgung zwangsläufig Ängste und Depression verstärkt und hierdurch die soziale Teilhabe gefährdet oder gar verhindert. Aus diesem Grund ist es dringend notwendig, die dominierenden psychischen Beeinträchtigung bei Inkontinenz getrennt nach ihren beiden Arten zu beschreiben, um besser verstehen zu können, wie sich Betroffene fühlen, und leichter nachvollziehen zu können, dass Tausende von ihnen am Kampf mit den Krankenkassen verzweifeln oder sich widerwillig zu Zuzahlungen für geeignete IKM durch Leistungserbringer nötigen lassen.

Psychische Störungen als Ursache der Inkontinenz

Dem Volksmund ist der Ausdruck „Der macht sich vor Angst in die Hose“ bekannt. Dahinter steckt ein aus der Tierwelt bestens bekannter sinnvoller Mechanismus: Eine durch Angst erzeugte plötzliche Entleerung des Darmes ermöglicht eine effektivere Flucht. Bei Menschen ist dieser Reflex auch vorhanden, schlimmstenfalls führt er zu einer unkontrollierten Entleerung.

Eine Inkontinenz durch eine zugrunde liegende psychische Störung gibt es sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter. Bei Kindern unterscheidet man zwei Formen: die primäre und sekundäre Enuresis. Bei der erstgenannten Form war das Kind zu keinem Zeitpunkt sauber; bei der zweiten wird ein Kind nach einem „sauberen“ Intervall erneut inkontinent. Betttränen kann als Sonderform der Inkontinenz bei beiden Formen auftreten.

Ursachen einer psychisch verursachten primären Enuresis sind zum Beispiel das Erleben von körperlicher oder seelischer Gewalt in der Familie, sexueller Missbrauch oder emotionale Vernachlässigungen (wie beispielsweise eine andauernde Ablehnung durch einen oder beide Elternteile).

Bei einer sekundären psychisch verursachten Enuresis können auch leichter korrigierbare psychische Ursachen als bei der primären Enuresis vorliegen. Ein weiteres neugeborenes Geschwister kann beispielsweise die Aufmerksamkeit der Bezugsperson so beanspruchen, dass das bereits saubere Kind mittels Inkontinenz „unbewusst“ die Aufmerksamkeit wieder auf sich lenken will. Es ist möglich, diese psychische Ursache zu beheben, wenn die Zuwendung an die Geschwister gerechter verteilt wird. Die sekundäre Enuresis kann chronifizieren, wenn dieser unbewusste Appell keine positive Zuwendung erzielt, sondern in aktive Ablehnung oder sogar aggressiven Gewalthandlungen mündet. Nur durch die Beseitigung der psychischen Ursachen ist diese Form der Inkontinenz heilbar.

Wie oben erwähnt können auch im Erwachsenenalter allein psychische Ursachen Anlass einer Inkontinenz sein: Zum Beispiel eine traumatische Erfah-

rung. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn die Traumata durch Menschen mittels psychischer oder körperlicher Gewalt verursacht wurden.

Auch andere psychische Erkrankungen können mit einer Inkontinenz einhergehen: beispielsweise Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder Neurosen. Sogar unbewusste Zuwendungsaufappelle, wie bei der kindlichen sekundären Enuresis, kommen im Erwachsenenalter vor: zum Beispiel eine absichtliche Aggressionsabfuhr von Psychopathen oder ein Einnässen/-koten, um Mitmenschen anzuklagen oder hilflos zu machen. Eine Demenz beinhaltet sowohl psychische als auch organische Ursachen einer Inkontinenz.

Psychische Störungen als Folge organisch bedingter Inkontinenz

Nicht im ICD-10 verschlüsselbar und daher vermutlich auch für die Krankenkassen schwerer nachzuvollziehen, sind die psychischen Störungen, die sich als Folge einer organisch verursachten Inkontinenz herausbilden. Ihr Ausmaß ist meist abhängig von der Art und Schwere der organischen Grunderkrankung. Oft geht eine schwere organische Erkrankung mit einer hieraus resultierenden Inkontinenz auch mit einer schweren psychischen Störung einher. Allerdings können selbst leichte organische Grunderkrankungen bei starker Inkontinenz zu massiven psychischen Störungen führen.

Die Diagnostik obliegt zunächst Hausärzten und/oder Gynäkologen, die alle weiteren Schritte koordinieren. Nur diese sind auch in der Lage, die Akutversorgung der Inkontinenz mit IKM ohne Zeitverzögerung in die Wege zu leiten. Diese muss unbedingt erfolgen, bevor die Ursachen abgeklärt und bevor die organische Therapie durch involvierte

Inkontinenzdiagnosen bei Inkontinenz organischen Ursprungs

- N39.3 „Stressinkontinenz“
- N39.4 „Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz“
- R32 „nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“



Fachgruppen (Urologen, Gynäkologen, Radiologen, Nervenärzte etc.) in Angriff genommen wird! Die Diagnostik unterstützen können die Betroffenen, indem sie ein Trink- und Ausscheidungsprotokoll anfertigen.

Wie bei jeder psychosomatischen Erkrankung sind auch bei der Inkontinenz differenzialdiagnostisch sowohl körperliche als auch psychische Ursachen zu berücksichtigen. Eine vergebliche Suche nach organischen Ursachen schließt solche aber nicht zwingend aus.

Bedarf die psychisch verursachte Inkontinenz primär einer psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Intervention, ist bei den regelmäßig vorliegenden psychischen Auswirkungen einer organisch verursachten Inkontinenz die organische Therapie meist durch psychosoziale Angebote zu ergänzen (z. B. durch Verhaltenstherapien, Erlernen von Entspannungstechniken oder eine Partnerberatung).

Symptomatik der Inkontinenz

Trotz erheblicher Unterschiede zwischen Diagnostik und Therapie organisch und psychisch verursachter Inkontinenz, unterscheiden sich subjektives Erleben und psychische Auswirkungen im Einzelfall kaum voneinander. Denn die psychisch verursachte Inkontinenz läuft unbewusst ab. Daher wird ein derart Betroffener genauso wie bei der organisch verursachten Inkontinenz abrupt damit konfrontiert, seine Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren zu können und fühlt sich dadurch hilflos. Auch die Symptome, in denen sich die psychische Auswirkungen der Inkontinenz äußern, sind in beiden Fällen gleich: Angst, Depression und/oder Aggression sowie sozialer Rückzug.

Gründe für die Ausprägung psychischer Störungen

Das Ausmaß der psychischen Störungen fußt vorrangig auf drei Punkten: Die Art der (organischen oder psychischen) Grunderkrankung; die Symptomatik der Inkontinenz und deren psychische Folgen; die Versorgungssituation der Inkontinenz. Treffen alle drei Komponenten in ungünstiger Ausprägung zusammen, werden auch die psychischen Störungen stärker auftreten: Eine unheilbare Tumorerkrankung in Verbindung mit einer kombinierten Harn- und Stuhlinkontinenz, die zum Beispiel mit einer kassentechnischen Mangelversorgung einhergeht, wird voraussichtlich die Psyche massiver beeinträchtigen, als eine adäquat versorgte Harninkontinenz bei einer Gebärmutter senkung.

Art der Grunderkrankung

Jede Erkrankung, die eine Inkontinenz zur Folge hat, kann psychische Auswirkungen der Inkontinenz verstärken.

»Ein gebrochenes Bein im Gips darf gesellschaftlich problemlos gezeigt werden, eine eingenässte oder eingekotete Person wird gesellschaftlich nicht toleriert.«

Hierzu gehören sowohl alle Tumoren, die eine Inkontinenz direkt verursachen können (Blase, Gebärmutter, Scheide, Prostata, Dickdarm oder des Nervensystem wie Hirn und Rückenmark), aber auch weniger gefährliche chronische und unheilbare Grunderkrankungen (wie Multiple Sklerose, Wirbelsäulenverletzungen, Schlaganfälle, Darmerkrankungen wie Colitis ulcerosa und Morbus Crohn). Neueste Erkenntnisse belegen sogar, dass über 30 % aller Tumoren mit Inkontinenz einhergehen [3]. Dank erfolgreicher Krebstherapien verschwindet der Krebs heutzutage oft wieder und der Krebspatient überlebt, die Inkontinenz bleibt jedoch bestehen [3].

Aber selbst harmlose Erkrankungen können psychische Störungen im Rahmen der Inkontinenz verursachen. Beispiele hierfür sind die Dranginkontinenz bei der gutartigen Vergrößerung der Prostata oder veranlagungs- und/oder alterungsbedingte Bänderdehnun-

gen der Beckenbodenmuskulatur, die möglicherweise einen sozialen Rückzug bewirken. Selbst weitgehend ungefährliche Ereignisse wie Geburten, die wegen einer Muskelschwäche des Beckenbodens mit Inkontinenz einhergehen, verdoppeln das Depressionsrisiko bei jungen Müttern [4].

Inkontinenzsymptomatik und psychische Folgen

Unabhängig von der Ursache der Inkontinenz unterscheiden sich die psychischen Abläufe beim erstmaligen Auftreten der Inkontinenz nicht. Das Maß der psychischen Belastung ist aber abhängig von der Ausprägung der Inkontinenz: Handelt es sich um eine isolierte Harn- oder Stuhlinkontinenz oder eine kombinierte Harn- und Stuhlinkontinenz? Welche Art Inkontinenz liegt vor (eine Belastungs-, Drang-, Überlauf- oder Mischinkontinenz)? Wie schwer ist die Inkontinenz und wie häufig muss der Betroffene sich entleeren? Und vor allem,

wie viel Zeit ist vom Beginn bis zur Behebung der Inkontinenz oder bis zur erfolgreichen Anwendung von IKM vergangen?

Den Blasen- oder Darminhalt sicher zu speichern und den Zeitpunkt und den Ort der Entleerung selbst zu bestimmen, ist eine Grundvoraussetzung für das gesellschaftliche Zusammenleben. Ein Kontrollverlust über die Ausscheidung schädigt die psychische Stabilität und somit das Verhältnis zur Umwelt. Während zum Beispiel ein gebrochenes Bein im Gips gesellschaftlich problemlos gezeigt werden darf, wird eine eingenässte oder eingekotete Person gesellschaftlich nicht toleriert. Auch der Betroffene selbst toleriert sein „Unglück“ nicht. Solch „peinlichen Unglücken“ droht immer ein sozialer Ausschluss. Diesen unterhält auch jeder Betroffene so lange selbst, bis die Inkontinenz erfolgreich behandelt ist oder IKM eine gefahrlose gesellschaftliche Teilhabe erlauben.

Zunächst ist aber kein Mensch in der Lage, ohne psychische Beeinträchtigung das erstmalige und fortgesetzte Auftreten der Inkontinenz einfach „wegzustecken“. Selbst Vorwarnungen vor operativen Eingriffen oder Geburten können nicht verhindern, dass die Betroffenen erst mal entsetzt und geschockt an sich herab oder ins Bett blicken, wo das deut-

dieser Angst wird oft die Trinkmenge reduziert, was bei Älteren zu Verwirrheitszuständen führen kann, die ebenfalls mit einer erhöhten Sturzgefahr und Knochenbrüchen einhergehen können [5]. Eine unzureichende Versorgung mit IKM verstärkt diese Ängste. Damit trägt sie zu einer verkürzten Lebenserwartung bei! Denn jeder vierte Ältere, der einen

»Aus Angst vor erneutem Einnässen, reduzieren Ältere oft die Trinkmenge, was zu Verwirrheitszuständen mit erhöhter Sturzgefahr und Knochenbrüchen führen kann. Damit trägt eine unzureichende Versorgung mit Inkontinenzmitteln zu einer verkürzten Lebenserwartung bei!«

lich sichtbare und als schmutzig erlebte „Versagen“ oft weniger auf das verursachende Organ, sondern auf sich selbst zurückgeführt wird. Jeder Mensch wird danach völlig „normal“ reagieren und alles versuchen, um das „Unglück“ zu verheimlichen. Scham- oder Schuldgefühle sind dabei sehr häufig. Sie können so stark sein, dass die verschmutzte Kleidung oder Bettwäsche heimlich im Müll entsorgt wird.

Aggression, Angst und Depression durch „eigenes“ Versagen

Die durch Inkontinenz entstandene Wut und Aggression über „das eigene“ Versagen wird meist unterdrückt. Dieses Aggressionspotenzial verschwindet jedoch nicht folgenlos, sondern staut sich auf und wendet sich über kurz oder lang gegen den Betroffenen selbst. Meist äußert sich diese „Aggressionsumkehr“ in Form einer Depression. In Verbindung mit Angst vor weiterem „Versagen“ ist ein sozialer Rückzug vorprogrammiert, der die Depression verstärkt. Auch Suizidgedanken können auftreten. Vermutlich gibt es einen Zusammenhang zwischen einer hohen Inkontinenz- und Suizidrate mit zunehmendem Alter; dies bedarf allerdings einer wissenschaftlichen Bestätigung.

Angst entwickelt sich in diesem Zusammenhang besonders vor dem Einnässen in der Öffentlichkeit. Dies führt laut Robert-Koch-Institut besonders bei Dranginkontinenz von Älteren zu einer erhöhten Sturzgefahr und dadurch bedingten Knochenbrüchen [5]. Aufgrund

Knochenbruch erlitten hat, verstirbt innerhalb der nächsten zwölf Monate [6, 7].

Depressionen bei Inkontinenz sind gut belegt [8, 9, 10, 11]. Diese liegen je nach Dauer in einer „akuten“ oder „reaktiven ängstlich gefärbten Depression“ vor, darüber hinaus auch in Form einer „länger dauernden“ oder „chronifizierten“ Depression, die zu einer Persönlichkeitsveränderung im Sinne einer „depressiven Persönlichkeit“ führen kann.

Alle psychischen und psychosozialen Folgen können reduziert werden, wenn die Ursachen der Inkontinenz beseitigt oder verbessert werden oder eine komplikationsfreie Versorgung mit IKM erfolgt. Deshalb ist es so wichtig, Betroffene zeitnah mit geeigneten IKM auszustatten; denn dies ist die Grundvoraussetzung für die Beseitigung von psychischen Probleme, die infolge einer Inkontinenz entstehen.

Völlig ungenügende Versorgung inkontinenter Patienten

Der bedeutendste dritte Punkt, der in Folge einer Inkontinenz eine psychisch Störung verstärken kann, wird durch die gesetzlichen Krankenkassen verursacht: die unzureichende Versorgung mit IKM. Seit diese und deren vertraglich beauftragten Leistungserbringer über das erforderliche IKM entscheiden, und nicht mehr der Arzt und der Patient, ist eine unzureichende Versorgung nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Diesem entwürdigenden Sachleistungsprinzip liegt ein Geschäftsmodell zugrunde, das

Tausende von Betroffenen zu schriftlichen Anträgen nötigt und in Selbsthilfegruppen treibt [12].

Verweigerung der wohnortnahen Versorgung

Nach dem SGB V § 127 Abs. 1 Satz 2 ist die wohnortnahe Versorgung mit Hilfsmitteln gesetzlich vorgeschrieben [13]. Diese wird aber von vielen gesetzlichen Krankenkassen verweigert. Deshalb verzögert sich die Erstversorgung und Anpassungen bei einem veränderten Bedarf werden erschwert. Obwohl auch das Bundesversicherungsamt im Tätigkeitsbericht 2015 diese Verzögerung beanstandet [14], beharrt beispielsweise die DAK auf einer gesetzwidrigen wohnortfernen Versorgung, indem sie alle bayrischen Inkontinenten an einen Berliner Lieferanten bindet. Dieser verzögert die Erstversorgung noch zusätzlich, indem er nur ein einziges zuzahlungsfreies IKM zur Verfügung stellt. In den meisten Fällen ist dieses Material zudem noch völlig ungeeignet. So werden die Betroffenen genötigt, die Mehrkosten für ein geeigneteres Produkt privat zu tragen. Dieses von der DAK vertraglich vereinbarte Geschäftsmodell, welches eine Fülle weiterer Rechtswidrigkeiten beinhaltet, wurde bereits in der Ausgabe 10/2017 des NeuroTransmitters beanstandet [15].

Der psychischen Störung begegnen

Vergleicht man die Symptome der Inkontinenz mit den psychischen Störungen, die aus einer Inkontinenz resultieren, dann übersteigen die psychischen Auswirkungen bei weitem die Probleme, die durch eine Inkontinenz direkt entstehen. Natürlich wäre die wichtigste Hilfestellung, um eine sofortige und sichere Beherrschung der Inkontinenz zu gewährleisten und so der Verschlimmerung psychischer Störungen entgegen zu wirken, die Beseitigung der organischen Inkontinenzzursachen. Das ist aber praktisch nie sofort oder auch nicht immer vollständig möglich. Deshalb sind die Betroffenen auf eine funktionsfähige IKM-Versorgung angewiesen.

Wie weiter oben dargestellt, kann eine unzureichende IKM-Versorgung sogar so weit führen, dass zum Beispiel aus



Angst vor einem weiteren Einnässen die Trinkmenge reduziert wird. Und dadurch kann es zu Verwirrtheit, Stürzen mit Knochenbrüchen kommen, die wiederum den vorzeitigen Tod der Betroffenen zur Folge haben können. Daher sind IKM nicht nur Hilfsmittel zur hygienischen Entsorgung von Ausscheidungen: Sie sind vorrangig Heilmittel zur Ver-

» Es ist wichtig, den Betroffenen zu vermitteln, dass Inkontinenz keine Schande ist und deshalb offen angesprochen werden kann. «

hinderung und Behandlung von Ängsten und Depressionen bei inkontinenten Patienten. Für die von Inkontinenz Betroffenen wirken IKM quasi wie Antidepressiva – und müssen deshalb von Krankenkassen genauso eingestuft werden! Um diesen Umstand zu verbessern, müssen die derzeit noch als Hilfsmittel eingestuften IKM als Therapeutikum unter den gleichen Verordnungsbedingungen wie Arzneimittel wohnortnah über Apotheken oder Sanitätshäuser bereitgestellt werden. Außerdem ist es notwendig, dass Therapeuten und Betroffene entsprechend der Hilfsmittelrichtlinie (§ 6 Abs. 6) [16] die freie Wahl haben, welche IKM sie bestellen, und dass sie von der zweiten Zuzahlung befreit werden.

Psychische Auswirkungen von verändertem Sexualleben

Jede Inkontinenz beeinträchtigt nicht nur die psychosoziale Stabilität des Betroffenen selbst, sondern auch das psychosoziale Umfeld in Partnerschaft und Familie. Die Probleme in der Partnerschaft können sich von der Pubertät bis ins hohe Alter hinziehen. Eine Inkonti-

nenz kann beispielsweise in der Pubertät die Partnersuche erschweren oder sogar gänzlich verhindern. Sie kann auch dazu führen, dass die Partnersuche in einer unüblichen Partnerschaft endet (z. B. mit einem Partner, der Windeln im Sinne eines Fetischs oder abnorme Sexualpraktiken interessant findet). Allerdings fehlen hier verlässliche Zahlen, beispielsweise über das tatsächliche Ausmaß der Inkontinenz bei eingefleischten „Jungesellen/innen“, welche die weitreichenden Folgen einer Inkontinenz im Sinne einer psychischen Beeinträchtigung durch eine unausgefüllte Lebensgestaltung prägen können.

Auch in einer bereits bestehenden Partnerschaft, wird jeder „gesunde“ Partner durch einen inkontinenten Partner unweigerlich psychisch beeinträchtigt. Das Ausmaß kann im sexuell aktiven Alter den Fortbestand der Beziehung gefährden, weil sich das Sexualleben

sehr verändert, oder weil der Partner in einem höheren Lebensalter mit weniger Priorität auf der Sexualität durch einen erhöhten pflegerischen Aufwand überfordert ist. Oft sind Frauen geduldiger in der Akzeptanz eines inkontinenten Partners hinsichtlich eines veränderten Sexuallebens oder des hohen pflegerischen Aufwands als Männer.

Belastung der nächsten Angehörigen

Besteht keine Partnerschaft, dann werden oft die nächsten Angehörigen mit der Pflege belastet. Hier sind es meist weibliche Familienmitglieder, welche die Versorgung von Inkontinenten übernehmen. Dennoch gehört die Inkontinenz zu den häufigsten Ursachen für eine Aufnahme in ein Pflegeheim. Eine psychische Störung sowohl bei den Pflegenden als auch bei den von Inkontinenz Betroffenen ist vorprogrammiert, wenn beispielsweise die Schwiegertochter bei der ungeliebten Schwiegermutter die durch die Inkontinenz verursachte „Dreckarbeit“ machen muss. Führt diese Konstellation bei beiden Beteiligten

zu einer Depression, kann dies wechselseitige Aggressionen zur Folge haben und in Handgreiflichkeiten ausarten. Diese Gefahr besteht natürlich auch in Pflegeheimen.

Wege aus der Rückzugsschleife

Wer von Inkontinenz überrascht wird, ist bei über neun Millionen Betroffenen in Deutschland [1] nicht allein. Es gibt folglich keinen Grund, in der Isolation zu verharren und zu verzagen. Mit engagierter professioneller Hilfe kann die Inkontinenz mit IKM beherrscht und im Laufe der Zeit gebessert oder gar geheilt werden. Es ist wichtig, den Betroffenen zu vermitteln, dass Inkontinenz keine Schande ist und deshalb offen angesprochen werden kann. Eine Verheimlichung gelingt in der Regel sowieso nicht. Zudem kann eine Versorgung mit geeigneten IKM eine nahezu komplette soziale Teilhabe ermöglichen.

Entscheidend für die Wiedergewinnung der psychischen Stabilität ist bei jedem erstmaligen Auftreten der Inkontinenz eine unverzügliche und dauerhafte Versorgung mit ausreichend geeigneten IKM. Deshalb müssen sich die Betroffenen das Recht auf eine selbstbestimmte medizinische Behandlung zurückerobern. Ärzte können zur Durchsetzung dieses Ziels auf dem Rezept grundsätzlich die zehnstellige, hilfsweise die siebenstellige Nummer des Hilfsmittelverzeichnisses [17] einsetzen. So sollte es Ärzten und Patienten gemeinsam gelingen, psychische Folgestörungen der Inkontinenz zu minimieren.

AUTOR

Dr. med. Argeo Bämayer

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Postfach 1364
96403 Coburg



E-Mail: drbaemayer@ungwana.de

Hier steht eine Anzeige.



Literatur

1. Deutsche Kontinenz Gesellschaft. Wenn Neujahr zur 00-Nummer wird. kontinenz aktuell. 2017; 1(71): 22.
2. Graubner B. ICD-10-GM 2018 systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) – German Modification. 10. Aufl. Schorndorf: Deutscher Ärzteverlag; 2017.
3. Deutsche Kontinenz Gesellschaft. „Vergessenes Problem“ belastet viele Krebspatienten. kontinenz aktuell 2017, (1) 71: 21.
4. Harninkontinenz verdoppelt Depressionsrisiko bei jungen Müttern. DÄB. 2011; 22. Juni 2011. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=46348&s=Depressionsrisiko&s=Harninkontinenz&s=verdoppelt> (24 Sept 2018).
5. Niederstadt C, Gaber E, Fügen I. Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt. Harninkontinenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2007(39). http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=11170&suchstring=heft_39&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&p_lfd_nr=1&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=24887156&hlp_nr=3&p_janein=J (24 Sept 2018).
6. Durwen HF. Der Sturz im Alter - Annäherung an ein geriatrisches Problem. Neuro Geriatrie. 2009; 6(4):147-50.
7. Becker C et al. Unfallfolgen nach Sturz: Funktionelle Defizite und soziale Beeinträchtigungen nach proximalen Femurfrakturen Älterer. Z Gerontol Geriat. 1999;32(5): 312-17. <https://rd.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs003910050122.pdf> (24 Sept 2018).
8. Dugan E, Cohen SJ, Bland DR et al. The association of depressive symptoms and urinary incontinence among older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2002;48(4):413-6.
9. Fultz NH, Jenkins KR, Ostbye T et al. The impact of own and spouse's urinary incontinence on depressive symptoms. Social Science and Medicine. 2005;60:2537-48.
10. Melville JL, Katon W, Delaney K et al. Urinary incontinence in US women. A population-based study. Arch Intern Med. 2005;165:537-42.
11. Zorn BH, Montgomery H, Pieper K et al. Urinary incontinence and depression. J Urol. 1999;162(1):82-4.
12. Selbsthilfverband Inkontinenz. Forenbeitrag. Zuverlässiger Schutz für alle? - Versorgungssituation mit aufsaugenden Inkontinenzhilfen. 31. Juli 2016. https://www.selbsthilfverband-inkontinenz.org/svi_suite/svisuite/nachrichten.php?mode=5 (24 Sept 2018).
13. SGB Buch V. Gesetzliche Krankenversicherung. In: Sozialgesetzbuch (SGB). Bücher I-XII: Allg. Teil. 47. Aufl. München: Beck-Texte im dtv-Verlag;2018.
14. Bundesversicherungsamt: Versorgung mit Hilfsmittel bei Inkontinenz, in: Tätigkeitsbericht 2015. S. 21. <http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/epaper/index.html> (24 Sept 2018).
15. Bämayer, A. Versorgung mit Inkontinenzmitteln, Inkontinente Patienten werden entmündigt, entwürdigt und erpresst. NT; 2017(10):12-15. <https://www.bvdm.de/imagines/neurotransmitter/2017/10-2017-Neuro-Transmitter.pdf> (24 Sept 2018).
16. Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL). Stand: 17. Februar 2017. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1352/HilfsM-RL_2016-11-24_IK-2017-02-17.pdf (24 Sept 2018).
17. GKV-Spitzenverband: Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes. https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action (24 Sept 2018).



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

Abrechnungsprobleme

So rechnen Sie richtig nach GOÄ ab

Details der GOÄ bringen den Arzt nicht selten zur Verzweiflung. Dies kommt vor allem bei bestimmten Patientengruppen zum Tragen, wenn Rückfragen kommen oder die private Krankenversicherung beziehungsweise die Beihilfestelle einzelne Positionen nicht bezahlen.

Angemessenes Honorar und Steigerungssatz

In einem jüngeren Urteil stellte das Landesberufsgericht für Heilberufe Münster (Az.: 6t A 2817/13.T) zur Anwendung des Steigerungssatzes bei der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) fest, dass niedergelassene Ärzte berufswidrig handeln, die ihr Honorar vorsätzlich durchgängig unter Anwendung des höchsten Steigerungssatzes (3,5- bzw. 2,5-fach, Kap. A, E, O) in Rechnung stellen.

Es stellt keinen Fehlgebrauch des Ermessens dar, wenn persönlich-ärztliche Leistungen, die durchschnittlich schwierig sind, 2,3-fach abgerechnet werden. Wird aber dieser Schwellenwert überschritten, muss das der Arzt für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar auf die einzelne Leistung bezogen schriftlich begründen. Im

Vergleich mit dem Durchschnittsfall muss sich dem Patienten erschließen, dass die über den Schwellenwert von 2,3-fach abgerechnete Leistung beim individuellen Patienten langwierig und/oder überdurchschnittlich schwierig war. Allein die besondere ärztliche Qualifikation berechtigt nicht zu einem erhöhten Steigerungsfaktor. Nur eine vorsätzliche und/oder offensichtlich fehlerhafte oder außerhalb jeder vertretbaren rechtlichen Meinung befindliche Abrechnungspraxis stellt einen sanktionsfähigen Verstoß gegen die Berufspflichten dar.

Höherer Steigerungsfaktor bei vollständiger Untersuchung

Der häufigste Grund im neuropsychiatrischen Bereich, einen bis zu 3,5-fachen Steigerungssatz in Rechnung zu stellen, ist die „vollständige“ neurologische be-

ziehungsweise psychiatrische Untersuchung anstelle der in der Leistungslegende angesprochenen „eingehenden“ neurologischen und/oder psychiatrischen Untersuchung. Beide Untersuchungen können übrigens falls erforderlich im Bereich der GOÄ nebeneinander abgerechnet werden und sind nicht – wie im einheitlichen Bewertungsmaßstab der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – gegeneinander ausgeschlossen.

Eingehende neurologische Untersuchung GOP 800: Eine „vollständige“ neurologische Untersuchung kann gegebenenfalls mit einem erhöhten Steigerungsfaktor bis 3,5 berechnet werden. Mit einer „eingehenden“ neurologischen Untersuchung ist nicht eine „vollständige“ neurologische Untersuchung gemeint. Die „vollständige“ neurologische



Die letzten Veränderungen der GOÄ sind für den Arzt nicht immer auf den ersten Blick durchschaubar.

Untersuchung besteht aus der Untersuchung von Hirnnerven, Reflexen, Motorik, Sensibilität, Koordination und des Vegetativums. Nach gängiger Kommentierung ist der Leistungsinhalt der „eingehenden“ neurologischen Untersuchung dann erfüllt, wenn mindestens drei von sechs dieser Bereiche untersucht wurden. Natürlich kann die GOP 800 in der GOÄ auch von einem Psychiater erbracht werden.

Eingehende psychiatrische Untersuchung GOP 801: Die „vollständige“ psychiatrische Untersuchung besteht aus den Bereichen Bewusstsein, Orientierung, kognitiv-mnestische Funktionen, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, inhaltliches und formales Denken, Ich-Störungen. Hier kann gegebenenfalls ein erhöhter Steigerungsfaktor von bis zu 3,5 angewendet werden (Begründung: „vollständige“ psychiatrische Untersuchung). Wie bei der „eingehenden“ (bis 2,3-fach) neurologischen Untersuchung (GOP 800) müssen nicht unbedingt alle Teilbereiche untersucht werden. Natürlich kann die GOP 801 in der GOÄ auch von einem Neurologen erbracht werden. Die Häufigkeit der GOP 800 und 801 in der GOÄ ist nicht limitiert. Sie richtet sich nach den diagnostischen und therapeutischen Notwendigkeiten des Einzelfalles. Dies entscheidet und verantwortet der Arzt.

Zeitangaben in der GOÄ

Nach § 12 GOÄ sind bei manchen Leistungen Zeitangaben in der Rechnung verpflichtend. Dies ist beispielsweise bei den GOP 3 (Eingehende Beratung, mindestens 10 Minuten) und 34 (Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit..., mindestens 20 Minuten) der Fall, die in den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie besonders häufig vorkommen.

Manchmal kann auch die Angabe der Uhrzeit sinnvoll sein, beispielsweise wenn der Patient an einem Tag zweimal die Praxis aufsuchte und mehrere, sich laut GOÄ eigentlich ausschließende Leistungen erforderlich wurden. In der GOÄ heißt es hierzu: „(...) die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des

Krankheitsfalles geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben.“ Mit der Angabe der Uhrzeit lässt sich klarstellen, dass beispielsweise die GOP 1 (Beratung – auch mittels Fernsprecher, 8:53 Uhr) nicht „neben“ der GOP 3 (Eingehende Beratung, mindestens 10 Minuten, 16:12 Uhr) stattfand. Dies ist bei allen Leistungen sinnvoll, die laut GOÄ-Vorschrift nicht nebeneinander in der gleichen Sitzung berechenbar sind.

Basis- und Standardtarif in der GOÄ

Der Basistarif wurde 2009 eingeführt, um hilfebedürftigen Nicht-GKV- oder überhaupt nicht Krankenversicherte privat zu versichern. Dazu gehören auch freiwillig GKV-Versicherte und Beihilfeberechtigte, die einen ergänzenden Versicherungsschutz benötigen. Sofern eine andere Krankenversicherung nicht besteht, sind diese Patienten versicherungspflichtig. Sie können den Basistarif wählen. Die private Krankenversicherung (PKV) ist kontraktionspflichtig.

Der Standardtarif ist für langjährig PKV-Versicherte gedacht, da sich ihre Alterungsrückstellungen deutlich beitragsreduzierend auswirken. Dadurch liegt der Beitrag meistens erheblich unter dem GKV-Höchstbeitrag. Der Standardtarif steht Versicherten offen, die vor dem 1. Januar 2009 in die PKV gewechselt sind, seit mindestens zehn Jahren privat krankenversichert und mindestens 65 Jahre alt sind beziehungsweise mindestens 55 Jahre alt sind oder eine Rente/Pension beziehen, wenn ihr gesamtes Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze der GKV nicht übersteigt.

Basis- und Standardtarif-Versicherte müssen vor Behandlungsbeginn den Arzt darauf hinweisen, dass sie eine GOÄ-Rechnung erhalten, jedoch mit deutlich reduzierten Steigerungssätzen und reduzierten Leistungsansprüchen. Bei beiden Versichertengruppen besteht für den Arzt Behandlungspflicht, denn der Sicherstellungsauftrag der KVen betrifft auch die Versorgung dieser Patienten. Dabei haben Basistarif-Versicherte keine freie Arztwahl. Sie dürfen sich nur von KV-Vertragsärzten behandeln lassen. Die Mit- oder Weiterbehandlung

darf nur per GKV-Überweisungsschein stattfinden. Standardtarif-Versicherten steht es frei, sich auch von reinen Privatärzten behandeln zu lassen; sie benötigen für die Weiterüberweisung kein GKV-Formular.

Bei Basistarif-Versicherten entspricht der Leistungsumfang in etwa dem der GKV. Diesen Tarif haben in Deutschland rund 30.000 Personen. Die rund 46.000 Mitglieder der Standardtarif-Versicherung haben ebenfalls im wesentlichen Anspruch auf den GKV-Leistungsumfang. Für ambulante Psychotherapie, spezialisierte ambulante Palliativversorgung, Kuren, Reha-Aufenthalte, Haushaltshilfen, Soziotherapie oder Krankentagegeld benötigen sie eine separate Zusage ihrer PKV.

Basistarif-Versicherte bekommen von ihrer PKV beim Labor den 0,9-fachen Satz ersetzt, in den Abschnitten A, E, O den 1,0-fachen und bei den übrigen Leistungen den 1,2-fachen Satz. Mehr darf der Arzt in der Rechnung auch nicht verlangen. Die GOÄ-Rechnung ist im üblichen GOÄ-Modus zu stellen, zusätzlich muss die Vertragsarztnummer (LANR) angegeben werden.

Bei den Standardtarif-Versicherten sind dies beim Labor 1,16-fach, bei den Abschnitten A, E, O der 1,38-fache und bei den übrigen Leistungen der 1,8-fache Satz. Höhere Steigerungsfaktoren dürfen nur für Leistungen in Rechnung gestellt werden, die keine GKV-Leistungen sind.

AUTOR

**Dr. med.
Gunther Carl**

Stellvertretender
Vorsitzender des BVDN
Facharzt für Neuro-
logie, Psychiatrie
und Psychotherapie
Friedenstraße 7
97318 Kitzingen

E-Mail: carlg@t-online.de



Fortbildung

The background of the entire page is a deep blue night sky filled with numerous small, bright white stars. In the center, two human hands are shown from the wrist up, reaching towards each other. The fingers are slightly curled, and a bright, warm yellow light emanates from the space between the two index fingers, creating a lens flare effect. The hands are positioned diagonally across the frame, with one hand on the left and the other on the right.

Die Bedeutung von Religiosität und Spiritualität für die (psychische) Gesundheit und die Krankheitsverarbeitung ist erst in Ansätzen erforscht.

© Sergey Nivens / stock.adobe.com

Systematischer Überblick

Die Rolle der Spiritualität in der Behandlung von Suchterkrankungen

Die weltweite Bewegung der „Anonymen Alkoholiker“ hat die spirituelle Dimension als zentral in ihrem Grundkonzept verankert und kann auf eine viele Jahrzehnte dauernde, erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Kaum geklärt ist allerdings die empirische Befundlage hinsichtlich der Fragestellung, welche Rolle die Integration einer spirituellen Komponente für die Behandlung von Suchterkrankungen spielen kann. In diesem Beitrag soll anhand von empirischen Studien ein Überblick zur Bedeutung der spirituellen Dimension im Umgang mit Suchterkrankungen gegeben werden.

ANDREAS KIMMERLE^{1, 2}, HUMAN-FRIEDRICH UNTERRAINER^{1, 2}

Spätestens seit Beginn der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts lassen sich in der Gesellschaft Mitteleuropas verstärkte Tendenzen einer Säkularisierung („Verweltlichung“) bemerken. Dieser Umstand verweist aber nicht zwangsläufig auf eine generelle Abschaffung des religiösen Glaubens, sondern vielmehr auf eine Transformation, die sich in einem Rückgang der Mitgliedschaften in traditionellen Glaubensgemeinschaften widerspiegelt. Als Folge kann man, bedingt durch eine Deinstitutionalisierung, eine Verlagerung der religiösen Realität in den privaten Lebensbereich beobachten. Diese Bewegung lässt sich auch in einer zunehmenden Bevorzugung des Terminus „Spiritualität“ gegenüber dem Begriff „Religiosität“ wiedererkennen. Das Bedürfnis des Menschen nach einer Beziehung zu einer transzendenten Ebene (Transzendenzbezogenheit) scheint trotzdem bestehen zu bleiben [1, 2].

Für den Gesundheitsbereich ergeben sich damit verschiedene Implikationen: Die Thematisierung der individuellen Spiritualität im therapeutischen Kontext wird von Patienten im Allgemeinen als sehr positiv wahrgenommen. Dementsprechend bestätigt auch das behandelnde Personal deren Wichtigkeit. Im Gegensatz dazu finden Religiosität und Spiritualität jedoch sowohl im klinischen Alltag als auch in der Ausbildung noch immer wenig Berücksichtigung [3]. Allerdings war in den vergangenen beiden Jahrzehnten ein deutlich gestiegenes Interesse der Forschung an der Frage nach der Rolle von Religiosität und Spiritualität vor allem in Bezug auf die psychische Gesundheit beziehungsweise die Krankheitsverarbeitung zu verzeichnen [4].

Bemerkenswerterweise wurde in die vierte Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) eine diagnostische Kategorie aufgenommen, die sich mit „religiösen und spirituellen Problemen“ befasst [5]. Diese wurde auch bei der Erstellung der aktuellen Ausgabe (DSM V) berücksichtigt [6]. Dementsprechend ergeben sich in der Literatur auch zahlreiche Hinwei-

se zur expliziten Berücksichtigung einer religiösen/spirituellen Komponente im biopsychosozialen Modell von Gesundheit und Krankheit [7]. Auch gibt es Vorschläge, das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit („Big Five“), bestehend aus Extraversion, Neurotizismus, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Offenheit für Erfahrung um einen sechsten Faktor zu erweitern: die spirituelle Transzendenz [8]. Insgesamt wird das Thema Spiritualität in der Fachliteratur sehr differenziert diskutiert. Mögliche pathogene wie auch salutogene Einflüsse von Religiosität und Spiritualität werden dabei herausgearbeitet [3, 7, 9].

Problematisch erscheint aber weiterhin, Religion, Religiosität und Spiritualität als Forschungsbereiche genau zu definieren beziehungsweise voneinander abzugrenzen [7, 10]. Zur Lösung des Problems hat die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Religionspsychologen Kenneth Pargament ein definierendes Kriterium für „Spiritualität“ vorgeschlagen: Es handle sich hier um Gefühle, Gedanken, Erfahrungen und Verhaltensweisen, die in einer „Suche nach dem Heiligen“ („Search for the Sacred“) be-

¹Center for Integrative Addiction Research (CIAR), Verein Grüner Kreis, Wien, Österreich

²Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz, Österreich

gründet sind. Dabei bezieht sich der Begriff „Suche“ auf Versuche der Identifikation, des Ausdrucks, der Pflege oder der Transformation. Der Begriff „Heiliges“ meint ein göttliches Wesen oder Objekt, eine ultimative Realität oder eine letztgültige Wahrheit, begründet in der jeweiligen Wahrnehmung des Individuums. Religion beinhaltet demnach noch als zusätzliche Sekundärziele die Suche nach „nicht heiligen Zielen“, wie Identität oder die Zugehörigkeit zu einer (religiösen/spirituellen) Gemeinschaft. Dementsprechend sind Mittel und Methoden (z. B. Rituale oder Verhaltensvorschriften) für diese Suche sowie auch die Zustimmung und Unterstützung aus der eigenen Gemeinschaft für den Bereich der Religion charakteristisch [1]. Des Weiteren findet sich in der Literatur die Forderung nach einer Konzeptualisierung von Spiritualität und Religion als multidimensionales Konstrukt; diese Forderung wurde bei der Erstellung von verschiedenen psychometrischen Instrumenten bereits erfüllt [11, 12].

Während in vielen Bereichen der Medizin und der Psychologie Religion und

Spiritualität erst in jüngerer Zeit als zu berücksichtigende Komponenten erkannt wurden, kann die Integration einer religiös-spirituellen Dimension für die Behandlung von Suchterkrankungen auf eine vergleichsweise lange Geschichte zurückblicken. „Spiritus contra Spiritum“ meinten dementsprechend der Schweizer Psychoanalytiker Carl Gustav Jung und der Amerikaner Bill Wilson, seines Zeichens vom Alkoholismus genesener Mitbegründer der Gruppe der „Anonymen Alkoholiker“ (AA), schon im Jahr 1961 in einem Briefwechsel. Demnach verträgt sich der Geist im Wein eben nicht mit dem Heiligen Geist und somit kann auch nur einer dem menschlichen Individuum innewohnen, weil der eine den anderen quasi vor die Tür setzt [13]. Die Erfolge der anonymen Gruppen sind seit den 1930er-Jahren unbestritten, allerdings fragte zum Beispiel Murken (2008) richtigerweise an, was eigentlich genau unter dieser spirituellen Dimension bei den anonymen Gruppen zu verstehen sei [14]. Es zeigte sich, dass weniger die Beziehung zu einer wie auch immer gearteten höheren Macht eine

Rolle spielt, sondern die Beziehungen der Gruppenmitglieder untereinander in erster Linie als spirituell oder auch als heilsam erlebt wurden. Diese Einschätzung korrespondiert ebenso mit der Tatsache, dass Einsamkeit und Isolation oft als die größten Belastungsfaktoren von Suchtpatienten genannt werden. Daher findet sich dieser bedeutsame Beziehungsaspekt auch in den Grundkonzepten der therapeutischen Gemeinschaften zur Behandlung von Suchterkrankungen wieder [15]. Des Weiteren legen Studienergebnisse nahe, in der Therapie von Suchterkrankten die spirituelle Dimension direkt anzusprechen [11]. Suchtpatienten zeigen im Vergleich zu gesunden Probanden eindeutige Unterschiede auf verschiedenen Ebenen des religiös-spirituellen Befindens [16]. Spiritualität findet sich auch in der Literatur für alle Phasen des Verlaufs einer Suchterkrankung als relevante Einflussgröße wieder. Auch scheint die Veränderung in den spirituellen Ansichten und Bedürfnissen über die Behandlung hinweg einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis zu haben [17].

In dieser Arbeit soll versucht werden, mittels eines systematischen Überblicks die Rolle von Religiosität und Spiritualität für die Behandlung von Suchterkrankungen herauszuarbeiten. Dabei scheint die gemeinsame Untersuchung der beiden Begriffe aufgrund ihrer eingangs beschriebenen, miteinander verwobenen Beziehung unumgänglich zu sein. Uns ist es wichtig, spezifisch auf religiöse/spirituelle Interventionen zu fokussieren. Inhaltlich ähnliche Behandlungsprogramme wie etwa achtsamkeitsbasierte Interventionen haben wir bewusst ausgeklammert. Diese stellen ohne Zweifel ein bereicherndes Therapieelement für die Behandlung von Suchterkrankungen dar, jedoch hätte eine Berücksichtigung dieser Arbeiten den Fokus des Überblicks zu sehr ausgeweitet.

Methode

Der systematische Überblick wurde nach den in PRISMA („Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“) vorgegebenen Richtlinien erstellt [18]. Als Informationsquellen für die Literaturrecherche dienten die Datenbanken PubMed und

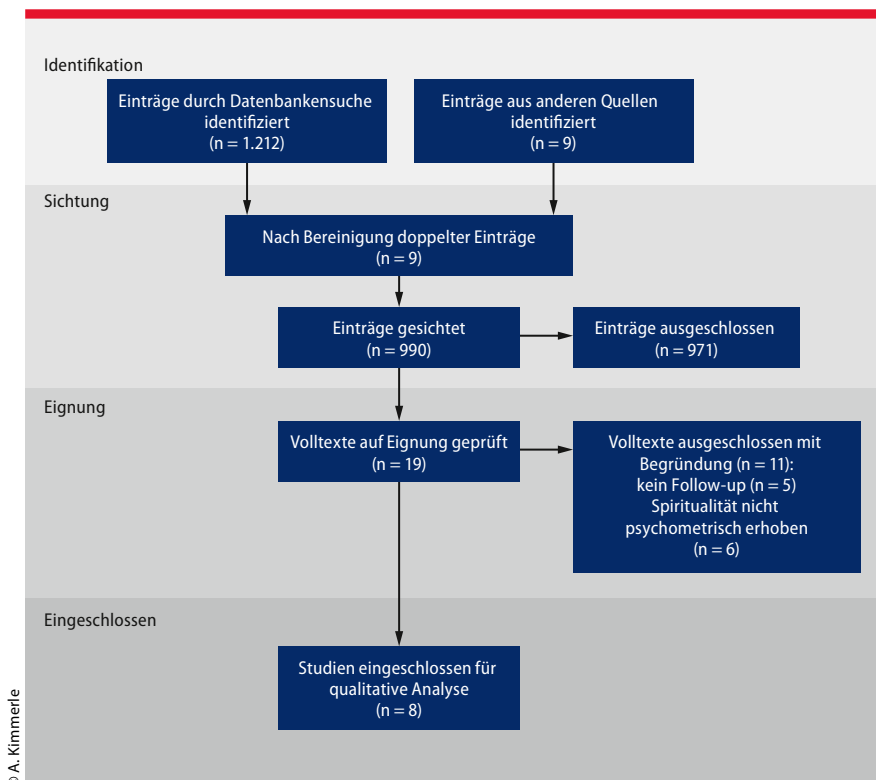


Abb. 1: Fließdiagramm zum Auswahlprozess der Studien

ISI Web of Knowledge. Außerdem wurden Studien aus anderen systematischen Übersichtsarbeiten [19, 20] in die Recherche einbezogen. Bei der Suche in PubMed wurden folgende Suchtermini verwendet: (spiritual* OR religio*) AND („substance use disorder“ OR „substance-related disorder“ OR „substance abuse“ OR „substance misuse“ OR „addiction“ OR „Addictive Behaviour“) AND (Treatment OR Intervention OR „treatment outcomes“ OR recovery). Anschließend wurde die Suche in deutscher Sprache wiederholt, was aber keine unterschiedlichen Ergebnisse brachte.

Hinsichtlich des Erscheinungsjahrs gab es keine Einschränkungen. Eingeschlossen wurden alle quantitativen, longitudinalen Studien, in der die Effektivität einer religiös-spirituellen Intervention im Verlauf einer Suchttherapie untersucht worden war. Hinsichtlich der Art der Suchterkrankung wurden keine Einschränkungen durchgeführt, zusätzliche psychiatrische Störungen (Komorbiditäten) wurden zugelassen. Zudem mussten die jeweiligen Suchtpatienten mindestens 18 Jahre alt sein. Die Parameter Spiritualität und/oder Religiosität oder einzelne Aspekte davon mussten mittels einer einheitlichen Psychometrie erfasst werden. Es wurden nur Studien ausgewählt, die eine Follow-Up-Messung aufwiesen. Ausgeschlossen wurden qualitative Studien und solche mit Querschnittsdesign (nur ein Messzeitpunkt), Bücher/Buchkapitel, Übersichtsarbeiten, Fallstudien sowie Studien mit dem Fokus auf demografischen Unterschieden. Aufgrund konzeptueller Überschneidungen beziehungsweise der fehlenden Möglichkeit einer genauen Abgrenzung blieben Studien zur Effektivität von Achtsamkeitsinterventionen unberücksichtigt [21].

Ergebnisse

Wie im Fließdiagramm (Abb. 1) dargestellt, wurden nach Ausschluss doppelter Einträge zunächst 990 Studien identifiziert, die dann anhand des Abstracts in der Literaturverwaltungssoftware Citavi gesichtet und im Hinblick auf die beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien beurteilt wurden. Die verbleibenden 19 Einträge wurden über den Literaturservice der Medizinischen Universität

Graz oder über eine Internetrecherche als Volltext akquiriert (ein Artikel war trotz aller Bemühungen nicht im Volltext erhältlich) und anhand des Volltexts genauer auf ihre Eignung für unsere Analyse untersucht. Acht Studien wurden diesbezüglich positiv beurteilt. Bei den ausgeschlossenen Studien wiesen fünf keine Folgeuntersuchung auf, bei sechs hatte keine psychometrische Erhebung von Spiritualität oder Religiosität stattgefunden.

Die acht aufgenommenen Studien unterscheiden sich im Hinblick auf das Studiendesign, die Stichprobengröße und die Darstellung der Ergebnisse teilweise erheblich. Gemeinsam ist ihnen aber, dass sie die Effekte konkreter definierter spiritueller Interventionen, wenngleich unterschiedlichen Hintergrunds, beobachtet haben. Die Beurteilung der Studien wird allerdings durch die Verwendung von verschiedenen psychometrischen Instrumenten erschwert. In Tab. 1 werden die Ergebnisse der acht Studien nach den Gesichtspunkten Design, Stichprobe, Art der Intervention, verwendete psychometrische Instrumente, Berücksichtigung weiterer Zielgrößen und Follow-up-Ergebnisse zusammengefasst.

Sechs der acht (respektive neun, da Miller et al. [31] in einer Arbeit über zwei Studien berichten) untersuchten Studien setzten sich mit Therapieangeboten auseinander, deren Herangehensweise in den zwölf Schritten der AA oder anderer anonymer Gruppen begründet liegt, und die zur Teilnahme an den Selbsthilfegruppen ermutigen.

Spirituelle Interventionen, die auf den zwölf AA-Schritten basieren

1. Ranes et al. [22] befragten Patienten einer stationären, abstinenzbasierten Alkoholentzugseinrichtung, die neben der Arbeit mit den zwölf Schritten auch ein spirituelles Seelsorgeangebot bereitstellte. Im Verlauf der Therapie wurde bei allen Patienten ein Anstieg der Spiritualität festgestellt. Die Faktoren Spiritualität und Abstinenz hingen dabei signifikant zusammen ($p < 0,05$). Ferner wird Spiritualität als medierende Einflussgröße, vermittelt über die Teilnahme an Gruppen der AA, vermutet (vgl. dazu auch [23]).

2. Bei der Studie von Parhami et al. [24] handelt es sich um eine Pilotstudie, die in einer Einrichtung für die Behandlung verschiedener Suchterkrankungen durchgeführt wurde. Die Einrichtung wies einen jüdisch-religiösen Hintergrund auf; unter anderem war täglicher Torah-Unterricht verpflichtend. In keiner der drei Folgeuntersuchungen konnte eine signifikante Veränderung der Spiritualität festgestellt werden. Jedoch scheint ein Zusammenhang zwischen verringerter Spiritualität am Beginn der Therapie und einem Ausscheiden aus der Therapie bis zum sechsten Monat vorzuliegen. Im Gegensatz dazu bewertet Zemore (2007) [17] die individuelle Spiritualität bei Beginn einer Therapie als schlechten Prädiktor hinsichtlich eines verbesserten Therapieergebnisses.
3. Sterling et al. [25] verglichen Probanden in einem spirituell und einem säkular orientierten stationären Therapiezentrum. Es zeigte sich, dass im geringer spirituell orientierten Angebot weniger spirituelle Teilnehmer eine signifikant geringere Versuchung zu trinken verspürten ($p < 0,05$) und Alkohol weniger herbeisehten ($p < 0,05$), was insgesamt als bessere Selbstkontrolle zu werten ist.
4. Tonigan et al. [26] führten eine sekundäre Analyse eines bereits vorhandenen größeren Datensatzes durch [27]. In diesem wurden 1.697 Alkoholabhängige randomisiert entweder ambulanten Einrichtungen, die den zwölf Schritten zugewandt waren, oder weltlich orientierten Einrichtungen zugewiesen. Danach gab es diverse Folgeuntersuchungen. Ferner wurden die Patienten nach der selbst angegebenen Gottesbeziehung einer der folgenden Gruppen zugeordnet: religiös, spirituell, unsicher, agnostisch, atheistisch. Es fanden sich einige Unterschiede: So wies die hinsichtlich ihres Glaubens unsichere Gruppe die schwerste Symptomatik auf. Bei den Probanden, die der Zwölf-Schritte-Gruppe zugewiesen wurden, zeigten sich die größten Veränderungen in Richtung einer gesteigerten Gläubigkeit. Auch ließ sich feststellen, dass Agnostiker und Atheisten signifikant seltener AA-Gruppen besuchten ($p < 0,05$).

Tab. 1: Darstellung der wichtigsten Ergebnisse der analysierten Studien

Studie	Design	Stichprobe	Intervention	Zielgrößen für Spiritualität (S) und Suchtverhalten (SV)	Folgeuntersuchung	Ergebnisse
1. Ranes et al. [22]	longitudinale Studie	n = 201 in Alkoholzuzug 96 w, 105 m	+ stationär + 12 Schritte + spirituelle Seelsorgeangebote	S: DSES SV: Form 90, Addiction Severity Index (ASI)	1, 6 und 12 Monate nach Entlassung	+ R und S hängen zusammen** + positiver Zusammenhang von S mit Abstinenz*
2. Parhami et al. [24]	longitudinale Studie	n = 33 in Substanzentzug 21 m, 12 w	+ stationär + 12 Schritte + jüdische Spiritualität	S: DSES SV: ASI	1, 3 und 6 Monate nach Beginn	+ S zu Beginn bei denjenigen, die vor dem 6. Monat ausschieden signifikant niedriger*
3. Sterling et al. [25]	kontrollierte Studie	n = 405 in Alkoholtherapie 246 m, 159 w	+ stationär + 12 Schritte, Meditation, spir. Heilung + nicht spirituelle Kontrollintervention	S: DSES, BMMRS, Spiritual Belief scale, scale of spir. Maturity, Index of core spir. Experience (INSPIRIT) SV: ASI	3 Monate nach Beginn	+ Personen in nicht spiritueller Intervention, schlechteres Coping* und stärkeres Craving*
4. Tonigan et al. [26]	randomisierte kontrollierte Studie	n = 1.697 Alkoholabhängige#	+ ambulant + randomisierte Zuteilung zu 12 Schritten oder VT	S: Religious Behaviour and Background (RBB), Gottglaube SV: Form90, PAT, DDD	3, 6, 9 und 12 Monate nach Beginn	+ in 12 Schritten Veränderung zu stärkerem Gottglauben*
5. Ouimette et al. [28]	kontrollierte Studie	n = 1.873 Alkoholabhängige#	+ stationär + VT (n = 1.069) + 12 Schritte (n = 804)	S: intrinsische Religiosität SV: Abstinenz	12 Monate nach Entlassung	+ besseres Coping bei 12 Schritten* auch bei starker psych. Symptomatik** + 12 SB-Verhalten Prädiktor für Abstinenz nach 1 Jahr***
6. Waisberg et al. [29]	kontrollierte Studie	n = 131 in Alkoholtherapie 109 m, 22 w	+ stationär + 12 Schritte + nicht spirituelle Kontrollintervention	S: Purpose in Life Test(PIL) SV: Abstinenz	3 Monate nach Entlassung	+ PIL steigt in beiden Gruppen gegenüber Kontrollgruppe***
7. Abd Rasheed et al. [30]	longitudinale Studie	n = 36 heroinsabhängige Männer	+ ambulantes Methadonprogramm mit islamisch spiritueller Intervention	S: The Hatta Islamic Religiosity Scale SV: Opiate Treatment Index (OTI)	6 und 12 Monate nach Beginn	+ R steigt nicht signifikant + signifikante OTI-Verbesserung**
8a. Miller et al. [31]	randomisierte kontrollierte Studie	n = 60 mit verschiedenen Abhängigkeiten 14 m, 36 w	+ stationär + spirituelle Beratung (SB) + nicht spirituelle Kontrollintervention	S: BMMRS SV: Form 90	4, 8 und 12 Monate nach Beginn	+ kein Zusammenhang zwischen Suchtverhalten und BMMRS
8b. Miller et al. [31]	Kohortenstudie	n = 80 mit versch. Abhängigkeiten 42 m, 38 w	+ stationär + SB + nicht spirituelle Kontrollintervention	S: BMMRS SV: Form 90	3 und 6 Monate nach Beginn	+ kein Zusammenhang von SB und Suchtverhalten bzw. BMMRS

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; S = Spiritualität; R = Religiosität; DSES = „Daily Spiritual Experiences Scale“; BMMRS = „Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality“; PAT = Prozentsatz abstinenten Tage; PIL = „Purpose in Life“; DDD = Getränke pro Tag, an dem getrunken wurde; VT = kognitive Verhaltenstherapie; # = keine Angabe zum Geschlecht

5. Quimette et al. [28] befragten Teilnehmer von Alkoholentwöhnungen in stationären Zwölf-Schritte-basierten Einrichtungen (n = 804) und in stationären Einrichtungen, deren Prinzipien aus der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) kommen (n = 1.069). Im Vergleich zur KVT-Gruppe war ein signifikanter positiver Zusammenhang von der Teilnahme in der Zwölf-Schritte-Gruppe und der Verwendung

von substanzspezifischem Coping bei der Entlassung zu beobachten (p < 0,05). Das galt auch für Patienten mit hoher Komorbidität (p < 0,01).

6. Waisberg et al. [29] untersuchten nicht Spiritualität im Allgemeinen, sondern speziell die Erfahrung von Sinn und Bedeutung im Leben „Purpose in Life“ (PIL) bei alkoholabhängigen Patienten. PIL darf laut Cook [4] als eine wichtige konzeptuelle Komponente

von Spiritualität gelten. Befragt wurden Patienten einer spirituellen Einrichtung, Patienten einer weniger spirituellen Einrichtung und Menschen die zu diesem Zeitpunkt auf einen Therapieplatz warteten. Laut der Studie ist PIL in der Stichprobe niedriger als in der Allgemeinbevölkerung. Des Weiteren steigt PIL bei Patienten beider Einrichtungen signifikant gegenüber der Kontrollgruppe (p < 0,001).

Weitere unterschiedliche Interventionen mit spirituellen Ansätzen

7. In der Studie von Abd Rashid et al. [30] wurde ein Methadonprogramm untersucht, das in einer Moschee stattfand. Es umfasste rituelle Waschungen, Gebete und religiösen Unterricht. 36 Teilnehmer wurden zu drei Zeitpunkten befragt. Eine Veränderung der Religiosität über den Therapieverlauf war nicht zu verzeichnen. Weitere Ergebnisse hinsichtlich des Suchtverhaltens sind bei einer unkontrollierten Studie eines Methadonprogramms schwierig in Bezug auf die spirituelle Dimension der Intervention zu bewerten. Insgesamt ist aber von besseren Ergebnissen als bei vergleichbaren Programmen auszugehen.
8. (a/b) Miller et al. [31] berichten von den Ergebnissen zweier Studien: Die erste ist eine randomisierte klinische Untersuchung einer „Spiritual Guidance“ (SG)-Therapie. Die Patienten wurden randomisiert einer Standardtherapie oder einer Standardtherapie mit zusätzlicher SG zugewiesen. Außer einer vorübergehenden Verschlechterung der depressiven Symptomatik in der SG-Gruppe waren keine nennenswerten Gruppenunterschiede zu verzeichnen. Die Autoren verwiesen einschränkend darauf, dass das Angebot der spirituellen Intervention von den Probanden wenig genutzt wurde. Deshalb wurden für die zweite Studie Trainer für die untersuchte Therapietechnik ausgebildet, um die Durchführung der Einheiten verlässlicher gewährleisten zu können. Ein signifikanter Gruppenunterschied im Therapieergebnis ließ sich allerdings auch hier nicht verzeichnen. Ein höherer Wert in der „Daily Spiritual Experiences“-Skala (DSES) ergab sich aber in den Folgeuntersuchungen, sowohl nach drei als auch nach sechs Monaten ($p < 0,05$). Des Weiteren war nach sechs Monaten eine Verringerung der depressiven Symptomatik festzustellen ($p < 0,01$).

Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, anhand eines systematischen Überblicks die Einflüsse von spirituellen Interventionen auf den Verlauf von

Suchterkrankungen darzustellen. Dies scheint sowohl aufgrund der steigenden Zahl an Publikationen als auch zur fortlaufenden Evaluierung bereits etablierter Therapiekonzepte wie den zwölf Schritten der AA durchaus angebracht. Spiritualität wurde bereits als Einflussgröße auf unzählige Parameter von Gesundheit und Krankheit untersucht und es liegt nahe, diesen Einfluss auch in der Suchttherapie zu nutzen [32]. Da in dieser Arbeit der Fokus auf der therapeutischen Anwendung von Spiritualität liegt, wurden Studien, die keinen genaueren Aufschluss über die spirituellen Inhalte der Behandlung lieferten, ausgeschlossen. So ist zumindest von einer gewissen Homogenität der Inhalte der therapeutischen Interventionen auszugehen.

Sechs der acht in den systematischen Überblick aufgenommenen Veröffentlichungen beschäftigen sich mit Therapien, deren Methoden in der Tradition der AA stehen und mit deren zwölf Schritten arbeiten. Diese Studien erbrachten durchweg positive Ergebnisse für die entsprechenden Interventionen. Die AA sind damit eindeutig als valides Programm anzusehen. In den analysierten Studien wurde eine Vielzahl unterschiedlicher psychometrischer Instrumente verwendet. Die Spiritualität wurde am häufigsten anhand der DSES und des „Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality“ (BMMRS) untersucht. Beide sind gut validiert, allerdings ermöglicht nur das BMMRS eine multidimensionale Erfassung von Religiosität und Spiritualität [12, 33].

In der jüngeren Literatur wird von Religiosität beziehungsweise Spiritualität als multidimensionalen Konstrukten ausgegangen. Nur so können verschiedene individuelle Konzeptionen von Spiritualität und Religion entsprechend dargestellt werden [32]. Jedoch wurde ein multidimensionales Maß nur in drei der acht untersuchten Studien angewendet. Da auch das spezifische Coping-Verhalten teilweise in den erwähnten Zielgrößen Berücksichtigung findet, sei erwähnt, dass zwei der Studien einen positiven Zusammenhang von spirituellen Interventionen und adäquateren Coping-Strategien feststellten [25, 28]. In Anbetracht von Querschnittstudien, die ebenfalls eine positive Korrelation von

individueller Spiritualität und positivem Coping-Verhalten ergaben, könnte dies als mögliche therapeutische Ressource gewertet werden [11]. Nicht unerwähnt bleiben sollen auch mögliche pathogene Einflüsse von Spiritualität. So besteht gerade bei Suchtkranken die Gefahr einer Überidentifikation mit religiösen oder spirituellen Themen im Sinne einer Suchtverlagerung. Dementsprechend ist ebenso auf die Gefahr negativer religiös-spiritualer Bewältigungsstrategien (z. B. schuld- und schambesetzte Gottesbilder) und auf eine erhöhte Vulnerabilität hinsichtlich des Abgleitens in fanatische religiös-spirituelle Gruppen in dieser Patientengruppe hinzuweisen [16].

Fazit für die Praxis

Die meisten der durchgesehenen Studien ergaben positive Effekte von spirituellen Interventionen in der Therapie von Suchterkrankungen und lassen dort Potenzial vermuten. Zwölf-Schritte-Programme waren am effektivsten, andererseits wäre eine intensivere Untersuchung von Therapiekonzepten abseits der AA von Interesse. Für eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse besteht noch sehr viel Bedarf an randomisiert-kontrollierter klinischer Forschungsarbeit. Dabei ist die Anwendung eines einheitlichen multidimensionalen Messinstruments zur Erhebung von Religiosität und Spiritualität zu empfehlen. Religiosität und Spiritualität können eine wichtige individuelle Ressource zur Bewältigung einer Suchterkrankung sein, die in jedem Fall thematisiert werden sollte.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

**PD Dr. habil. Dr. habil.
Human-Friedrich
Unterrainer**

Center for Integrative
Addiction Research
(CIAR);
Verein Grüner Kreis
Rudolfsplatz 9
1010 Wien; Österreich

E-Mail: human.unterrainer@medunigraz.at



Literatur

1. Hill PC, Pargament K, Il., Hood RW, McCullough JME, Swyers JP, Larson DB, Zinnbauer BJ. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *J Theory of Social Behaviour*. 2000;30:51–77. doi:10.1111/1468-5914.00119.
2. Hunter JD. American evangelicalism: Conservative religion and the quandary of modernity. 2nd ed. New Brunswick NJ: Rutgers Univ. Press; 1984.
3. Seyringer M-E, Friedrich F, Stompe T, Frotter P, Schrank B, Frühwald S. Die „Gretchenfrage“ für die Psychiatrie. Der Stellenwert von Religion und Spiritualität in der Behandlung psychisch Kranker. *Neuropsychiatr*. 2007;21:239–47.
4. Cook CCH. Addiction and spirituality. *Addiction*. 2004;99:539–51. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00715.x.
5. Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis*. 1995;183:435–44.
6. Prusak J. Differential diagnosis of „Religious or Spiritual Problem“ - possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. *Psychiatr Pol*. 2016;50:175–86. doi:10.12740/PP/59115.
7. Marks L. Religion and Bio-Psycho- Social Health: A Review and Conceptual Model. *J Relig Health*. 2005;44:173–86. doi:10.1007/s10943-005-2775-z.
8. Piedmont RL. Does Spirituality Represent the Sixth Factor of Personality?: Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. *J Personality*. 1999;67:985–1013. doi:10.1111/1467-6494.00080.
9. Unterrainer H-F, Schögl H, Lewis AJ, Fink A, Weiss E, Kapfhammer HP. Religiös/Spirituelles Befinden bei psychisch Kranken: Ängstlich/Depressive und Suchtkranke im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. *Neuropsychiatr*. 2013;27:172–9. doi:10.1007/s40211-013-0075-5.
10. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG, et al. Religion and Spirituality: Unfuzzifying the Fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 1997;36:549. doi:10.2307/1387689.
11. Unterrainer H-F, Lewis A, Collicutt J, Fink A. Religious/Spiritual Well-Being, Coping Styles, and Personality Dimensions in People With Substance Use Disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2013;23:204–13. doi:10.1080/10508619.2012.714999.
12. Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group., editor. Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on aging working group; 1999.
13. Unterrainer H-F, Huber H-P, Stelzer K, Fink A. „Spiritus contra Spiritum ?“: Spiritual Well-Being and Depression Among Male Alcohol Dependents in Treatment. *Alcohol. Treat. Q*. 2012;30:67–77. doi:10.1080/07347324.2012.635551.
14. Murken S. Das Konzept der Zwölf Schritte und der „Höheren Macht“. *Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung*. 2008;57–60.
15. Leon G de. The therapeutic community: Theory, model, and method. New York: Springer Pub; 2000.
16. Unterrainer H-F. Braucht die Suchtbehandlung eine spirituelle Dimension? *Spiritual Care*. 2014;3:28–35.
17. Zemore SE. A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism (NY)*. 2007;31:765–795. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00499.x.
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*. 2009;339:b2535. doi:10.1136/bmj.b2535.
19. Ossorno Garcia S de, Martin Babarro J, La Toldos Romero MP. Spiritus contra Spiritum: Including Spirituality in Addiction Treatments for Recovery, a Systematic Review. *ujp*. 2017;5:66–87. doi:10.13189/ujp.2017.050204.
20. Walton-Moss B, Ray EM, Woodruff K. Relationship of spirituality or religion to recovery from substance abuse: A systematic review. *J Addict Nurs*. 2013;24:217–26; quiz 227–8. doi:10.1097/JAN.0000000000000001.
21. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addict Behav*. 2005;30:1335–41. doi:10.1016/j.addbeh.2005.01.010.
22. Ranes B, Johnson R, Nelson L, Slaymaker V. The Role of Spirituality in Treatment Outcomes Following a Residential 12-Step Program. *Alcohol. Treat. Q*. 2017;35:16–33. doi:10.1080/07347324.2016.1257275.
23. Kelly JF, Stout RL, Magill M, Tonigan JS, Pagano ME. Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism (NY)*. 2011;35:454–63. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x.
24. Parhami I, Davtian M, Collard M, Lopez J, Fong TW. A Preliminary 6-Month Prospective Study Examining Self-reported Religious Preference, Religiosity/Spirituality, and Retention at a Jewish Residential Treatment Center for Substance-Related Disorders. *J. Behav. Health Serv. Res*. 2014;41:390–401. doi:10.1007/s11414-012-9279-x.
25. Sterling RC, Weinstein S, Hill P, Gottheil E, Gordon SM, Shorie K. Levels of spirituality and treatment outcome: A preliminary examination. *J. Stud. Alcohol*. 2006;67:600–6. doi:10.15288/jsa.2006.67.600.
26. Tonigan JS, Miller WR, Schermer C. Atheists, agnostics and alcoholics anonymous. *J. Stud. Alcohol*. 2002;63:534–41. doi:10.15288/jsa.2002.63.534.
27. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J. Stud. Alcohol*. 1997;58:7–29. doi:10.15288/jsa.1997.58.7.
28. Ouimette PC, Finney JW, Gima K, Moos RH. A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcoholism (NY)*. 1999;23:545–51.
29. Waisberg JL, Porter JE. Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *Br J Clin Psychol*. 1994;33 (Pt 1):49–63.
30. Abd Rashid R, Karmali K, Habil MH, Shaharom MH, Seghatoleslam T, Looyeh MY. A mosque-based methadone maintenance treatment strategy: Implementation and pilot results. *Int. J. Drug Policy*. 2014;25:1071–5. doi:10.1016/j.drugpo.2014.07.003.
31. Miller WR, Forcehimes A, O'Leary MJ, La-Noue MD. Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. *J. Subst. Abuse Treat*. 2008;35:434–42. doi:10.1016/j.jsat.2008.02.004.
32. Unterrainer HF, Lewis AJ, Fink A. Religious/Spiritual Well-being, personality and mental health: A review of results and conceptual issues. *J Relig Health*. 2014;53:382–92. doi:10.1007/s10943-012-9642-5.
33. Underwood LG. The Daily Spiritual Experience Scale: Overview and Results. *Religions*. 2011;2:29–50. doi:10.3390/rel2010029.

Herausforderung für das Therapieteam

Gemeinsame Behandlung von Alkohol- und Crystalabhängigen auf einer Station

Methamphetaminsüchtige sind im Vergleich zu Personen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit durch spezifische Merkmale und Bedürfnisse charakterisiert. Der vorliegende Beitrag setzt sich mit Gemeinsamkeiten und Unterschieden in der Behandlung von Menschen mit Alkohol- und Methamphetaminabhängigkeit auseinander. Er zeigt erfahrungsbasiert, aber auch theoriegeleitet Möglichkeiten und Grenzen einer gemischten psychiatrischen Suchtstation auf.

THOMAS REUSTER, TINA SCHUBERT, HASAN ZAITOUN

Die Inzidenz von Methamphetamin(Crystal Meth)-bezogenen Störungen ist in den vergangenen vier Jahren insbesondere in Sachsen und Bayern sprunghaft gestiegen (**Tab. 1, Abb. 1**) [1, 2]. Beide Bundesländer haben Grenzen zur Tschechischen Republik, in der die illegale Droge billig synthetisiert

und auf grenznahen Märkten verkauft wird [3].

Entwicklung in Sachsen

Die klinische Versorgung Methamphetaminabhängiger in Sachsen sah sich anfänglich vor erhebliche Herausforderungen gestellt: Zum einen bestand auf den

Suchtstationen der psychiatrischen Kliniken kaum Erfahrung mit der Entgiftungs- und Motivationsbehandlung von Crystal-Meth-Patienten. Zum anderen zeigte sich, dass diese Suchtkranken spezifische Merkmale und Bedürfnisse haben, die sie von Alkohol- oder Medikamentenabhängigen unterscheiden.



Patienten mit Alkohol- und Methamphetaminsucht auf einer Station zu behandeln, ist eine anspruchsvolle Aufgabe.

© Sangoiri / stock.adobe.com

Im Städtischen Klinikum Görlitz erfolgt die qualifizierte Entgiftungs- und Motivationsbehandlung für Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängige auf einer gemischten Station für Abhängigkeitserkrankungen mit 20 Betten. Crystal Meth ist dabei die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Der ungewöhnlich schnell wachsenden epidemiologischen Bedeutung dieses Suchtmittels in Sachsen (**Abb. 1**) war die praktische Vorbereitung auf die Behandlung dieser Gruppe von Abhängigen weder an der eigenen Klinik noch an anderen Behandlungsorten in Sachsen gewachsen. So waren anfangs die Behandlungsverläufe der meist notfallmäßig aufgenommenen Patienten unbefriedigend und frustrierend. Damit in Einklang stand, dass 2015 im „Fachausschuss Stationäre Einrichtungen bei der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren“ die Frage diskutiert wurde, ob Crystalabhängige überhaupt einer qualifizierten Entgiftung unterzogen werden sollten. In dieser Diskussion wurden im Hinblick auf eine stationäre Entgiftungsbehandlung nach ersten Erfahrungen folgende Befürchtungen geäußert: Crystalabhängige

- erzeugten durch „Unplanbarkeit“ Probleme für das Belegungsmanagement,
- brächten Unruhe auf die vor allem für alkoholbezogene Störungen eingerichteten Versorgungsstationen,
- dominierten und demotivierten die Hauptklientel der alkoholabhängigen Patienten und
- überforderten die Leistungsfähigkeit des Teams bei gleichzeitig zweifelhafter Suchtprognose.

Eigene Erfahrungen

Da die Crystalpatienten fast ausnahmslos als Notfälle unsere Klinik erreichten, stellte sich für uns zu keinem Zeitpunkt die Frage *ob*, sondern ausschließlich *wie* diese Patienten zu behandeln seien. Allerdings hatte unser Behandlungsteam zunächst große Mühe mit den relativ spezifischen Problemen Crystalabhängiger auf einer klassischen Station für alkoholbezogene psychische Störungen. So kommt es besonders häufig zu

- einem sehr ambivalenten Behandlungsbeginn,
- einem Widerruf des Behandlungswunsches,

Tab. 1: Die häufigsten Suchtdiagnosen/Hilfebedarfsgruppen in der ambulanten Suchthilfe im Jahresvergleich in absoluten Zahlen und prozentualen Anteilen (Daten: SLS-Jahresberichte 2011 bis 2016)

Jahr	Gesamt-Fallzahl	Alkohol (%)	F15 Crystal (%)	F12 Cannabinoide (%)	Angehörige (%)
2011	27.709	15.945 (58 %)	2.389 (9 %)	1.545 (6 %)	4.181 (15 %)
2012	28.105	15.427 (55 %)	3.501 (12 %)	1.360 (5 %)	4.251 (15 %)
2013	27.031	14.133 (52 %)	4.262 (16 %)	1.267 (5 %)	4.104 (15 %)
2014	27.225	13.653 (50 %)	4.934 (18 %)	1.391 (5 %)	4.002 (15 %)
2015	26.607	13.289 (49 %)	4.988 (19 %)	1.519 (6 %)	3.867 (15 %)
2016	26.720	12.705 (47 %)	4.978 (19 %)	1.769 (7 %)	3.946 (15 %)

Quelle: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 2017

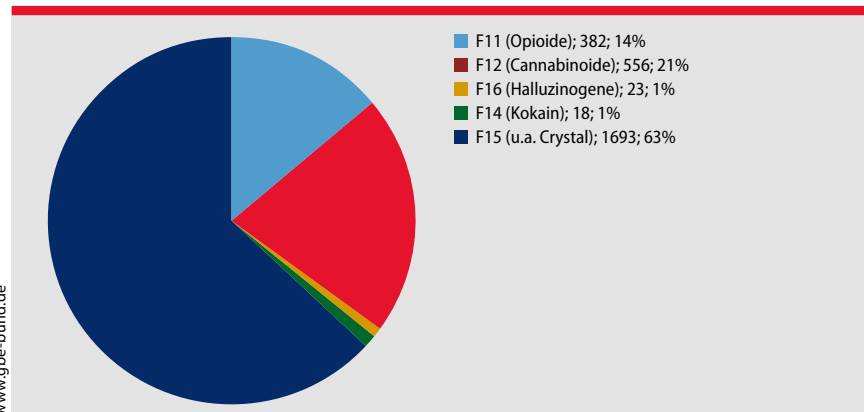


Abb. 1: Behandlungsgrund (Einzeldiagnosen illegale Drogen) für einen Krankenhausaufenthalt 2015 (Patientenwohnort Sachsen)

- Regelverstößen, beispielsweise in Form von Drogenkonsum, meist unter Einbeziehung weiterer Patienten,
- einem Konsum von nicht immer nachweisbaren aktuellen „Kräutermischungen“,
- Ablehnung der Urinabgabe,
- unabgemeldetem Ausgang,
- verstärktem kommunikativen Stress im Stationsalltag, vor allem mit dem Pflegepersonal durch ein notorisch herausforderndes „pubertäres“ Verhalten.

Daraus resultierend unterscheidet sich die Verweildauer. Sie betrug auf unserer gemischten Station 2016 durchschnittlich 19 (Männer) beziehungsweise 16 Tage (Frauen) bei Alkoholkranken, und 18 (Männer) respektive 15 Tage (Frauen) bei Crystalabhängigen; der reguläre zeitliche Rahmen einer qualifizierten Ent-

giftungsbehandlung bei Erstgenannten war mit 21 Tagen um sieben Tage kürzer als bei Drogenabhängigen (**Tab. 2**). Tatsächlich werden zirka 40 % unserer Crystalpatienten in den ersten fünf Tagen entlassen, weitere 10 % beenden die Therapie vor Ablauf der Regelbehandlungszeit. Dies entspricht anderen Beobachtungen [z. B. 4].

Zunächst diskutierten wir in unserer Klinik die Frage, inwiefern aufgrund der zunehmenden Zahl crystalabhängiger Patienten eine eigene Station eröffnet werden sollte. Dies schien uns wünschenswert, um seitens des therapeutischen Teams individuell auf die Besonderheiten der alkohol- und der crystalabhängigen Menschen einzugehen. Die Frage wurde jedoch bereits deshalb abschlägig beantwortet, weil unter dem

neuen Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eine Station für die qualifizierte Entgiftung von Drogen (28 Tage) derzeit nicht wirtschaftlich zu betreiben ist [5]. Wir haben uns daher für einen offensiven Umgang mit einer Ent-

giftungs- und Motivationsbehandlung auf einer gemeinsamen Station – gemeinsam vor allem mit alkoholabhängigen Patienten – entschieden.

Die eigenen Erfahrungen waren zunächst unbefriedigend, die Uneinheitlichkeit, Gegensätzlichkeit und Inkonsistenz von Verhaltens- und Reaktions-

weisen, Absichten und Wünschen der Crystalabhängigen schienen das Team zu überfordern. Durch einen Prozess ständiger selbstkritischer Evaluation erfolgten sukzessive Veränderungen und Anpassungen im Team, bis schließlich resümiert werden konnte, dass beide Patientengruppen doch weniger inkompatibel sind als zunächst angenommen.

Unsere Station für Abhängigkeitserkrankungen war 2016 durchschnittlich zu 94 % belegt. Das Verhältnis von Alkohol- zu Crystalabhängigen betrug zirka 3:1. Für beide Gruppen bestand die basale Strategie während der qualifizierten Entgiftungs- und Motivationsbehandlung in der suchbezogenen Selbstklärung sowie im Aufbau und der Stärkung einer Behandlungsmotivation. Erreichbar sind für beide Gruppen folgende Ziele:

- Situationsanalyse,
- Suchtwissen vermittelt/vermehrt,
- Entwicklung/Stärkung von Motivation und Volition bezüglich abstinenz-erhaltender Verhaltensweisen,
- Entschluss und Anmeldung zur stationären Entwöhnungsbehandlung,
- begrenzte Abstinenz-erfahrung/Selbstwirksamkeit.

Nach der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) für methamphetaminbezogene Störungen (2016) können diese Ziele erreicht werden durch [6]:

- Psychoedukation,
- motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI),
- Motivationsförderung (Motivational Enhancement Therapy, MET),
- kognitive Verhaltenstherapie (CBT),
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) sowie
- Kontingenzmanagement (CM).

Unabhängig von den gewählten Verfahren und Methoden gelten folgende Grundsätze (auch) zum psychotherapeutischen Management des Crystalentzugs [6]:

- hohe Kontaktdichte,
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Beziehungskonstanz,
- Maßnahmen zur Entängstigung, insbesondere bei psychotischer Symptomatik (reizarme Umgebung, Verzicht auf konfrontative Techniken),
- Unterstützung beim Aufrechterhalten beziehungsweise dem Wiedererlangen

Tab. 2: Behandlungszeiten von Suchtstoffabhängigen

ICD-10-Diagnose	Regelbehandlungszeit	Verweildauer (VD, Tage)	
		Männer	Frauen
F10	21 Tage	19	16
F15/19/12	28 Tage	18	15

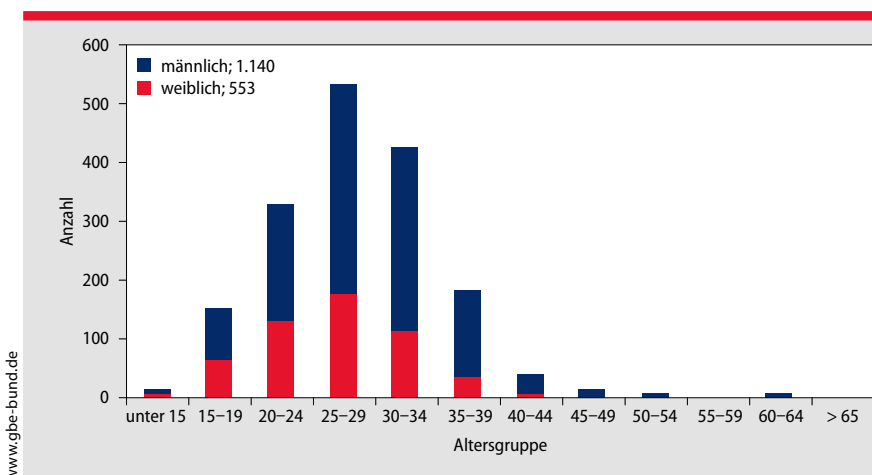


Abb. 2: Alters- und Geschlechtsstruktur bei stationären Patienten mit F15-Diagnose (insbesondere Crystalproblematik) mit Wohnort in Sachsen.

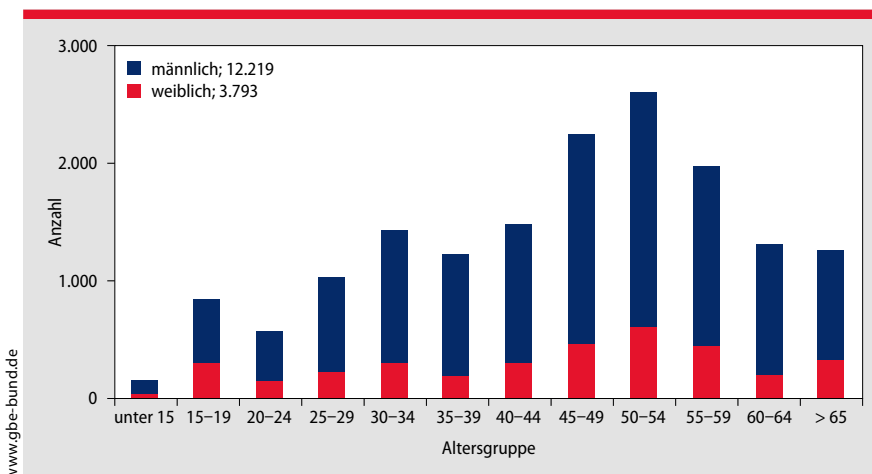


Abb. 3: Altersstruktur der stationären Patienten 2015 mit alkoholbezogenen Störungen (F10.-) mit Wohnort in Sachsen.

von Realitätsbezug und -kontrolle, wofür zusätzlich medikamentöse Maßnahmen erforderlich sind.

Das bekannte häufige Auftreten von Psychosen bei Methamphetaminabhängigen [7, 8, 9, 10] ist der psychopathologisch deutlichste Unterschied gegenüber Alkoholkranken. Des Weiteren unterscheiden sich Alkohol- und Crystalabhängige typischerweise im Persönlichkeitsprofil sowie soziodemografisch deutlich hinsichtlich des Alters. So lag das Durchschnittsalter der Alkoholabhängigen im Jahr 2016 bei 51, jenes der Drogenabhängigen bei 28 Jahren (Daten für Sachsen: **Abb. 2, 3**). Der Anteil der Frauen lag bei den Drogenkranken mit 32 % deutlich höher als bei den Alkoholabhängigen (18 %).

Unsere alkoholabhängigen Patienten leben zu zirka 70 % in einer Partnerschaft, die häufig als Unterstützung (Ressource) im Abstinenzprozess fungiert, und sie haben häufig ältere, oft schon erwachsene Kinder. Crystalpatienten dagegen haben überwiegend keine oder instabile/wechselnde Partnerschaften [11], gleichzeitig aber meist (sehr) kleine Kinder. Unter den Frauen stellen daher alleinerziehende Mütter den größten Anteil dar [12, 13, 14]. Sie sind sehr häufig in Sorge-rechtsstreitereien oder -entziehungen verwickelt, weshalb in der Behandlung auch das Jugendamt, die Pflegeeltern sowie Betreuer zu berücksichtigen sind. Die Existenz von Kindern kann die drogenabhängigen Patienten zur Abstinenz motivieren, gleichzeitig stehen sie aufgrund besagter Faktoren aber zusätzlich unter Druck, was nach unserer Beobachtung die Abbruchquote erhöht.

Das niedrigere Lebensalter bei Beginn des Konsums ist ebenfalls ein Faktor, der beide Gruppen deutlich unterscheidet und auch den Erwerbsstatus beeinflusst: Alkoholabhängige können vorwiegend Schul- sowie Berufsabschlüsse und eine Berufstätigkeit vorweisen, stehen zum Zeitpunkt der Entgiftung häufig in einem Arbeitsverhältnis, sind arbeitssuchend oder berentet und jedenfalls überwiegend arbeitsfähig, wenngleich oft finanziell „knapp“ gestellt. Der Konsum von illegalen Drogen und Crystal beginnt meist schon im Schulalter oder während der Berufsausbildung und ist verknüpft mit einer Verschlechterung

der Leistung oder mit dem Abbruch der Ausbildung. Nach unseren Erfahrungen haben $\geq 70\%$ der Crystalabhängigen keinen qualifizierten Bildungsabschluss, ebenso häufig keinen Berufsabschluss und sind (noch) nicht arbeitsfähig. Sie finanzieren sich durch Gelegenheitsjobs, ALG II, Kindergeld oder werden von den Eltern unterstützt. Wegen der Kosten für Drogen genügen diese finanziellen Mittel jedoch meist nicht, die Suchtkranken sind also verschuldet oder im Rahmen von Beschaffungskriminalität aktiv. Vergleichbare strafrechtliche Probleme kennen Alkoholabhängige praktisch nicht. Bei ihnen finden sich eher Verkehrsdelikte und Führerscheinkomplikationen [15].

Beim Vergleich beider Patientengruppen fallen auch unterschiedliche Komorbiditäten auf [16]: Bei den Alkoholabhängigen liegt in $\geq 40\%$ der Fälle eine affektive Störung vor, wogegen bei Crystalabhängigen als häufigste Begleitdiagnose ($\geq 50\%$) eine (gegebenenfalls kombinierte) Persönlichkeitsstörung vorliegt, vor allem F60.3, F60.8 sowie F63 nach ICD-10. Daneben spielen häufig akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) und Probleme bei der Lebensführung (Z72) eine hervorstechende Rolle. Auch sind nahezu 50 % unserer Crystalabhängigen psychoseerfahren. Dies ist auch im gemeinsamen stationären Setting von Bedeutung. Während Alkoholabhängige tendenziell depressiv strukturiert, nachgiebig, willensschwach und konfliktscheu sind [17], zeigen sich Crystalabhängige eher aggressiv [18, 19] sowie provokant und agieren in therapeutischen Gruppen sehr direkt, ehrlich und bisweilen verletzend.

„Koexistenz“ der beiden Abhängigengruppen

Entscheidende Variable des Umgangs und der aktiven Kommunikation zwi-

schen Crystal- und Alkoholabhängigen ist auf unserer gemeinsamen Suchtstation das Alter (**Tab. 3**). Unabhängig vom Suchtmittel kommunizieren am ehesten Gleichaltrige miteinander. Dabei wandelt sich ein anfängliches „Klassenbewusstsein“ (Exklusivitätsanspruch in der Crystalgruppe) in ein gemeinsames Problembewusstsein des Souveränitätsverlusts („Eine Krankheit – verschiedene Gesichter“). Eine entsprechende Auseinandersetzung und Abgrenzung funktioniert auch in der therapeutischen „Allgemeinen Suchtgruppe“ gut. Die prävalierende Gruppe der Patienten mit Alkoholabhängigkeit „Ü40“ bleibt tendenziell unter sich, wird aber von den Crystalabhängigen nicht gestresst. Soziotherapien, vor allem Ergotherapie (Arbeits- und Beschäftigungstherapien), bieten einen besonders kommunikativen- und akzeptanzfreundlichen Raum.

Was haben wir gelernt?

Insbesondere bei Crystalabhängigen muss mit vorzeitigen Abbrüchen der qualifizierten Entgiftung gerechnet werden [20]. Dies wäre mit einem hohen Bettenleerstand verknüpft und für die Wirtschaftlichkeit einer Station, die sich selektiv auf Methamphetaminsucht spezialisiert hätte, besonders riskant. Versucht man, den vorzeitigen Abbrüchen mit dem Mittel einer geschützten Station (auf freiwilliger Basis) zu begegnen, wird man wiederum – so unsere vielfache Erfahrung – scheitern, weil sich die Abbruchquote dadurch nicht ändert.

Das gemischte Setting als Alternative ist aber nicht nur aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen sinnvoll. Es trägt auch der Tatsache Rechnung, dass für eine erhebliche Zahl crystalabhängiger (das heißt in praxi polytoxikomanen) Patienten eine Suchtverlagerung auf den Konsum von Alkohol ein

Tab. 3: Alters- und Geschlechtsverteilung bei Alkohol- und Drogenabhängigen

ICD-10-Diagnose	Fälle (n)	Alter (Ø J.)	Anteil (♂ %)	Anteil (♀ %)
F10	336 (76 %)	51	82	18
F15/19/12	109 (24 %)	28	68	32
	Σ 445			

gängiges Phänomen ist, wohingegen nur wenige Alkoholranke eine sekundäre Abhängigkeit von illegalen Drogen entwickeln.

Die größte Schwierigkeit im Anfangsstadium unserer gemeinsamen Suchtstation lag – ungeachtet aller Herausforderungen – nicht bei den Patienten, sondern auf Seiten des Behandlungsteams. Dieses war seit mehreren Jahren auf die Behandlung von Alkoholabhängigen geeicht, sodass es der Behandlung von Menschen mit einer Methamphetaminabhängigkeit zunächst nicht gerecht werden konnte. Schulungen des Teams, insbesondere des Pflegepersonals, letztlich auch die Auswechslung von Teilen des Pflegepersonals mit dem Ziel einer Prävalenz jüngerer Krankenschwestern und -pfleger, eine neue Teamkultur und Teamfindung sowie eine intensive Teamintervention erwiesen sich als entscheidend für den Erfolg: Dieser basierte auf einer vorurteilslosen und interessierten Akzeptanz der Methamphetaminabhängigen als spezielle Gruppe und in der Fähigkeit, mit ihnen in gelingender Kommunikation umzugehen, und schließlich die veränderte Situation auf der Station konstruktiv mitzugestalten. Es ist darauf zu achten, die gerechte Verteilung der Aufmerksamkeit auch auf die „bescheideneren“ alkoholabhängigen Patienten nicht zu vernachlässigen.

Bezüglich des Therapieplans realisieren wir die Implementierung von gemeinsamen, aber auch getrennten Therapiegruppen, zum Beispiel einer Selbsthilfegruppe sowie einer einmal wöchentlichen geleiteten Gesprächsgruppe für Crystalabhängige. Begleitend wurde im Team die Beachtung komplementärer aber auch inkompatibler Beziehungen zwischen den beiden Patientengruppen gefördert und ausdifferenziert.

Bei allen Erfolgen bedarf es im Hinblick auf spezifische Verhaltensprobleme der Crystalabhängigen, wie wiederholtes Nichterscheinen am vereinbarten Aufnahmetag, Konsumrückfälle während der Entgiftungsbehandlung oder auch gehäufte vorzeitige Therapieabbrüche, einer angemessenen Frustrationstoleranz im therapeutischen Team – die freilich etwas anderes als Defätismus ist. Zusammenfassend haben sich folgende Punkte als wichtig herauskristallisiert:

- Hohe Kontaktdichte ist nicht immer abbildbar (besonders in der ersten Behandlungswoche).
- Eine Crystalspezifische Selbsthilfegruppe sollte installiert sein.
- Ergotherapie sollte verstärkt angeboten werden.
- Medikamentöse Unterstützung sollte differenziert angeboten werden.
- Alkoholabhängige Patienten sind nicht zu vernachlässigen.

Fazit und Ausblick

Die Welle der Crystalabhängigen kann unseres Erachtens mit den bestehenden Suchtstationen in den psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern im Rahmen der qualifizierten Entgiftung aufgefangen werden. Zentrale Therapieziele und entsprechende leitliniengerechte Behandlungen beider Gruppen konvergieren. Bezüglich des süchtigen Verhaltens und seiner mühsamen Änderung zeigt sich mehr Verbindendes als Trennendes. Eine gesonderte Unterbringung scheint weder angezeigt noch vorteilhaft. Besonderen Merkmalen beider Gruppen von Abhängigen muss eine differenzierte Beziehung- und Kommunikationskultur des therapeutischen Teams Rechnung tragen.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOREN

PD Dr. med. habil. Thomas Reuster
Dipl.-Psych. Tina Schubert
Hasan Zaitoun

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Städt. Klinikum Görlitz gGmbH
Girbigsdorfer Straße 1–3, 02828 Görlitz

E-Mail: reuster.thomas@klinikum-goerlitz.de

Kleinanzeigen aus der Praxis

Praxisbörse

Gutgehende, neurologisch orientierte Nervenarztpraxis abzugeben. Qualifizierte, langjährig zusammenarbeitende Mitarbeiterinnen, zentrale Lage, Parkmöglichkeiten, gute Verkehrsanbindung. Übergabe kann flexibel geregelt werden. **Kontakt:** dr-reichwein@web.de (Dr. Joachim Reichwein, 96317 Kronach, Telefon 09261 1405)

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

Kaufen – Verkaufen – Verschenken

Suche gebrauchtes, nicht zu altes, digitales EEG.
Kontakt: m.ernst@neuro-sinsheim.eu

Verkaufe funktionsfähiges EMG/NLG/EP System Topas®. Win 7-basiert/GDT-Schnittstelle, 2-Kanal-Verstärker/VEP-Monitor, AEP-Kopfhörer o. Gerätewagen. VB 2.500 €. **Kontakt:** praxis-floehl@t-online.de

Verkaufe nicht mehr benötigtes Druckerpapier für Videoprinter. 58 Rollen Typ Sony UPP-110S, original eingeschweißt. Gesamtpreis 300 € oder Einzelpreis je Rolle 5,50 €. Abholung in 90408 Nürnberg oder Versand gegen Aufpreis. **Kontakt:** info@neuropaxis-nuernberg.com

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

Exklusiv für Mitglieder: kostenlos inserieren!

Verbandsmitglieder von BVDN, BDN und BVDP können ihre Such-, An- oder Verkaufsanzeige kostenlos im NeuroTransmitter inserieren. **Und so geht's:** 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 sind nicht möglich) an die Geschäftsstelle in Krefeld: bvbn.bund@t-online.de.

Einsendeschluss für den nächsten NeuroTransmitter: 27. Februar 2019

Literatur

1. Dinger J, Näther N, Wimberger P, Zimmermann US, Schmitt J, Reichert J, Rüdiger M. Increasing Consumption of Crystal Meth in Saxony and its Risks for Mother and Child - Experiences at a Level I Perinatal Center from a Pediatric Viewpoint. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2017; 22(2):73–80.
2. de Matos EG, Hannemann TV, Atzendorf J, Kraus L, Piontek D. The Consumption of New Psychoactive Substances and Methamphetamine. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Jan 26;115(4):49–55.
3. Arnaud N, Thomasius R. Methamphetamin Epidemiologie, klinische Bedeutung und Folgen des Gebrauchs. *Nervenarzt.* 2017;88:1079–1090.
4. Maglione M, Chao B, Anglin D. Residential Treatment of Methamphetamine Users: Correlates of Drop-Out from the California Alcohol and Drug Data System (Caddis), 1994–1997. *Addiction Research.* 2000;8(1):65–79.
5. Schneider J, Voigtländer BS, Barth T. Stationäre Entgiftungs- und Motivationsbehandlung von Patienten mit multiplem Substanzgebrauch: Vergütet PEPP die Qualität? *Sucht.* 2014;60(Suppl.1):37–38.
6. Braunwarth W, Christ M, Dirks H, Dyba J et al. S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Heidelberg: Springer; 2016.
7. Chen C-K, Lin S -K, Sham P C, Ball D, Loh E -W, Hsiao C -C, Chiang Y -L, Ree S -C, Lee C -H, Murray R. M. Pre-morbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychological Medicine.* 2003; 33(8):1407–1414.
8. Ma J, Li XD, Wang TY, Li SX, Meng SQ, Blow FC, Ilgen M, Degenhardt L, Lappin J, Wu P, Shi J, Bao YP, Lu L. Relationship between the duration of methamphetamine use and psychotic symptoms: A two-year prospective cohort study. *Drug Alcohol Depend.* 2018 Apr 22;187:363–369.
9. McKetin R, Lubman DI, Baker AL, Dawe S, Ali RL. Dose-related psychotic symptoms in chronic methamphetamine users: evidence from a prospective longitudinal study. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(3):319–24.
10. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction.* 2006 Oct;101(10):1473–8.
11. Thaller R, Specht S, Künzel J, Braun B. Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). September 2017. www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2016.pdf; abgerufen 22.04.2018.
12. McDonnell-Dowling K, Donlon M, Kelly JP. Methamphetamine exposure during pregnancy at pharmacological doses produces neurodevelopmental and behavioural effects in rat offspring. *Int J Dev Neurosci.* 2014;35:42–51.
13. McDonnell-Dowling K, Kelly JP. The consequences of prenatal and/or postnatal methamphetamine exposure on neonatal development and behaviour in rat offspring. *Int J Dev Neurosci.* 2015;47(Pt B):147–56.
14. Pflüger A, Thome U, Bernhard MK, Vogel M, Bläser A, Nickel P, Kiess W. Methamphetamine Consumption During Pregnancy and its Effects on Neonates. *Klin Padiatr.* 2018;230(1):31–38.
15. Peter M, Mader R, Musalek M. Spielsucht – Alkoholabhängigkeit: „Zwei Süchte, eine Behandlung?“. *Psychopraxis.* 2013;16:8–15.
16. Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, Goodwin F. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990;264(19):2511–2518.
17. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry.* 1997;154(7):948–57.
18. Payer D, Lieberman M, London E. Neural Correlates of Affect Processing and Aggression in Methamphetamine Dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(3):271–282.
19. Payer DE, Nurmi EL, Wilson SA, McCracken JT, London ED. Effects of methamphetamine abuse and serotonin transporter gene variants on aggression and emotion-processing neurocircuitry. *Transl Psychiatry.* 2012; 2:e80.
20. Braune N, Schröder J, Gruschka P, Daecke K, Pantel J. Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiat.* 2008;76:217–224.

Schwer behandelbare Depression

Aktuelle Eigenanamnese

Eine 65-jährige berentete Justizvollzugsbeamte berichtet, dass sie seit sechs Monaten keine Freude mehr empfinde, morgens nicht mehr aus dem Haus gehen wolle und sich permanent angespannt und unruhig fühle. Sie denke fortwährend an ihre ausweglose Situation und könne sich aus ihren Gedankenschleifen nicht befreien. Sie sei mit diesen ihr leider bestens bekannten Symptomen in eine Klinik in der Nähe ihres Wohnorts gegangen und sei dort in den vergangenen fünf Monaten stationär behandelt worden. Sie habe Citalopram, Duloxetin, Bupropion, Trazodon sowie Quetiapin, Aripiprazol und Olanzapin über jeweils mindestens vier Wochen in ausreichender Dosierung erhalten, ohne dass sich ihr Zustand relevant verbessert habe. Auf der auf affektive Störungen spezialisierten Station habe sie regelmäßig an verhaltenstherapeutisch orientierten Einzel- und Gruppentherapien teilgenommen. Obwohl sie die Inhalte als hilfreich wahrgenommen habe, habe sie die Sitzungen als anstrengend empfunden. Sie empfinde, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Therapien aussichtsreich seien. Das hinterlasse ein quälendes Gefühl der Perspektivlosigkeit. Mit ihrer Ärztin und ihrem Therapeuten habe sie eine Verlegung in unsere Klinik vereinbart, um weitere therapeutische Optionen zu evaluieren.

Psychiatrische Vorgeschichte

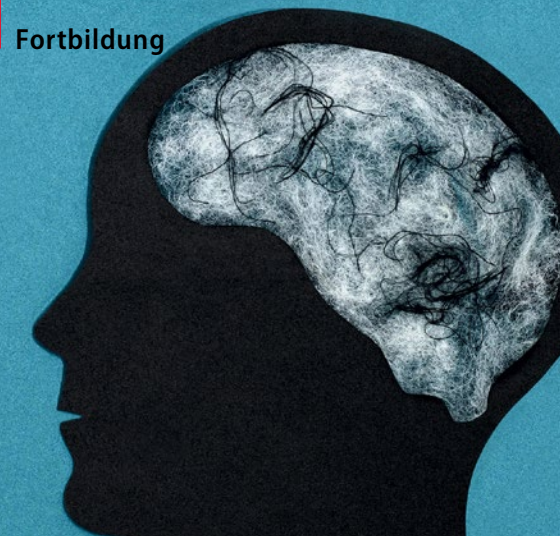
Erwähnenswert ist eine rezidivierende depressive Störung, die im 35. Lebensjahr eingesetzt hat. Seit Beginn der affektiven Erkrankung hätten sich die Dauer der Episoden signifikant verlängert, die symptomfreien Phasen deutlich verkürzt und die Zahl der notwendigen Behandlungsversuche zur Erzielung einer Remission deutlich verlängert, so die Patientin. Für die ersten vier Episoden habe

es ein jeweils klar identifizierbares auslösendes Ereignis gegeben, seit der fünften und bis zur aktuell achten Episode hätten die depressiven Phasen spontan begonnen. In der fünften und sechsten depressiven Episode habe sie positiv auf jeweils zwölf Sitzungen einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) reagiert. In der siebten Episode seien fünf pharmakologische Therapieversuche, 50 Sitzungen einer verhaltenstherapeutisch ausgelegten Psychotherapie sowie 18 EKT-Sitzungen ohne Erfolg geblieben. Sie habe an einer Studie teilgenommen, in deren Rahmen ihr ein tiefer Hirnstimulator mit Zielgebiet subgenuales Cingulum (Cg25) implantiert worden sei. Auf diese Therapie habe sie nach sechs Monaten positiv reagiert. Im Anschluss habe sie sich für 26 Monate in einer stabilen Phase befunden, in der es ihr möglich gewesen sei, regelmäßig an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie teilzunehmen.

Biografische Anamnese

Die Patientin ist als Einzelkind bei ihren leiblichen Eltern groß geworden. Beide Elternteile seien wenig einfühlsam, sondern eher streng und alkoholabhängig gewesen. Sie sei auf sich alleine gestellt gewesen, habe ohne Unterstützung der Eltern eine Ausbildung zur Kinderkrankenschwester erfolgreich abgeschlossen und insgesamt 15 Jahre in diesem Beruf gearbeitet. Dann habe sie eine Ausbildung zur Erzieherin durchlaufen und war danach fünf Jahre erfolgreich in diesem neuen Beruf tätig. Dann habe sie sich bewusst beruflich umorientieren wollen und nach einer entsprechenden Ausbildung bis zu ihrer Frühpensionierung insgesamt elf Jahre als Justizvollzugsbeamtin gearbeitet. Die Patientin war zweimal verheiratet. Beide Ehemänner seien gewalttätig gewesen, weswegen sie nach jeweils sieben Jahren die Scheidung einge-

Fortbildung



Testen Sie Ihr Wissen!

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

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben

NT 11/2018

Systemischer Lupus mit psychiatrischer Manifestation

NT 9/2018

Lithiumintoxikation bei einer älteren Patientin

NT 6/2018

Schizophrenie-Ersttherapie und der Faktor Zeit

NT 5/2018

Zwei Migränepatienten mit zyklischem Erbrechen

NT 4/2018

Spätschizophrenie bei einer 58-Jährigen

NT 3/2018

Wirkfluktuationen und Fieber bei Parkinson

NT 2/2018

ADHS-Beschwerden: Differenzialdiagnose CFS

Das Online-Archiv unter

<https://www.springermedizin.de/link/16383722>



reicht habe. Aus erster Ehe habe sie eine Tochter, die ihrerseits fünf Kinder habe. Die Beziehung zur Tochter sei eng, vertraut und liebevoll.

Suchtananamnese

Vater und Mutter waren alkoholkrank. Die Patientin trinkt ihren Angaben zufolge keinen Alkohol, raucht aber seit 50 Jahren eine Packung Zigaretten pro Tag.

Somatische Anamnese

Vor fünf Jahren Diagnose eines klarzelliges Ovarialkarzinoms, das kurativ operiert werden konnte.

Psychopathologischer Befund

Bei der Aufnahme zeigte sich eine wache, freundlich zugewandte Patientin, die im Affekt überaus starr, morgens betont niedergedrückt, kaum modulationsfähig imponierte und von einem ausgeprägten anhedonen Syndrom berichtete. Das formale Denken war verlangsammt, zum Teil umständlich und auf ein Insuffizienzerleben eingeeengt. Der Antrieb wurde als deutlich reduziert und gehemmt dargestellt. Die Patientin beklagte Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie eine geringe Aufmerksamkeitsspanne. Es fanden sich Lebensüberdruß und Suizidgedanken ohne Suizidimpulse oder -versuche in der aktuellen Krankheitsepisode; keine Hinweise auf Wahn, Ich-Störungen oder Halluzinationen. Im Aufnahmegespräch zeigte die Patientin ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl, war krankheitseinsichtig und behandlungswillig. Sie benötigte 90 Minuten um einzuschlafen, schlafe durch und wache gegen 4:00 Uhr morgens auf. Den Schlaf empfinde sie nicht als erholsam.

Bei der Übernahme aus dem zuweisenden Krankenhaus bestand die Medikation der Patientin aus 90 mg Tranylcypromin, 10 mg Aripiprazol sowie einer Bedarfsmedikation mit Pipamperon und Lorazepam. Eine fundierte Psychotherapie war nach Einschätzung der zuweisenden Kollegen aufgrund der Schwere der Symptomatik nicht oder nur eingeschränkt möglich. Der tiefe Hirnstimulator zeigte einen niedrigen Batteriestand.

Zusammengefasst lag bei der Patientin somit die achte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung mit ho-

hem Therapieresistenzgrad vor. Als weitere therapeutische Optionen wurden gemeinsam mit der Patientin die folgenden Strategien diskutiert:

- Wechsel der antidepressiven Medikation,
- Einleitung einer auf chronische und oder therapieresistente Depressionen ausgerichteten Psychotherapie,
- Durchführung einer EKT unter erhöhten Sicherheitsmaßnahmen und/oder
- eine Änderung der Stimulationsparameter des tiefen Hirnstimulators.

Jede der vier möglichen antidepressiven Strategien waren mit erheblichen Nachteilen behaftet: Die vorgeschlagene intensive Psychotherapie wurde von der Patientin vehement abgelehnt, was in Teilen besonders wegen der Schwere der Antriebsstörung sowie der kognitiven Einbußen nachvollziehbar erschien. Die von der Patientin stattdessen präferierte EKT wurde zunächst als risikobehaftet evaluiert, da bei Patienten mit implantierten Hirnelektroden wenig Erfahrungen mit dieser Therapieform vorliegen. Der Wechsel des Antidepressivums erschien bei bereits sechs frustrierten und jeweils insuffizienten psychopharmakologischen Behandlungsversuchen nicht Erfolg versprechend. Und nicht zuletzt erschien eine Reprogrammierung des Stimulators zu experimentell, da zu wenige Daten zu den Effekten von Änderungen der Stimulationsintensitäten, Stimulationsfrequenzen oder Impulsbreiten in der Indikation Depression und bei Stimulation des subgenualen Cingulums verfügbar sind.

Nach ausführlicher Abwägung der Vor- und Nachteile und intensiver Diskussion mit der Patientin entschieden wir uns für ein sequenzielles Vorgehen, in dem wir zunächst eine EKT, dann – zeitlich verzögert – die Einleitung einer neuen antidepressiven Pharmakotherapie und eine spätere Beurteilung der Notwendigkeit eines Wechsels des Stimulators sowie der Einleitung einer intensiven Verhaltenstherapie vorsahen.

Wir begannen somit in einem ersten Schritt nach einer zerebralen Bildgebung und nach Absetzen des irreversiblen Monoaminoxidase-Inhibitors mit einer rechts unilateralen EKT über insgesamt vier Wochen (zwölf Sitzungen). Diese

Maßnahme induzierte keine signifikante Veränderung des neuropsychologischen Profils, führte aber zu einer moderaten Verbesserung der depressiven Symptomatik. Die Schwere der Depression, gemessen mit dem Montgomery-Asberg-Rating-Skala, verringerte sich von 35 auf 20 Punkte, was einer Teilantwort entsprach.

Während der zweiten Hälfte der EKT-Behandlung sprach sich die Patientin zudem für einen Wechsel des Hirnstimulators aus. Da sie zuvor auf diese Intervention angesprochen hatte, wurde der neurochirurgische Wechseleingriff im Anschluss an die EKT-Serie komplikationsfrei durchgeführt. Anschließend konnte die Patientin zunehmend besser in das multimodale stationäre Therapieangebot mit prominenten psychotherapeutischen Elementen integriert werden. Es erfolgte zeitgleich die Einleitung einer antidepressiven Therapie mit Milnacipran und Aripiprazol. Unter dieser Medikation kam es – nach zwei kurzen Phasen der Verschlechterung – in den folgenden zwei Monaten zu einer Response (mit einem MARS-Wert von 16 Punkten). Mit Residualsymptomen in Form von Konzentrationsstörungen, einer persistierenden Antriebsstörung und einer noch immer morgens betonten niedergedrückten Stimmung in milder Ausprägung konnte die Patientin im 22. Monat ihrer depressiven Episode in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden, in der eine wöchentliche kognitiv-behaviorale Psychotherapie organisiert werden konnte.

Beurteilung und Diskussion

Der beschriebene Verlauf steht paradigmatisch für einen kleinen, aber relevanten Anteil depressiver Patienten, die eine Therapieresistenz, besser noch eine schwer behandelbare Depression aufweisen. Für solche Patienten muss ein komplexes Behandlungsregime etabliert werden, um eine relevante Verbesserung der Symptomatik zu erreichen. Für eine signifikante Minderheit dieser Betroffenen sind – wie im hier geschilderten Fall – die erreichbaren Verbesserungen nur unzureichend und gehen auch zwischen den einzelnen Episoden mit einer verminderten Lebensqualität für die Betroffenen einher [1].

Tab. 1: Stufen der Therapieresistenz affektiver Störungen [nach 3, 4]

Stufe I	Nichtansprechen auf mindestens ein Antidepressivum aus einer Substanzklasse
Stufe II	Stufe I plus Nichtansprechen auf ein Antidepressivum aus einer anderen Substanzklasse
Stufe III	Stufe II plus Nichtansprechen auf ein trizyklisches Antidepressivum
Stufe IV	Stufe III plus Nichtansprechen auf einen Monoaminoxidase-Inhibitor
Stufe V	Stufe IV plus Nichtansprechen auf eine bilaterale EKT

Die weltweit am weitesten verbreitete Definition der Therapieresistenz affektiver Störungen beschreibt das Vorliegen von mindestens zwei frustranen psychopharmakologischen Therapieversuchen in ausreichender Dauer und Dosierung in der aktuellen depressiven Episode [z. B. 2]. Alternative Erklärungsmodelle [z. B. 3] beschreiben das Phänomen detaillierter (**Tab. 1**), indem sie neben der Anzahl der Therapieversuche auch die der Stimulationsverfahren und Psychotherapien aufnehmen [3, 4, 5]. Allerdings fließen in diese Klassifikationssysteme neuere antidepressive Strategien nicht ausreichend ein. Studien zufolge weisen bis zu 50 % aller Patienten mit affektiven Störungen einen solchen Verlauf auf [3]. Insbesondere ältere Patienten sind von diesen schwer behandelbaren Verlaufsformen betroffen, denn – wie in dem beschriebenen Fall – haben rezidivierende depressive Störungen mit zunehmendem Lebensalter der Betroffenen die Neigung, ein höheres Maß an Therapieresistenz zu entwickeln. Zusätzliche Charak-

teristika umfassen eine höhere Frequenz mit kürzeren beschwerdefreien oder -armen Intervallen, eine verstärkte Neigung zu Residuen und somit in Summe ein höheres Risiko einer Chronifizierung. Damit einhergehend zeigen Patienten relevante Einschränkungen im Berufsleben, in sozialen Interaktionen sowie eine erhöhte Suizidalität und Mortalität [6].

Die vor diesem Hintergrund entstehenden klinischen Verläufe mit komplexen Therapieregimen erschweren häufig die Identifikation letztlich wirksamer therapeutischer Interventionen. Dies kann im klinischen Alltag hoch relevant sein, da nicht selten bei Patienten mit einer ausgeprägten Therapieresistenz – wie in dem vorliegenden Fall – invasive Verfahren mit einer verhältnismäßig hohen Rate möglicher unerwünschter Wirkungen, wie die tiefe Hirnstimulation oder die EKT, eingesetzt werden. Bei unserer Patientin ist es wichtig zu betonen, dass der hier im Einzelfall erzielte positive Effekt der tiefen Hirnstimulati-

on des subgenualen Cingulum in größeren multizentrischen Studien nicht dargestellt werden konnte [7]. Die gleiche Methode mit distinktem Stimulationsort (mediales Vorderhornbündel) zeigt einen raschen Wirkeintritt innerhalb von Tagen bis Wochen und wird derzeit in einzelnen universitären Zentren in klinischen Studien untersucht; ein abschließendes Urteil ist daher noch nicht möglich [8].

Aus eigenen Erfahrungen ist es auch nicht selten, dass Patienten wie in der hier beschriebenen Kasuistik ein biologisches Krankheitsmodell entwickeln, das unter Umständen insbesondere in der Phasenprophylaxe notwendigen psychotherapeutischen Verfahren im Wege stehen kann.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

AUTOR

Prof. Dr. med. Malek Bajbouj

Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Universitätsmedizin Berlin – Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12203 Berlin

E-Mail: malek.bajbouj@charite.de



Fragen und Lösungen

Frage 1

Welche Definition einer therapieresistenten Depression ist die am weitesten verbreitete?

- Patienten haben auf ein Antidepressivum nicht angesprochen.
- Patienten haben auf mindestens zwei Antidepressiva in ausreichender Dosierung und ausreichend lange verabreicht nicht angesprochen.
- Patienten haben auf eine EKT nicht angesprochen.
- Patienten haben auf eine Psychotherapie nicht angesprochen.
- Patienten haben auf eine Antidepressiv-

vamedikation, eine Augmentation und eine Kombinationstherapie nicht angesprochen

Lösung

Antwort **b** ist richtig. Sie beschreibt die am weitesten verbreitete und klinisch leicht handhabbare Definition.

Frage 2

Welche Konsequenzen haben therapieresistente Depressionen?

- Erhöhte Mortalität
- Erhöhte Suizidrate

- Erhöhte Chronifizierungsneigung
- Verringerte Lebensqualität
- Alle Antworten sind richtig.

Lösung

Antwort **e** ist richtig. Therapieresistente Depressionen sind eine schwerwiegende Verlaufsform affektiver Störungen. Sie gehen mit einer signifikanten Erhöhung der Mortalität und Suizidalität einher. Betroffene haben eine höhere Neigung chronische Verläufe zu entwickeln und beschreiben häufiger eine geringere Lebensqualität im Vergleich zu gesunden Kontrollen.

Literatur

1. Thase ME. Update on partial response in depression. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 Suppl 6:4-9.
2. Sackeim HA. The definition and meaning of treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 16:10-7.
3. Rush AJ, Thase ME, Dubé S. Research issues in the study of difficult-to-treat depression. *Biol Psychiatry*. 2003 Apr 15;53(8):743-53.
4. Thase ME, Rush AJ. When at first you don't succeed: sequential strategies for antidepressant nonresponders. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 13:23-9.
5. Berlim MT, Turecki G. Definition, assessment, and staging of treatment-resistant refractory major depression: a review of current concepts and methods. *Can J Psychiatry*. 2007 Jan;52(1):46-54.
6. Fekadu A, Wooderson SC, Markopoulou K et al. What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. *J Affect Disord*. 2009 Jul;116(1-2):4-11.
7. Holtzheimer PE, Husain MM, Lisanby SH et al. Subcallosal cingulate deep brain stimulation for treatment-resistant depression: a multisite, randomised, sham-controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2017 Nov;4(11):839-849.
8. Bewernick BH, Kayser S, Gippert SM et al. Deep brain stimulation to the medial forebrain bundle for depression- long-term outcomes and a novel data analysis strategy. *Brain Stimul*. 2017 May - Jun;10(3):664-671.



Ein genetischer Test ist vor allem dann sinnvoll, wenn mehrere Familienmitglieder betroffen sind, es sich um ein frühes Erkrankungsalter handelt oder wenn charakteristische klinische Zeichen auftreten.

Krankheitsgene in der Neurologie

Wie neurogenetische Diagnostik bei Bewegungsstörungen hilft

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 mit Entwicklungsverzögerung als auch bei Bewegungsstörungen eine wichtige Rolle.

KATJA LOHMANN, CHRISTINE KLEIN

Bewegungsstörungen sind neurologische Erkrankungen, bei denen die Bewegungs- und Haltungsregulation durch fehlerhafte Steuerung im Gehirn beeinträchtigt ist. Häufige Bewegungsstörungen sind Tics, Restless-legs-Syndrom, Tremor oder Parkinson-Syndrom, aber auch die Dystonien und Chorea spielen eine wichtige Rolle, selbst wenn sie mit einer Prävalenz von nicht mehr als 5/10.000 zu den seltenen Erkrankungen gehören.

Die Ursachen sind vielfältig und meistens unbekannt. Es gibt Patienten, bei denen sich die Erkrankung auf eine rein umweltbedingte Ursache wie ein Schädel-Hirn-Trauma, Intoxikation oder Infektionen zurückführen lässt. Bei anderen Betroffenen liegt die Ursache im Erbgut, entweder im Sinne einer monogenen Ursache (ein einziger Gendefekt ist ursächlich für die Erkrankung) [1] oder in Form einer multifaktoriellen Ursache (komplex-genetisch) mit einem Zusammenspiel von mehreren genetischen Risikofaktoren und ungünstigen Umweltfaktoren [2]. Bei einigen monogenen Formen, zum Beispiel bei Enzymdefekten und damit verbundener metabolischer Dysfunktion, ergeben sich aus dem Kennen der genetischen Ursache direkte therapeutische Ansätze. Dies gilt zum Beispiel für die doparesponsive Dystonie, die durch eine Mutation im *GCH1*-Gen verursacht sein kann. *GCH1* kodiert für die GTP-Zyklohydrolase I, ein Enzym das an der Biosynthese von Dopamin beteiligt ist. Der resultierende endogene Mangel an Dopamin bei Mutationsträgern kann durch L-Dopa-Gaben kompensiert werden. Dabei zeigt sich in der Regel ein hervorragendes und lebenslanges Ansprechen auf kleine Dosen von L-Dopa [3].

Die genetische Diagnostik hat sich in den letzten Jahren 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. Während zum Beispiel beim Parkinson-Syndrom monogene Ursachen für nur 2–5 % der Erkrankungen verantwortlich sind, und dies meist junge Patienten mit einem frühen Erkrankungsbeginn (vor dem 40. Lebensjahr) betrifft [4], scheinen häufige genetische Varianten (komplex-genetische Ursachen) bei der Mehrheit der (älteren) Patienten zur Entstehung der Er-

krankung beizutragen. Bisher wurden 24 solcher Risikovarianten für das Parkinson-Syndrom gefunden [5].

Im Rahmen dieses Artikels wird es um die Bedeutung monogener Formen bei Bewegungsstörungen gehen und um die mit der Diagnostik verbundenen Herausforderungen unserer Zeit.

Wann ist eine monogene Krankheitsursache zu erwarten?

Fallbeispiele unterstreichen die Relevanz eines genetischen Tests (siehe **Kasuistiken: Welche Bedeutung kann eine genetische Diagnose haben?**) [6, 7, 8]. Bei einigen wenigen Erkrankungen, zum Beispiel der Huntington'schen Chorea kommen nur bestimmte genetische Ursachen (Repeat-Expansionen im *HTT*-Gen) infrage, die dann gezielt getestet werden können und bei einem positiven Befund Klarheit über die Diagnose geben sowie gewisse Vorhersagen über den Krankheitsverlauf ermöglichen. Anders sieht dies aus, wenn sich ein 25-jähriger Patient mit einem beginnenden Parkinson-Syndrom in der Sprechstunde vorstellt. Das Parkinson-Syndrom stellt beispielsweise eine sowohl klinisch als auch genetisch heterogene Erkrankungsgruppe dar. Phänotypisch ist ein Patient mit einer Mutation im *Parkin*-Gen nicht von dem mit einer *PINK1*-Mutation zu unterscheiden und Mutationen in mindestens sechs weiteren Genen können ebenfalls relevant sein. Andersherum kann ein Patient mit einem Erkrankungsalter von 55 Jahren ebenfalls aufgrund einer *Parkin*-Mutation betroffen sein. Bei den heterogenen Bewegungsstörungen ist es daher meist nicht möglich, gezielt genetisch zu testen, sondern die Untersuchung von mehreren Genen, am liebsten parallel, ist erwünscht.

Technisch ist dies möglich, aber noch nicht einfach in der Routineversorgung umzusetzen. Möglicherweise wird in ein paar Jahren, die komplette Untersuchung des Erbguts eines Patienten genauso zum Standard werden wie aktuell die Untersuchung mit dem Reflexhammer oder einem Magnetresonanztomogramm (MRT). Während bis vor einigen Jahren im Falle von heterogenen Erkrankungen ein genetischer Test zeitaufwändig und sehr teuer war, da oftmals mehrere Gene sukzessive per Hand untersucht wurden, erlaubt eine neue Methode der Sequenzierung (next generation sequencing, NGS), die pa-

parallele Untersuchung vieler oder aller Gene beziehungsweise des gesamten Erbguts in Form einer Genpanel-, Exom- oder Genomsequenzierung [9]. Die Kosten einer solchen Analyse liegen aktuell bei zirka 3.000 € pro Patient, eine Summe, die zurzeit aus Sicht der Krankenversicherer (noch) nicht die standardmäßige NGS-Analyse bei Patienten mit unklaren Diagnosen erlaubt, und dies obwohl der finanzielle Aufwand dem der Kandidatenanalyse von zwei mittelgroßen Genen vergleichbar ist. In noch seltenen Einzelfällen sind Direktverhandlungen mit Krankenkassen erfolgreich. Die folgenden beiden Szenarien sind für die Auswahl von Patienten für NGS-Diagnostik dabei von besonderer Relevanz:

Positive Familienanamnese

Eine positive Familienanamnese galt bisher immer als stärkster Indikator, um bei einem Patienten von einer genetischen Ursache auszugehen, was an folgendem Beispiel illustriert werden soll:

Ein 49-jähriger Patient bemerkte erstmals vor drei Jahren eine Unsicherheit beim Motorradfahren und er verschüttete immer wieder Flüssigkeiten. Seit seiner Kindheit sei bereits ein etwas breitbasiger Gang aufgefallen. Seit ein paar Jahren kam es zunehmend zu Gangschwierigkeiten und deutlicher Verschlechterung unter anderem von Aussprache und Feinmotorik. Die klinisch neurologische Untersuchung führte zur Diagnose einer panzerebellären Ataxie mit Dysarthrophonie und sakkadierter Blickfolge. Er litt außerdem an einer Polyneuropathie, Bluthochdruck und Diabetes mellitus. Seine Mutter und

sein Bruder waren in ähnlicher Weise betroffen (**Abb. 1a**). Die Exomsequenzierung wurde bei allen drei betroffenen Familienmitgliedern mit der Hypothese der gleichen genetischen Ursache durchgeführt und zeigte eine bereits mehrfach bei anderen Patienten vorbeschriebene krankheitsverursachende Mutation im *POLG*-Gen auf. *POLG* kodiert für die Polymerase gamma, eine katalytische Untereinheit der mitochondrialen DNA-Polymerase. Ein Funktionsverlust durch Mutationen ist mit einem mitochondrialen Phänotyp assoziiert, wie es bei unserem Patienten der Fall ist.

Wie dieses Beispiel zeigt, ist es sinnvoll, bei einer familiären Erkrankung mehrere betroffene Familienmitglieder in die eigentliche Sequenzanalyse einzuschließen. Eine Exomsequenzierung liefert beispielsweise zirka 200 seltene, proteinverändernde Varianten bei einem Patienten, die, wenn nicht eine bekannte vorbeschriebene Mutation dabei ist, theoretisch alle als ursächliche Kandidaten für die Erkrankung infrage kommen. Ein betroffener Onkel teilt aber beispielsweise nur ein Viertel des Erbgutes mit dem Patienten und die Zahl der Kandidaten kann geviertelt werden, das heißt, es sind nur noch zirka 50 Varianten zu beurteilen.

Negative Familienanamnese

Neuere Untersuchungen unterstreichen allerdings auch die Bedeutung von *de-novo*-Mutationen [10], das heißt, neu entstandene Mutationen, die man bei sporadischen Patienten findet und die in der Regel während der Replikation in der Meiose entstehen und nicht repariert werden können. Diese findet man

Kasuistiken: Welche Bedeutung kann eine genetische Diagnose haben?

Fall 1: Eine 55-jährige Patientin mit mittlerweile genetisch gesicherter doparesponsiver Dystonie aufgrund einer Mutation im *GCH1*-Gen stellte sich zur Medikamenteneinstellung vor und betrat den Behandlungsraum mit Krücken. Trotz ihrer sehr guten L-Dopa-Antwort ist sie seit vielen Jahren auf die Gehhilfen angewiesen, da sie im Kindesalter unter der Vorstellung einer orthopädischen Fußfehlstellung und Verknöcherung der neurologischen Bewegungsstörung Dystonie insgesamt neunmal an den Füßen operiert wurde, was zu einer iatrogenen, dauerhaften Gehbehinderung geführt hat.

Fazit: Eine frühzeitige genetische Diagnose hätte Schaden verhindern können.

Fall 2: Das acht Monate alte Kind konsanguiner Eltern leidet an einer schweren Entwicklungsverzögerung und generalisierten Bewegungsstörung mit okulogyren Krisen und Ophiotonus, die sich unmittelbar postnatal manifestierte. Die genetische Diagnostik ergibt eine homozygote Mutation im *GCH1*-Gen als Ursache der Erkrankung und eine L-Dopa-Gabe führt zu einer deutlichen, wenn auch nicht vollständigen Verbesserung der Symptomatik.

In der zweiten Schwangerschaft bitten die Eltern um pränatale Diagnostik, die beim Ungeborenen dieselbe homozygote Mutation zeigt. Durch die erfolgreiche Therapie des Erstgeborenen ermutigt, entscheiden sich die Eltern gegen einen Abort. Nach sorgfältiger Prüfung der Datenlage leiteten wir eine L-Dopa-Therapie der Mutter während der Schwangerschaft ein und das Kind wurde termingerecht und gesund geboren. Die frühkindliche Entwicklung war normal; ein L-Dopa-Auslassversuch mit sofortiger Entwicklung dystoner Zeichen

bestätigte klinisch die Diagnose und den Erfolg der intrauterinen und unmittelbar postnatalen Therapie [6].

Fazit: Eine genetische Diagnose im präsymptomatischen, hier pränatalem, Stadium kann zu einer präventiven Therapie führen.

Fall 3: Der 36-jährige Patient mit einer generalisierten Dystonie und schweren Dysphonie stellte sich zur genetischen Abklärung seines Krankheitsbildes vor. Die genetische Diagnostik ergab eine pathogene Variante im Dystonie-Gen *THAP1*. Wenn wir auch dem Patienten keine verbesserte Therapie aufgrund der Mutation anbieten konnten – das Ansprechen auf eine auswärts durchgeführte tiefe Hirnstimulation war eingeschränkt – erfuhr er durch die Diagnosestellung eine erhebliche Erleichterung und Aufhebung seiner Unsicherheit. Letztere war besonders dadurch bedingt, dass sein Vater ihn seit Erkrankungsbeginn im Alter von neun Jahren stets als Simulanten bezeichnet hatte. Auch die Verhandlungen mit Arbeitgebern und Krankenkassen gestalteten sich seit der definitiven Diagnosestellung erheblich leichter.

Fazit: Auch ohne direkte therapeutische Konsequenzen kann eine genetische Diagnose nutzbringend für die betroffenen Patienten sein.

Eine genetische Diagnose kann also direkte therapeutische Konsequenzen haben (wie im Fallbeispiel 1 und 2) oder kostspielige Folgeuntersuchungen [7] und schädigende Operationen wie im Fallbeispiel 1 vermeiden. Und auch ohne direkte therapeutische Maßnahmen hilft eine Diagnose den Patienten und Angehörigen, im Alltag besser mit der Erkrankung umgehen zu können, wie Beispiel 3 verdeutlicht [8].

besonders häufig bei Kindern mit einem komplexen Phänotyp, der auch eine Entwicklungsstörung einschließt [11]. Mit anderen Worten, je früher das Erkrankungsalter, desto wahrscheinlicher ist eine monogene Krankheitsursache zu finden. Bei schweren Phänotypen ist gerade auch eine negative Familienanamnese aufgrund von Neumutationen zu erwarten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bei konsanguinen Familien, die eigentlich eine rezessive Krankheitsursache vermuten lassen, *de-novo*-Mutationen mit der gleichen Häufigkeit wie bei Nicht-Verwandten-Partnerschaften auftreten, was an folgendem Beispiel illustriert werden soll:

Die 15-jährige Patientin aus Afghanistan und Kind verwandter Eltern stellte sich mit einer im siebten Lebensjahr begonnen habenden generalisierten Dystonie sowie einer fraglichen Intelligenzminderung vor. Die Dystonie-Panel-Untersuchung ergab eine Mutation im *KMT2B*-Gen, die bei ihren Eltern nicht nachweisbar ist und folglich *de novo* entstanden ist (Abb. 1b). Obwohl das klinische Bild exakt zum mit *KMT2B*-Mutationen assoziierten Phänotyp passte, hatten wir zunächst aufgrund der Konsanguinität an eine rezessive Krankheitsursache gedacht, die aber nicht gefunden werden konnte.

Für das Aufspüren von *de-novo*-Mutationen ist es wichtig, auch die Eltern in die Analyse einzuschließen. Zwar verursacht dies zunächst die dreifachen Sequenzierkosten (drei Personen anstatt einer Person), aber die nachträgliche Interpretation und Validierungsarbeit wird drastisch reduziert. Bei einem „Eltern-Kind-Trio“ findet man in der Regel weniger als zehn *de-novo*-Varianten und bis zu zehn biallelische, seltene Varianten als Kandidaten für eine rezessive Vererbung mittels Exomsequenzierung. Dies ist im Vergleich zu den 200 Varianten bei einer Einzelpersonuntersuchung weniger als ein Zehntel. Darüber hinaus ist zum Nachweis einer Neumutation die Analyse der Eltern (gegebenenfalls auch nur für die Kandidatenvariante wie in unserem Beispiel) zwingend notwendig.

Gerade mit den NGS-basierten Diagnoseverfahren hat sich die Aufklärungsquote bei vielen heterogenen Erkrankungen deutlich verbessert und kann bei bis zu 80 % liegen [12]. Außerdem wird die diagnostische Odyssee bei vielen Patienten um mehrere Jahre verkürzt [13].

Welche ethischen Aspekte sind zu berücksichtigen?

Neben den vielen Vorteilen, die die NGS-basierte genetische Diagnostik bietet, sind einige ethische Aspekte zu bedenken.

1. Ein positiver genetischer Test legt auch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Angehörigen nahe. Ist zum Beispiel bei einem Patienten eine heterozygote Mutation in *GNAL* als Ursache für seine Dystonie gefunden worden, bedeutet dies für die Geschwister, dass sie ein 50 %iges Risiko haben, ebenfalls die Mutation zu tragen und damit zu erkranken.
2. Bei einer NGS-basierten Analyse aller Gene (Exom- oder Genomuntersuchung) werden möglicherweise Mutationen in Genen gefunden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer sich später manifestierenden Erkrankung wie zum Beispiel Brustkrebs oder Morbus Alzheimer führen können.

Um den Patienten diese Aspekte näher zu bringen, ist es zwingend notwendig, dass genetische Tests nur nach einer entsprechenden Aufklärung und schriftlichen Einwilligung durch die

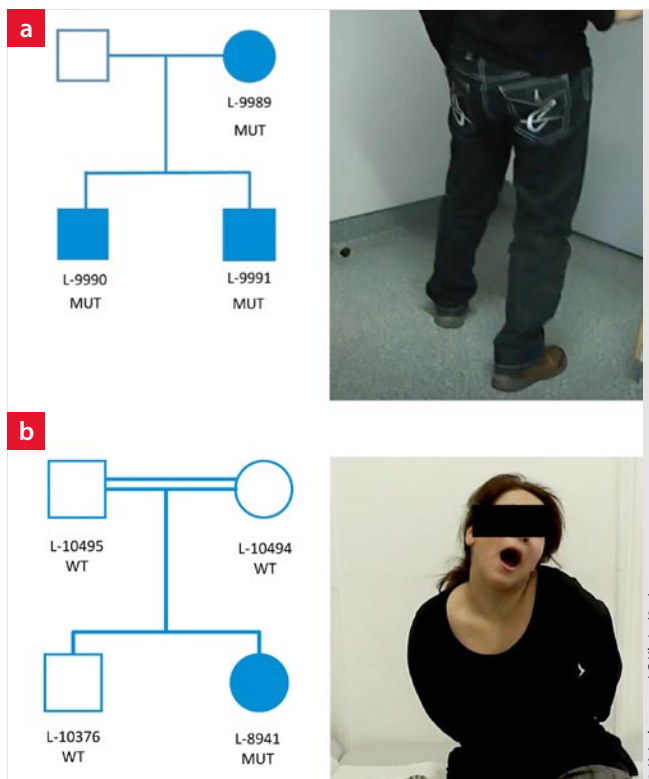


Abb. 1: Die Bedeutung der Familienanamnese in Bezug auf eine genetische Ursache. Im Stammbaum sind alle Personen mit einem gefüllten Symbol erkrankt. Personen, von denen genetisches Material zur Verfügung stand, haben eine ID-Nummer (L-Nummer). Das Ergebnis der Mutationsanalyse ist angezeigt (MUT: Mutation, WT: Wildtyp).

a: Beispiel einer Familie mit einer positiven Familienanamnese wegen einer dominant vererbten Mutation im *POLG*-Gen, wo die Untersuchung von drei betroffenen Familienangehörigen half, die genetische Ursache zu finden. Der Patient zeigt einen breitbasigen Gang, der ein Zeichen der Kleinhirnatrophie ist.

b: Beispiel einer kleinen konsanguinen Familie (Eltern sind erstgradige Cousins, was durch die Doppellinie symbolisiert ist) mit, aus Sicht der Index-Patientin, leerer Familienanamnese, die eine rezessiv vererbte Erkrankung nahelegt. Durch die genetische Untersuchung der beiden gesunden Eltern und der Patientin selbst, konnte hier eine Neumutation im *KMT2B*-Gen gefunden werden, die ursächlich für die Erkrankung ist. Die Patientin weist eine schwere generalisierte Dystonie auf, die auch die Kopf-Hals-Region und den Rumpf betrifft.

Patienten erfolgen. Die Mitteilung eines positiven Testergebnisses findet immer in Verbindung mit einer humangenetischen Beratung statt. Im Vorfeld wird geklärt, ob der Patient über „Zufallsbefunde“ (incidental findings) informiert werden möchte. Dies ist vergleichbar mit der Situation der Detektion eines Hirntumors bei einem MRT eines Ataxie-Patienten. Allerdings können solche Zufallsbefunde auch von Nutzen sein, nämlich dann, wenn eine präsymptomatische Diagnose, eine medizinische Maßnahme nach sich ziehen kann, die die Entstehung der Erkrankung verhindert. Dies kann zum Beispiel

bei einer Mutation im *BRCA1*-Gen der Fall sein, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Brust- oder Ovarialkarzinomen führen würde. Eine rechtzeitige Operation kann der Entstehung der Krebserkrankung vorbeugen. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des American College of Medical Genetics gibt es eine Liste von 59 Genen [14], in denen Mutationen zu schwerwiegenden Erkrankungen führen, für die es aber präventive Maßnahmen gibt. Solche Zufallsbefunde sollten daher unbedingt mitgeteilt werden.

Was sind die Herausforderungen bei der Interpretation der genetischen Daten?

Eine besondere Herausforderung für Ärzte und Patienten gleichermaßen stellen nicht zu interpretierende Testergebnisse dar. Bei einem nicht unerheblichen Teil von Patienten werden noch nicht beschriebene Varianten in bekannten Krankheitsgenen oder plausibel pathogene Varianten in möglicherweise neuen Krankheitsgenen gefunden. Für die Unterscheidung, ob eine Variante pathogen oder benigne ist, gibt es mehrere Anhaltspunkte, aber oft kann das Pendel nicht eindeutig in die eine oder andere Richtung ausschlagen. Die Beurteilung der Pathogenität beruht im Prinzip auf vier Säulen, die im Folgenden erläutert werden (Abb. 2):

1. Häufigkeit bei Kontrollen (im Vergleich zu Patienten): Jede einzelne genetische Bewegungsstörung ist selten und hat eine Prävalenz von weniger als 1 %. Deshalb erwartet man von einer pathogenen Variante, dass sie, auch wegen der genetischen Heterogenität, eigentlich noch seltener ist, das heißt < 1 % beziehungsweise < 0,1 % in Abhängigkeit von der Häufigkeit und Penetranz der Erkrankung und der Vielzahl der genetischen Ursachen [15]. Für die Abschätzung der Häufigkeit in der Bevölkerung (bei Kontrollen) verwendet man in der Regel große Datenbanken wie zum Beispiel die des Exome Aggregation Consortiums, die Exom-Daten von zirka 60.000 Personen enthält (<http://exac.broadinstitute.org/>) oder die Genome Aggregation Database mit Exom-/Genomdaten von bis zu 140.000 Personen (<http://gnomad.broadinstitute.org/>).

2. Segregation: Tritt eine Variante bei allen betroffenen, nicht aber bei den gesunden Familienmitgliedern auf, dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie krankheitsursächlich ist. Je mehr Familienmitglieder verfügbar sind, desto aussagekräftiger wird die Segregation. Allerdings sind hierbei die Phänomene der reduzierten Penetranz (nicht alle Mutationsträger erkranken), variablen Expressivität (unterschiedliche Erkrankungsschwere bei Mutationsträgern, die von mild bis schwer reichen kann) und Phänokopien (erkrankte Familienmitglieder mit einer anderen Ursache, das heißt die nicht die Mutation tragen, was beispielsweise bei bis zu 5 % der genetischen Parkinson-Familien vorkommt [16]), zu beachten. Diese Phänomene können auch bei pathogenen Mutationen zu einer unvollständigen Segregation führen. Außerdem kann eine Adoption eine positive Familienanamnese/Segregation verschleiern. Wird auf der anderen Seite bei einem Patienten mit einer echten negativen Familienanamnese eine *de-novo*-Mutation gefunden, dann ist dies ein starkes Indiz für eine Pathogenität der Variante.

3. In-silico-Prädiktion: Während bei einer Nonsense- oder Frameshift-Mutation der dramatische Effekt (in der Regel Funktionsverlust) auf das Protein offensichtlich ist, ist die Beurteilung einer Missense-Variante, das heißt der Austausch einer Aminosäure gegen eine andere, nicht so klar zu beurteilen. Dafür wurden verschiedene computergestützte Algorithmen entwickelt, die den Effekt auf die Proteinfunktion versuchen vorauszusagen. Die evolutionäre Konservierung der Aminosäure, der spezifische Austausch, zum Beispiel eine basische gegen eine saure Aminosäure, und die Lage in Bezug auf eine funktionelle Domäne im Protein gehen dabei unter anderem in die Bewertung ein. Es gibt bis zu 20 verschiedene Prädiktionsprogramme, die am häufigsten verwendeten sind SIFT (sorting intolerant from tolerant), PolyPhen und der CADD-Score (combined annotation dependent depletion) [17]. Die Ergebnisse der einzelnen Programme können uneinheitlich sein und spiegeln damit den Prädiktionscharakter wider, der eben keine absolute Aussage treffen kann.

Funktionelle Analysen: Diese werden als Goldstandard zum Nachweis eines Funktionsverlustes angesehen, sind allerdings in der Regel kostspielig, aufwendig und bei Proteinen, deren zelluläre Funktion nicht vollständig verstanden ist, schwierig zu etablieren. Eine funktionelle Analyse kann zum Beispiel die Lokalisation des Proteins in der Zelle, die Proteinmenge oder die Wechselwirkung mit Interaktionspartnern umfassen. Bei Enzymen kann deren Aktivität über die Konzentration von Substrat oder Abbauprodukt bestimmt werden.

Diese vier Bausteine finden sich bei einem vom American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) entwickelten Bewertungssystem zur Beurteilung der Pathogenität in unterschiedlicher Gewichtung wieder [18]. Es gibt fünf verschiedene Klassen für die Pathogenität einer Variante:

- I pathogen,
- II wahrscheinlich pathogen,
- III Varianten unklarer klinischer Signifikanz (VUS),
- IV wahrscheinlich benigne und
- V benigne.

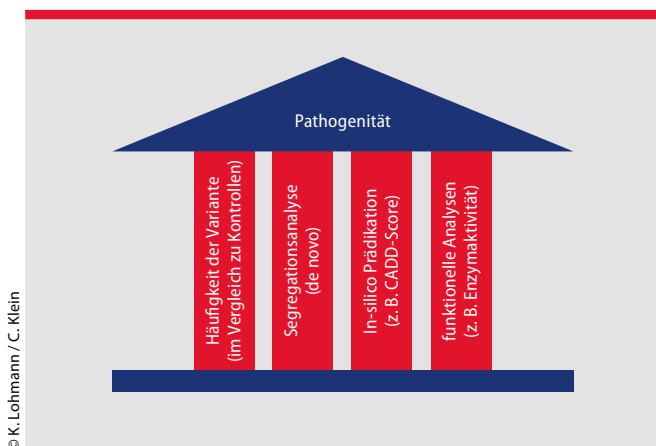


Abb. 2: Die vier Säulen zur Beurteilung der Pathogenität von Kandidatenvarianten bei genetischen Tests.

Dabei ist die Klasse III diejenige, die für Patienten und Ärzte als Ergebnis am unbefriedigendsten ist, leider aber recht häufig vorkommt. Beispielhaft dafür soll hier der Fall einer 54-jährigen Patientin mit einem Dystonie-Parkinson-Syndrom geschildert werden, bei der mittels Exomsequenzierung eine seltene (Häufigkeit in ExAC = 0,01 %) Variante in *LRRK2* gefunden wurde. Familienangehörige stehen nicht zur Verfügung. Die Familienanamnese ist leer. Pathogene *LRRK2*-Varianten führen zu einem monogenen Parkinson-Syndrom und könnten daher zumindest einen Teil des Phänotyps erklären. Die detektierte *LRRK2*-Variante p.Ser1228Thr verursacht einen Aminosäureaustausch von Serin zu Threonin an Position 1228 und wurde bei zwei von Morbus Parkinson betroffenen Geschwistern beschrieben [19], allerdings eben auch bei relativ vielen Kontrollen gefunden. Eine funktionelle Studie zeigte keinen signifikanten Einfluss der Variante auf die Kinaseaktivität des kodierten Proteins, jedoch wird in einer anderen Studie an Hand von *in-silico*-Daten ein Einfluss auf die Proteinstabilität prognostiziert. Ohne überzeugende Segregation oder signifikante Anreicherung dieser seltenen Variante bei Parkinson-Patienten sowie ohne einen klaren Nachweis einer funktionellen Veränderung kann diese Variante nicht schlüssig interpretiert werden und fällt in die Gruppe der Varianten unklarer klinischer Signifikanz.

Genotyp-Phänotyp-Datenbanken

Die Interpretation von Varianten kann also nur durch eine Untersuchung und Veröffentlichung von einer Vielzahl Patienten und einer Entwicklung funktioneller Tests verbessert werden. Um diese Vielzahl an publizierten Patienten bei weltweit vorkommenden, aber relativ seltenen Erkrankungen zu erfassen, bedarf es kurierter und gepflegter Genotyp-Phänotyp-Datenbanken. Es gibt eine Reihe solcher Datenbanken, die entweder ein recht umfassendes klinisches Bild erfassen (z. B. online mendelian inheritance in man [OMIM], www.omim.org), aber bekannte Genotypen nur unvollständig wiedergeben, oder die zwar Mutationen weitestgehend vollständig erfassen, aber nur eine schlagwortartige klinische Beschreibung enthalten (z. B. ClinVar, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/> oder die Human Genome Mutation Database [HGMD], <http://www.hgmd.cf.ac.uk/ac/index.php>). Ein neueres Werkzeug, das von der Movement Disorder Society unterstützt wird, stellt MDSGene (www.mdsgene.org) dar, das detaillierte klinische und genetische Daten aus der weltweit publizierten wissenschaftlichen Literatur erfasst und grafisch aufbereitet. Bisher wurden dabei Daten für fast 5.000 Patienten mit genetisch bedingten Bewegungsstörungen zusammengetragen und beispielsweise die Genotyp-Phänotyp-Korrelation für rezessive, früh beginnende Parkinson-Syndrome systematisch untersucht [4].

Fazit für die Praxis

Der genetischen Diagnostik kommt eine wachsende Bedeutung im klinischen Alltag zu. Bei einigen Patienten kann eine genetische Diagnose direkte Implikationen für die Wahl der Therapie haben, bei anderen Patienten verbessert sie die Lebensqualität, da die Erkrankung endlich einen Namen bekommt und so die Kommunikation mit Betreuern und Ämtern erleichtert sowie auch Aussagen über

Verlauf und Wiederholungsrisiko im Rahmen einer humangenetischen Beratung erlaubt. Eine monogene Ursache spielt nach heutigem Kenntnisstand nur bei einem Teil der Patienten mit Bewegungsstörungen eine Rolle. Ein genetischer Test ist vor allem dann sinnvoll, wenn entweder mehrere Familienmitglieder betroffen sind, es sich um ein frühes Erkrankungsalter handelt und/oder charakteristische klinische Zeichen auftreten. Eine negative Familienanamnese bei einer frühkindlichen Erkrankung kann ein Hinweis auf eine Neumutation sein. Die wachsende Zahl der bekannten Krankheitsgene macht es für den allgemeinen Neurologen zunehmend komplizierter, den Überblick zu behalten und den richtigen genetischen Test anzufordern. Ein hilfreiches methodisches Werkzeug kann dabei eine Panel- oder Exomsequenzierung sein. Bei der Interpretation von Befunden können große Genotyp-Phänotyp-Datenbanken wie zum Beispiel MDS-Gene helfen. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die genetische Diagnostik in ein paar Jahren so selbstverständlich bei unseren neurologischen Patienten sein wird wie ein MRT, das vor 30 Jahren in den klinischen Alltag des Neurologen Eintritt fand.

Danksagung: K. Lohmann und C. Klein erhalten Forschungsförderung von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (FOR2488) und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (DYSTRACT, 01GM1514B) sowie von der International Parkinson disease and Movement Disorder Society (MDS). Klein wird von der Hermann und Lilly Schilling-Stiftung gefördert.

Literatur

www.springermedizin.de/neurotransmitter

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. K. Lohmann erklärt Vortragstätigkeit für die Centogene AG bei der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Humangenetik 2017 und Forschungsförderung durch die DFG und das BMBF. C. Klein erklärt Forschungsförderung von der DFG sowie dem BMBF und wird von der Hermann und Lilly Schilling-Stiftung gefördert. 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.

AUTORINNEN

**Prof. Dr. rer. nat.
Katja Lohmann**

Institut für
Neurogenetik
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck



Prof. Dr. med. Christine Klein

Institut für Neurogenetik
Universität zu Lübeck
E-Mail: christine.klein@neuro.uni-luebeck.de

CME-Fragebogen

Neurogenetische Diagnostik bei Bewegungsstörungen

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 05.03.2019:

NT1901TN

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/s15016-019-6593-z

? Welche Aussage trifft auf neurologische Bewegungsstörungen zu?

- ☐ Beruhen auf einer Fehlfunktion des peripheren Nervensystems.
- ☐ Schließen Muskelerkrankungen ein.
- ☐ Gehören sämtlich zu den seltenen Erkrankungen.
- ☐ Beruhen auf einer fehlerhaften Steuerung im Gehirns.
- ☐ Sind zumeist umweltbedingt.

? Welche Häufigkeit haben definitionsgemäß seltene Erkrankungen?

- ☐ Weniger als 1 : 10.000
- ☐ Weniger als 1 : 100.000
- ☐ Weniger als 1 : 2.000
- ☐ Weniger als 1 : 1.000
- ☐ Weniger als 5 : 100.000

? Was trifft auf die genetischen Ursachen von Morbus Parkinson zu?

- ☐ Sind noch nicht eindeutig belegt.
- ☐ Können bei der Hälfte der Patienten gefunden werden.
- ☐ Sind bei Patienten mit spätem Erkrankungsalter besonders häufig.
- ☐ Sollten routinemäßig untersucht werden.
- ☐ Finden sich vermehrt bei Patienten mit einem Erkrankungsalter unter 40 Jahren.

? Worin liegt häufig die Bedeutung einer genetischen Diagnose?

- ☐ In der Beseitigung von Unsicherheit bei den Erkrankten.
- ☐ In der sofortigen Einleitung einer kausalen Therapie bei allen diagnostizierten Patienten.
- ☐ In der Information des Arbeitgebers über diese Diagnose.
- ☐ In der Information des Lebensversicherers über diese Diagnose.
- ☐ In der Wiedergutmachung möglicher früherer iatrogenen Schäden.

? Wann ist eine monogene Krankheitsursache sehr wahrscheinlich ausgeschlossen?

- ☐ Wenn keine weiteren Familienangehörigen davon betroffen sind.
- ☐ Wenn eine Gen-Panel-Analyse kein Ergebnis gebracht hat.
- ☐ Wenn eine Kandidatengensequenzierung negativ ist.
- ☐ Wenn das Erkrankungsalter spät ist.
- ☐ Wenn eine eindeutige nicht genetische Ursache für die Erkrankung belegt werden kann.

? Welche ist eine häufig angewandte Methode der aktuellen genetischen Diagnostik?

- ☐ Gen-Panel-Untersuchung mittels „next-generation sequencing“
- ☐ Genomweite Sequenzierung.
- ☐ Einzelgensequenzierung „von Hand“

- ☐ Risikovariante-Assoziationsstudie
- ☐ Wiederholte Sequenzierung einzelner Gene in jährlichen Abständen

? Was gilt, wenn man eine neu entstandene (de-novo-) Mutation aufspüren möchte?

- ☐ Es genügt, den Indexpatienten genetisch zu untersuchen.
- ☐ Man findet bei einer Einzelpersonuntersuchung zirka 20 verschiedene Varianten.
- ☐ Eltern-Kind-Trios reduzieren die Validierungsarbeit erheblich.
- ☐ Man findet bei Eltern-Kind-Trios wenigstens 100 seltene, proteinverändernde de-novo-Varianten.
- ☐ Man braucht immer auch die Großeltern für die Diagnose.

? Was trifft auf ethische Aspekte beim genetischen Testen zu?

- ☐ Sind nicht zu bedenken.
- ☐ Sind nur bei Minderjährigen von Bedeutung.
- ☐ Können sich daraus ergeben, dass genetische Zufallsbefunde erhoben werden.
- ☐ Spielen nur für den untersuchten Patienten eine Rolle.
- ☐ Müssen nicht im Vorfeld besprochen werden.



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.

? Welche Aussage trifft auf die Einschätzung der möglichen Pathogenität einer gefundenen Variante zu?

- ☐ Wird dem Patienten überlassen.
- ☐ Beruht heutzutage ausschließlich auf der Häufigkeit einer Variante.
- ☐ Kann immer klar getroffen werden.
- ☐ Schließt immer eine funktionelle Untersuchung des betroffenen Proteins ein.

- ☐ Kann nur auf der Grundlage verschiedener Faktoren und des Zusammenspiels von genetischer Information und klinischem Bild erfolgen.

? Welche Aussage trifft auf die genetische Diagnostik für Bewegungsstörungen im Praxisalltag zu?

- ☐ Ist zu teuer und sollte daher vermieden werden.

- ☐ Trägt bei sorgfältig gestellter Indikation und fachkundiger Interpretation erheblich zur Aufklärung vor allem seltener Bewegungsstörungen bei.
- ☐ Darf nur durch den Humangenetiker indiziert werden.
- ☐ Hat keine wirksamen Konsequenzen und ist daher Zukunftsmusik.
- ☐ Sollte bei erkrankten Kindern mit negativer Familienanamnese vermieden werden.

Aktuelle CME-Kurse aus der Neurologie

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

aus: NeuroTransmitter 11/2018

von: S. Becker, K. Brockmann, I. Liepelt-Scarfone

zertifiziert bis: 29.10.2019

CME-Punkte: 2

► **Neurosarkoidose – wie sicher ist die Diagnose?**

aus: NeuroTransmitter 9/2018

von: W. Kafke, Mathias Buttmann

zertifiziert bis: 31.8.2019

CME-Punkte: 2

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

aus: NeuroTransmitter 6/2018

von: D. Woitalla

zertifiziert bis: 4.6.2019

CME-Punkte: 2

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



Literatur

1. Di Fonzo A, E. Monfrini, and R. Erro, Genetics of Movement Disorders and the Practicing Clinician; Who and What to Test for? *Curr Neurol Neurosci Rep* 2018;18(7):37
2. Brockmann K. and K. Lohmann, [Genetic risk variants in Parkinson's disease and other movement disorders]. *Nervenarzt* 2017;88(7): 713-719
3. Muller U, D. Steinberger, and H. Topka, Mutations of GCH1 in Dopa-responsive dystonia. *J Neural Transm (Vienna)* 2002;109(3): 321-8
4. Kasten M, et al., Genotype-Phenotype Relations for the Parkinson's Disease Genes Parkin, PINK1, DJ1: MDSGene Systematic Review. *Mov Disord* 2018;33(5): 730-741
5. Nalls MA, et al., Large-scale meta-analysis of genome-wide association data identifies six new risk loci for Parkinson's disease. *Nat Genet* 2014;46(9): 989-93
6. Bruggemann N et al. Beneficial prenatal levodopa therapy in autosomal recessive guanidine triphosphate cyclohydrolase 1 deficiency. *Arch Neurol* 2012; 69(8): 1071-5
7. Deverka PA, D. Kaufman, and A.L. McGuire, Overcoming the reimbursement barriers for clinical sequencing. *JAMA* 2014;312(18): 1857-8
8. Lingen M et al. Obtaining a genetic diagnosis in a child with disability: impact on parental quality of life. *Clin Genet* 2016;89(2): 258-66
9. Neveling K et al. A post-hoc comparison of the utility of sanger sequencing and exome sequencing for the diagnosis of heterogeneous diseases. *Hum Mutat* 2013;34(12): 1721-6
10. Posey JE et al. Resolution of Disease Phenotypes Resulting from Multilocus Genomic Variation. *N Engl J Med* 2017;376(1): 21-31
11. Veltman JA and H.G. Brunner, De novo mutations in human genetic disease. *Nat Rev Genet* 2012;13(8): 565-75
12. Fogel BL, S. Satya-Murti, and B.H. Cohen, Clinical exome sequencing in neurologic disease. *Neurol Clin Pract* 2016;6(2): 164-176
13. Soden SE et al. Effectiveness of exome and genome sequencing guided by acuity of illness for diagnosis of neurodevelopmental disorders. *Sci Transl Med* 2014;6(265): 265ra168
14. Kalia SS et al. Recommendations for reporting of secondary findings in clinical exome and genome sequencing, 2016 update (ACMG SF v2.0): a policy statement of the American College of Medical Genetics and Genomics. *Genet Med* 2017;19(2): 249-255
15. Shah N. et al. Identification of Misclassified ClinVar Variants via Disease Population Prevalence. *Am J Hum Genet* 2018;102(4): 609-619
16. Klein C. et al. The curious case of phenocopies in families with genetic Parkinson's disease. *Mov Disord* 2011;26(10): 1793-1802
17. Dong C et al. Comparison and integration of deleteriousness prediction methods for nonsynonymous SNVs in whole exome sequencing studies. *Hum Mol Genet* 2015;24(8): 2125-37
18. Richards S et al. Standards and guidelines for the interpretation of sequence variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics and the Association for Molecular Pathology. *Genet Med* 2015;17(5): 405-24
19. Berg D et al. Type and frequency of mutations in the LRRK2 gene in familial and sporadic Parkinson's disease*. *Brain* 2005;128(Pt 12): 3000-11

MS-Therapie: Jahrzehntelange Erfahrungen mit Glatirameracetat

➔ Krankheitsaktivität langfristig zu vermeiden, ist das Ziel der MS-Therapie. Durch den frühzeitigen Beginn mit nachweislich langanhaltend effektiven und verträglichen Immunmodulatoren lässt sich dieses Ziel bei vielen Patienten erreichen.

Ein möglichst frühzeitiger Beginn einer effektiven immunmodulatorischen Behandlung ist eine entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie der schubförmig remittierenden MS, berichtete Prof. Dr. Orhan Aktas, Leitender Oberarzt an der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Düsseldorf. Die Therapiewahl sollte gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden. Obschon sich das Spektrum der Therapieoptionen in den letzten Jahren deutlich erweitert hat, setzt Aktas auch weiterhin auf Glatirameracetat (GA, Copaxone®). GA 20 mg/ml täglich wird seit über 20 Jahren bei Patienten mit schubförmig remittierender MS angewendet. Erfahrungen aus über zwei Millionen Patientenjah-

ren sowie die 20-Jahresdaten einer prospektiven Analyse bestätigen den nachhaltigen klinischen Nutzen und das günstige Sicherheitsprofil von GA 20 mg/ml einmal täglich [Ziemssen T et al. Expert Opin Drug Saf 2017;16:247–55; Ford C et al. ECTRIMS 2013; Abstract P577]. Mit der dreimal wöchentlich zu verabreichenden 40-mg-Formulierung lassen sich Verträglichkeit und Therapiekomfort noch verbessern, so Aktas. Aktuelle 2-Jahres-Interimsdaten der nicht interventionellen COPTIVITY-Studie mit 1.010 therapienaiven oder bereits vorbehandelten MS-Patienten bestätigen, dass GA 40 mg/ml in Bezug auf die Reduktion der annualisierten Schubrate und der Behinderungsprogression im klinischen Alltag mindestens ebenso effektiv ist wie die tägliche Gabe von 20 mg/ml. Zudem konnten auch Fatigue, Kognition, Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit stabilisiert oder verbessert werden [Ziemssen T et al. ECTRIMS 2018; Poster P890].

Aufgrund der guten Langzeitsicherheit kann GA nach individueller Nutzen/Risiko-Abwägung auch während der Schwangerschaft eingesetzt werden [Fachinformationen Copaxone® 20 mg/ml; Copaxone® 40 mg/ml; Stand: Juli 2018]. GA ist ein nicht biologisches komplexes Arzneimittel (Non-Biological Complex Drugs, NBCD) und besteht aus einem Gemisch chemisch-synthetisch hergestellter immunogener Polypeptide. Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung weisen darauf hin, dass Nachfolgeprodukte von GA im Vergleich zum Original unterschiedliche biologische und immunologische Eigenschaften aufweisen [Kolitz S et al. ECTRIMS 2018; Abstract EP1664], sodass die umfassende Datenlage nicht übertragbar ist.

Abdol A. Ameri

Satellitensymposium „Chronische Neurologische Erkrankungen – ein therapeutischer Marathon“, DGN-Kongress, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Teva

Morbus Parkinson: Auch Schmerzfreiheit ist ein wichtiges Behandlungsziel

➔ Morbus Parkinson ist eine komplexe Erkrankung mit motorischen und nicht motorischen Symptomen. Zu letzteren gehören Schmerzen unterschiedlicher Genese. Mit Safinamid steht eine Substanz zur Verfügung, die neben der Motorik auch die Schmerzen günstig beeinflusst.

Bei Safinamid (Xadago®) handelt es sich um eine Substanz mit einem dualen Wirkmechanismus. Neben einer Stimulation der dopaminergen Funktion durch eine MAO-B-Hemmung wird auch die gesteigerte Glutamatfreisetzung reduziert.

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit dieser Substanz wurde im Rahmen von zwei placebokontrollierten Phase-III-Studien (SETTLE und Studie 016/018) bei über 1.200 Patienten mit Morbus Parkinson im mittleren bis späten Krankheitsstadium untersucht. Dabei fand sich eine signifikante Zunahme der On-Zeit (ohne oder nur gering störende Dyskinesien). Zudem führte die Substanz zu einer signifikanten Verbesserung in der täglichen Off-Zeit, der Motorik und der Lebensqualität [Borghain R et al. Mov Disord 2014;29:229–37; Borgohain R et al. Mov Disord 2014;29:1273–80; Shapira AH et al. JAMA Neurol 2017;74(2):216–24]. „Nach diesen Ergebnissen ist Safinamid die erste Wahl für Parkinson-Patienten, bei denen die L-Dopa-Therapie nicht mehr ausreicht“, so Prof. Dr. Heinz Reichmann, Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Dresden. Besonders vorteilhaft sei, dass auch die nicht motorischen Symptome, insbesondere die Schmerzen, die durch die Parkinson-Erkrankung verursacht sind, günstig beeinflusst werden.

Darüber hinaus hält Safinamid im klinischen Alltag hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit auch das, was es in den Zulassungsstudien versprochen hat; denn „Alltagsepik ist etwas anderes als Studienlyrik“, so Prof. Dr. Wolfgang Jost, Chefarzt der Parkinson-Klinik Wolfach. Um diese Frage zu beantworten, wurde eine nicht interventionelle Beobachtungsstudie (X-TRA-Studie) durchgeführt. „Mehr als die Hälfte der Patienten zeigte eine leichte bis sehr starke Verbesserung des Krankheitsbildes“, so Jost. Es fand

sich eine Verbesserung der motorischen und nicht motorischen Symptome und auch der Lebensqualität bei einer nur geringen Nebenwirkungsrate. 63,4% der Patienten bewerteten die Verträglichkeit von Safinamid als gut oder sehr gut [Jost W et al. Fortschr Neurol Psychiatr 2018;86:624–34].

Nach Meinung von Prof. Dr. Dirk Woitalla, Chefarzt der Neurologischen Klinik der Katholischen Kliniken in Essen, sind mögliche Indikationsfelder für Safinamid: die Einsparung von L-Dopa bei jungen Patienten und solchen mit Dyskinesien, die Behandlung von off-assozierten Symptomen, der Ersatz von COMT-Inhibitoren falls notwendig, als Add-on zu COMT-Inhibitoren falls möglich und Schmerzen in Zusammenhang mit der Parkinson-Erkrankung.

Dr. Peter Stiefelhagen

Satellitensymposium „Klinische Daten und Real-World Experience beim fortgeschrittenen Morbus Parkinson: Erfahrungen mit Safinamid“, DGN-Kongress, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Zambon

VHF und Niereninsuffizienz: Was ist bei oraler Antikoagulation zu beachten?

➡ 10–25% der Patienten mit Niereninsuffizienz leiden unter Vorhofflimmern (VHF), und ihr Risiko für thromboembolische Komplikationen sowie für Blutungen ist deutlich höher als bei nierengesunden Patienten mit VHF, erklärte Prof. Dr. Martin Gross, München. Der Wahl des am besten geeigneten Antikoagulans und der richtigen Dosierung kommt eine hohe Bedeutung zu. Vitamin-K-Antagonisten (VKA) sind bei manifester Niereninsuffizienz in Deutschland nicht zugelassen, was häufig nicht beachtet wurde. Zudem gibt es Hinweise auf eine beschleunigte Arteriosklerose unter VKA bei Patienten mit Niereninsuffizienz, was wahrscheinlich durch einen Ausfall des Matrix-Gla-Proteins bedingt ist. Apixaban, Edoxaban und Rivaroxaban können in adaptierter Dosis laut Zulassung bis zu einer Kreatinin-Clearance von 15 ml/min eingesetzt werden, Dabigatran bis zu einem Wert von 30 ml/min (**Abb. 1**) [Steffel J et al. Eur Heart J 2018; 39:1330–93]. Somit habe man mit den neuen oralen Antikoagulanzen (NOAK) die Möglichkeit, auch bei bereits deutlich eingeschränkter Nierenfunktion VHF-Patienten vor einem Schlaganfall zu schützen. Da die Dosierungsanpassung bei verschlechterter Nierenfunktion fehleranfällig sei, empfahl Gross, sich möglichst auf ein NOAK zu kon-

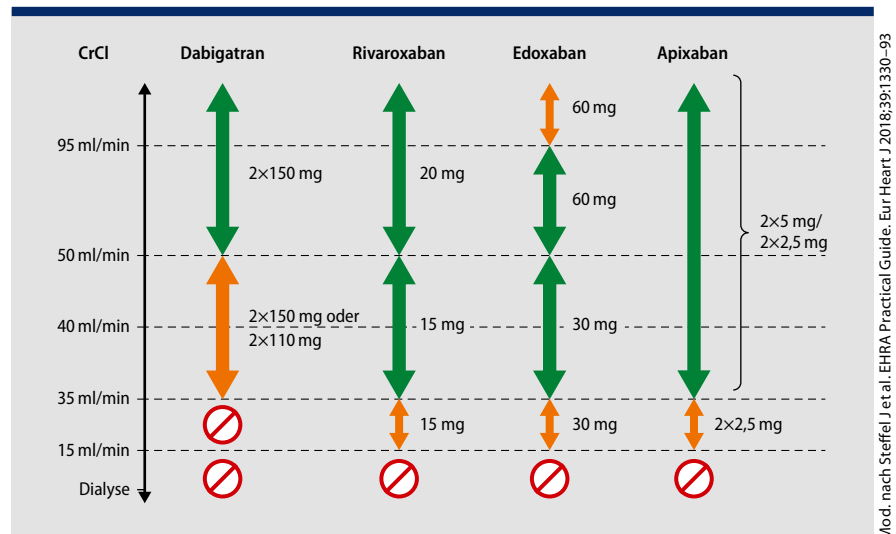


Abb. 1: NOAK-Therapie bei Niereninsuffizienz

zentrieren, bei dem man die notwendigen Dosisanpassungen parat habe. Für die Behandlung von Dialysepatienten ist keines der NOAK zugelassen. In einer retrospektiven Kohortenstudie konnte aber gezeigt werden, dass Apixaban (Eliquis®) bei Dialysepatienten zumindest sicherer zu sein scheint als Warfarin. Unter Apixaban lag die Rate an Major-Blutungen bei 5,4% vs. 22,0%

unter Warfarin. Ischämische Schlaganfälle traten in keiner der beiden Gruppen auf [Reed D et al. Res Pract Thromb Haemost 2018; 2:291–8].

Maria Weiss

Satellitensymposium „Der antikoagulierte Patient aus 3 Perspektiven: Notfallmedizinisch – neurologisch – internistisch“, Neurowoche 2018 Berlin, 31.10.2018; Veranstalter: Bristol-Myers Squibb und Pfizer Deutschland

Arzneimittelinteraktionen bei ADHS gezielt berücksichtigen

➡ Etwa 80% der Patienten mit ADHS haben mindestens eine psychiatrische Begleiterkrankung, die das therapeutische Vorgehen innerhalb der Pharmakotherapie der ADHS beeinflussen kann, so Dr. Eva Janina Brandl, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité Berlin. Häufige komorbide Störungen bei ADHS sind etwa Angststörungen, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch, Tics, Schlafstörungen, Epilepsie und Depression. Die ADHS-Therapie erfolgt multimodal (z. B. Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie, Elternberatung und -training, Ergo- und Pharmakotherapie) unter Berücksichtigung von psychiatrischer Komorbidität und Schweregrad. Häufig erfordert eine vorliegende Komorbidität eine zusätzliche medikamentöse Behandlung.

Dabei sollten die wesentlichen Arzneimittelinteraktionen auf pharmakokinetischer und pharmakodynamischer Ebene bekannt sein, da Wirkverstärkungen oder Wirkabschwächungen der eingesetzten Substanz auftreten können. Zu berücksichtigen ist auch die Selbstmedikation, die vom Patienten oft nicht angegeben wird und daher gezielt erfragt werden sollte. Brandl verdeutlichte dies am Beispiel von Johanniskraut, wo pharmakodynamische Interaktionen unter anderem mit der „Pille“, Trizyklika, Benzodiazepinen und SSRI relevant sein können. Die beiden zur ADHS-Therapie für Erwachsene zugelassenen Medikamente (Methylphenidat und Atomoxetin) unterscheiden sich in ihrer Metabolisierung – und damit auch in ihrem Risiko für Arzneimittelinteraktionen. Methylphenidat (z. B. Medi-

kinet® adult) wird hauptsächlich über das Plasmaenzym Carboxylesterase metabolisiert und über die Niere ausgeschieden, nur etwa 5–10% werden über CYP-Enzyme metabolisiert. Interaktionen sind zwar möglich, allerdings spielen pharmakodynamische Interaktionen – etwa mit Alkohol und Antipsychotika – eine größere Rolle. Atomoxetin wird dagegen über CYP2D6 und CYP2C19 metabolisiert und hat somit ein höheres Risiko für pharmakokinetische Interaktionen auf Cytochrom-Ebene.

Dr. Christine Willen

„Arzneimittelinteraktionen in der Pharmakotherapie der ADHS“, Tag der offenen Tür mit Werksführung, Iserlohn, 9.11.2018; Veranstalter: MEDICE Arzneimittel

MS-Therapie: Hohe Wirksamkeit bei geringer Therapielast anstreben

➔ Pharmakotherapien zur Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) gehen vielfach mit einer hohen Therapielast einher – zumindest, wenn sie hochwirksam sind. Ozanimod, das selektiv an zwei Subtypen des Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptors bindet, verbindet eine gute Wirksamkeit mit einer geringen Nebenwirkungsrate.

Bei der Behandlung der MS unterliegt die Auswahl der medikamentösen Therapie stets einer Abwägung von Wirkung und zumutbarer Therapielast, sagte Prof. Dr. Gereon Nelles, von der Gemeinschaftspraxis NeuroMed Campus, Köln. Hochwirksame Therapien gingen aktuell oftmals mit hohen Nebenwirkungen einher. Neue Arzneien mit einem besseren Nutzen-Risiko-Profil wären daher sehr willkommen. Eine Option könnte

der Wirkstoff Ozanimod darstellen, der selektiv an den Subtypen 1 (S1P1) und 5 (S1P5) des Sphingosin-1-Phosphat(S1P)-Rezeptors wirkt. In zwei Phase-III-Studien zeigten sich bei der Behandlung schubförmiger MS (RMS) mit Ozanimod nicht nur eine verringerte Schubrate im Vergleich zur Behandlung mit Interferon beta-1a (IFN β -1a), sondern auch eine verbesserte Sicherheit [Cohen et al. Neurol 2018;90:P3-410; Comi et al. Neurol 2018;90:P3-396]. Insbesondere kardiale Nebenwirkungen wie Bradykardie traten seltener auf als bei der Vergleichsbehandlung. Mit der Zulassung des Medikaments werde 2020 gerechnet, berichtete Prof. Dr. Tjalf Ziemssen, Zentrum für klinische Neurowissenschaften, Universitätsklinikum Dresden.

Bei der Weiterentwicklung der MS-Therapien sollten an erster Stelle die neuropathologischen Prozesse adressiert werden, die für den Funktionsverlust im Alltag verantwortlich sind, unterstrich Prof. Dr. Christian Beste von der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden. Kognitive Ergebnisparameter seien auf Basis jener zugrunde liegenden funktionellen Netzwerke im Gehirn zu definieren, die bei der MS geschädigt sind.

Katharina Brüggem

Symposium „MS-Therapie heute und morgen – Herausforderungen und Perspektiven“, 91. DGN-Kongress, Berlin, 1.11.2018, Veranstalter: Celgene

CGRP-Antikörper – neue Perspektiven in der Migräneprophylaxe

➔ Weltweit sind etwa 1–2 % der Bevölkerung von täglichen oder nahezu täglichen Migräneattacken betroffen. Den hohen Bedarf an wirksamen Migränetherapien bestätigt die International Burden of Migraine Study (IBMS): 23,3 % der Patienten mit episodischer und 78 % mit chronischer Migräne geben an, schwer oder sehr schwer in ihrer Lebensqualität eingeschränkt zu sein

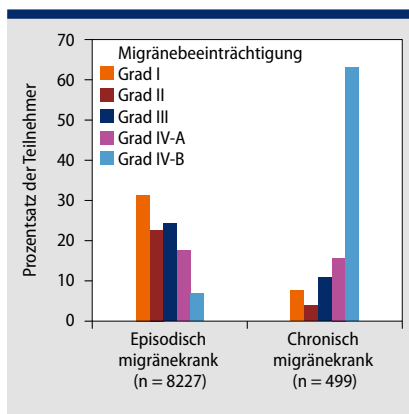


Abb. 1: 23,3 % der episodisch und 78,0 % der chronisch Migränekranken geben eine schwere (Grad IV-A) oder sehr schwere (Grad IV-B) kopfschmerzbedingte Beeinträchtigung der Lebensqualität an.

(Abb. 1) [Blumenfeld AM et al. Cephalalgia 2011;31:301–15]. Der neue Behandlungsansatz mit monoklonalen Antikörpern, die gegen das Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) oder dessen Rezeptor gerichtet sind, eröffnet neue Perspektiven in der prophylaktischen Therapie.

„Für Betroffene, die regelmäßig unter Migräneattacken leiden und bereits mit unterschiedlichen medikamentösen Prophylaxen ohne Besserung behandelt wurden, ist die neue Behandlungsoption mit CGRP-Antikörpern aufgrund der Gabe pro Monat oder Quartal und der bisherigen guten Verträglichkeit ein vielversprechender Ansatz. Die Adhärenz, die bei der Migränetherapie eine wichtige Rolle spielt, ist bei den bisherigen Therapiemöglichkeiten nicht zufriedenstellend und könnte durch die prophylaktische Therapie mit CGRP-Antikörpern verbessert werden“, erklärte Dr. Astrid Gendolla, niedergelassene Neurologin in Essen. Die medikamentöse Therapie sollte nach ihrer Ansicht durch nicht medikamentöse Therapien wie Verhaltenstherapie, Entspannungsverfahren oder auch Ausdauersport ergänzt werden. Die Kombination aus der nicht medikamentösen Therapie und medikamentösen Migräneprophylaxe mit CGRP-Antikörpern eröffne

so neue Behandlungsmöglichkeiten. Derzeit gibt es in dieser neuen Klasse vier Wirkstoffe (Eptinezumab, Erenumab, Fremanezumab und Galcanezumab), die teilweise bereits in Europa zugelassen sind oder sich noch in der Zulassungsphase befinden. Obschon es keine direkten Vergleichsstudien gebe, seien die Studienergebnisse der vier Kandidaten zur Wirksamkeit sehr konsistent, erläuterte Prof. Dr. Dr. Stefan Evers, Klinik für Neurologie Krankenhaus Lindenberg in Coppenbrügge. Im Vergleich zu Placebo reduzierten sie die Zahl der monatlichen Migränetage im Bereich von ungefähr 1,5 bis 2 Tagen. Laut Evers überzeugten die Antikörper vor allem durch die wenigen Nebenwirkungen, die in den Studien teilweise auf Placeboniveau lagen. Die Antikörper werden monatlich oder vierteljährlich (Fremanezumab) als prophylaktische Therapie injiziert. „Dass CGRP-Antikörper auch bei Patienten mit erfolglosen Vorbehandlungen wirksam sind, ist eine echte Innovation“, resümierte Evers.

Dr. Gunter Freese

Satellitensymposium „Chronische Kopfschmerzen: Herausforderungen und neue Perspektiven in den Behandlungsstrategien?“, Deutscher Schmerzkongress 2018, 18.10.2018 Mannheim; Veranstalter: Teva

Schizophrenie: Real-World-Evidenz für Aripiprazol-Depot

Die Ergebnisse einer nicht interventionellen Studie belegen eine signifikante Verringerung der psychopathologischen Symptome durch eine Umstellung der Behandlung auf Aripiprazol-Depot bei Schizophreniepatienten, die mit oral angewendetem Aripiprazol eingestellt wurden.

In der Schizophrenietherapie sei die Rezidivprophylaxe besonders relevant, da jedes Rezidiv das Risiko für eine sekundäre Therapieresistenz in sich birgt, unterstrich Prof. Dr. Christoph Correll, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité, Universitätsmedizin Berlin. Lang wirksame Depot-Antipsychotika seien aufgrund ihrer hohen Adhärenz geeignet, um das Rezidivrisiko und die Rehospitalisierungsrate zu senken.

In einer multizentrischen, prospektiven, nicht interventionellen Real-World-Studie wurden die Effekte einer sechsmonatigen Behandlung mit Aripiprazol-Depot (Abilify Maintena®) auf die psychopathologischen Symptome und den Krankheitsschweregrad bei 242 Schizophreniepatienten untersucht, die bereits mit oral angewendetem Aripiprazol stabil eingestellt waren. Eine Verringerung der Werte in der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) von durchschnittlich 54,1 auf 40,3 zeigte einen signifikanten

Rückgang der psychopathologischen Symptome ($p < 0,001$). Der Anteil schwer Erkrankter sank von 62,1 % auf 31,9 % (Abb. 1) [Schöttle et al. BMC 2018;18:365]. Schwer Erkrankte profitierten am deutlichsten von der Umstellung: Ihr BPRS-Gesamtwert verbesserte sich um durchschnittlich 16,8 Punkte, während die Verbesserung bei mäßig Erkrankten bei 8,9 Punkten lag [Janetzky et al. DGPPN-Kongress 2018, Poster P11-010]. Der Funktionsstatus und das Wohlbefinden der Patienten besserten sich ebenfalls, gemessen anhand der GAF(Global Assessment of Functioning; Globale Erfassung des Funktionsniveaus)-Skala und des WHO-5-Fragebogens ($p < 0,001$) [Schöttle et al. DGPPN-Kongress 2018, Poster P11-011].

„Die Erfahrungen in der Praxis und Studien zeigen, dass es Patienten gibt, die sich eine Depottherapie wünschen. Daher lohnt es sich immer, diese Option anzubieten“, schloss Prof. Dr. Klaus Wiedemann, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Katharina Brüggemann

Symposium „Die Zukunft im Blick – Schizophreniebehandlung mit Perspektive“, DGPPN-Kongress, Berlin, 29.11.2018; Veranstalter: Otsuka Pharma und Lundbeck

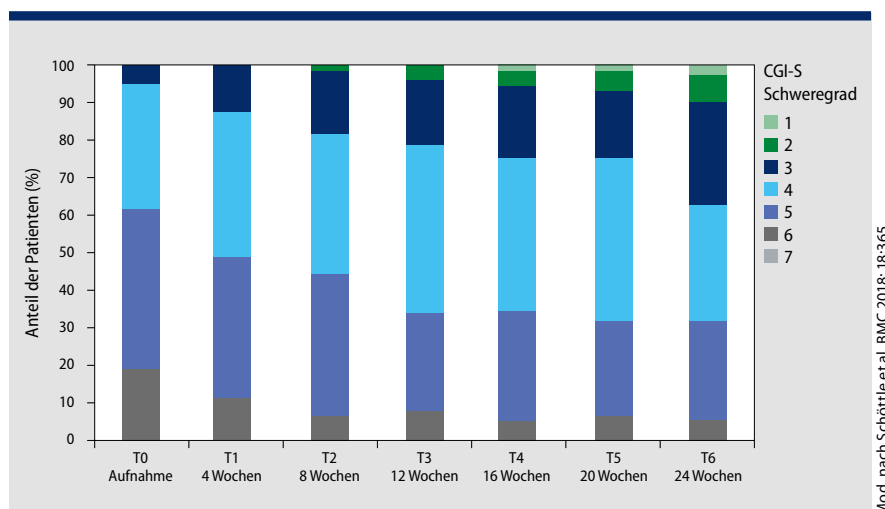


Abb. 1: Anteil der Patienten nach Schweregrad zu Beginn und nach 24 Wochen Aripiprazol-Depot. Schweregradeinstufung anhand der Clinical Global Impression-Severity-Skala (CGI-S) über die Behandlungszeit von 1 (überhaupt nicht krank) bis 7 (extrem schwer krank).

Migräneprophylaxe selbst durchführen

Der in den CGRP-Signalweg eingreifende Antikörper Erenumab (Aimovig®) zeigte im zulassungsrelevanten klinischen Studienprogramm mit über 2.600 Patienten eine signifikante Reduktion der Zahl der monatlichen Migränetage bei einem placeboähnlichen Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil. Erenumab wurde zusätzlich zu den Zulassungsstudien auch bei schwierig zu behandelnden Menschen mit episodischer Migräne untersucht: In der Phase-IIIb-Studie LIBERTY erhielten Patienten, bei denen zwei bis vier vorherige Behandlungen mit herkömmlichen Prophylaktika erfolglos waren, Erenumab 140 mg und erzielten im Vergleich zu Placebo eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für eine Reduktion ihrer monatlichen Migränetage um mindestens 50 % [Reuter U et al. Emerging science abstract AAN 2018]. Die Verabreichung von Aimovig erfolgt alle vier Wochen subkutan mit dem SureClick® Autoinjektor Pen durch den geschulten Patienten selbst.

red

Nach Informationen von Novartis

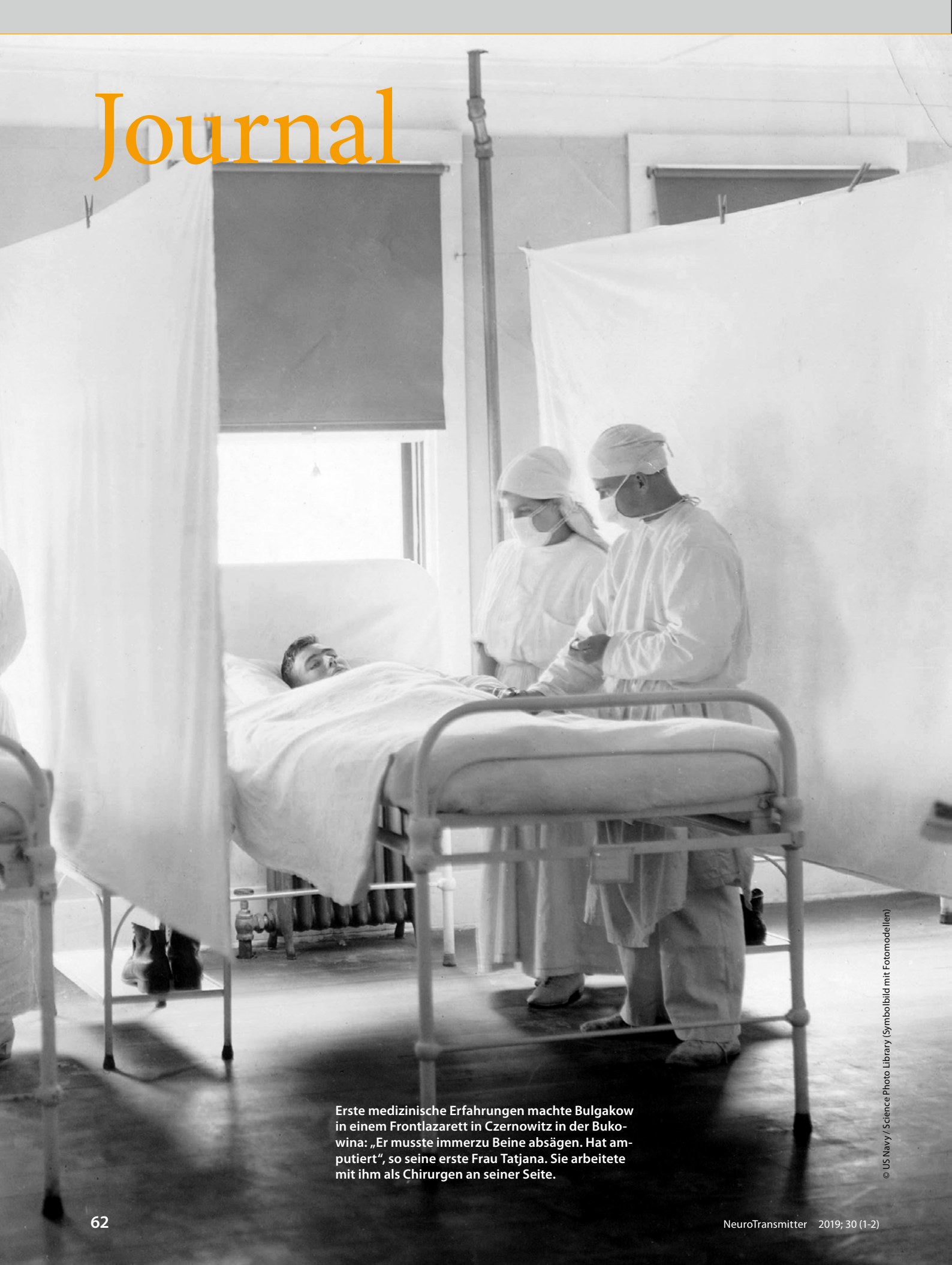
Major Depression

Der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Milnacipran (MILNaneuraX®) zur Behandlung erwachsener Patienten mit Major Depression verfügt über ein günstiges Wirkprofil. Milnacipran hemmt die Wiederaufnahme der beiden Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin von Anfang an nahezu gleich stark und entfaltet somit seine duale Wirksamkeit von Therapiebeginn an, erläuterte Prof. Dr. Hans-Peter Volz, Werneck. In Deutschland ist eine Tageshöchst-dosis von 100 mg (aufgeteilt in zwei Einzeldosen) zugelassen. „Der Wirkstoff sollte nach dem Prinzip ‚start low go slow‘ initial niedrig dosiert, beginnend mit 25 mg/d gegeben und langsam auftitriert werden. Die Einnahme sollte zu den Mahlzeiten und die zweite Gabe idealerweise vor 15:00 Uhr erfolgen, um Einschlafprobleme infolge der noradrenergen Wirkkomponente zu vermeiden“, empfiehlt Volz. Da Milnacipran nicht über das Cytochrom P450-Enzymsystem (CYP-P450) metabolisiert wird, sind entsprechende Interaktionen mit anderen Wirkstoffen nicht zu befürchten.

red

Nach Informationen von neuraxpharm

Journal



Erste medizinische Erfahrungen machte Bulgakow in einem Frontlazarett in Czernowitz in der Bukowina: „Er musste immerzu Beine absägen. Hat amputiert“, so seine erste Frau Tatjana. Sie arbeitete mit ihm als Chirurgen an seiner Seite.

© US Navy / Science Photo Library (Symbolbild mit Fotomodellen)

Das Stethoskop als Schwert der Aufklärung

Michail Bulgakows Arztgeschichten

Seinen Weltruhm verdankt der russische Schriftsteller Michail Afanassjewitsch Bulgakow (1891 – 1940) zweifellos seinem Roman „Der Meister und Margerita“, an dem er bis zu seinem Tod gearbeitet hat. Sein Leben war untrennbar mit den Wirrnissen seiner Zeit verbunden und liest sich beinahe wie eine seiner eigenen phantastisch-satirischen, tiefertraurigen und grotesken Geschichten.

GERHARD KÖPF

Als Sohn eines Kirchenhistorikers wurde Michail Afanassjewitsch Bulgakow 1891 in Kiew geboren, verlor im Alter von 16 Jahren seinen Vater, der an Nierensklerose starb, begann 1909 ein Medizinstudium, war nach dessen erfolgreichem Abschluss 1916 freiwilliger Helfer des Roten Kreuzes in Frontlazaretten des Ersten Weltkrieges.

Bulgakow wurde Reserveoffizier der Russischen Armee und Landarzt im Gouvernement Smolensk. Nach seiner Demobilisierung aus gesundheitlichen Gründen kehrte er mit seiner Frau, die er 1913 geheiratet hatte, nach Kiew zurück und eröffnete eine Praxis als Venerologe. 1919 wird er erneut eingezogen und verlässt Kiew mit einer Truppe der Weißen Armee. Und wieder wird er demobilisiert und lebt mit seiner Frau im Kaukasus, wo er beginnt, Feuilletons zu schreiben und sich entschließt, Schriftsteller zu werden.

Nach seiner Übersiedlung nach Moskau arbeitet Bulgakow als Journalist. Sein erstes literarisches Werk trägt den Titel „Notizen auf Manschetten“ (1921). Ein Jahr später stirbt seine Mutter an Typhus, und er beginnt mit der Niederschrift seines Romans „Die weiße Garde“, dessen erster Teil 1924 erscheint. Er

lässt sich scheiden, heiratet erneut und publiziert Erzählungen. Einer Hausdurchsuchung fallen 1926 seine Tagebücher sowie Manuskripte und das einzige Exemplar seines Romans „Hundeherz“ zum Opfer, aber er ist mit Theaterstücken erfolgreich. Die Hetzkampagnen seitens parteikonformer Schriftstellerkollegen nehmen jedoch zu.

Beginn einer der besten russischen Romane des 20. Jahrhunderts

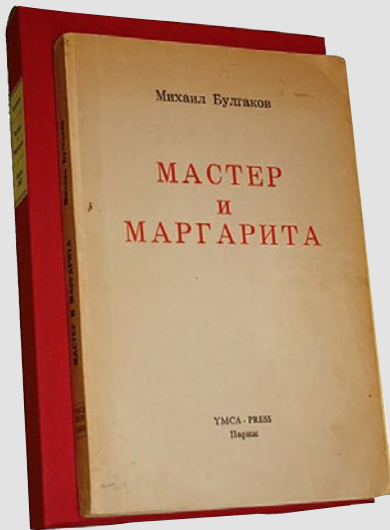
1928 beginnt Bulgakow mit einem Prosatext, der als Vorstufe zu „Der Meister und Margerita“ angesehen wird. 1929 stellt der Autor einen Reiseantrag, der abgelehnt wird. Ein Jahr später verbrennt er – nicht zuletzt unter dem Eindruck des Selbstmordes von Majakowskij – aus Verzweiflung alle seine Manuskripte. Am 18. April 1930 erhält er einen persönlichen Anruf von Stalin und bekommt eine Stelle als Regieassistent und Dramaturg am „Theater der Arbeiterjugend“. Und wieder stellt er einen Reiseantrag, der unbeantwortet bleibt. Ab 1930 werden die Werke Bulgakows nicht mehr veröffentlicht, seine Stücke verschwinden von den Spielplänen der Theater. Die Ehe zerbricht. Auf die Scheidung erfolgt eine dritte Heirat 1932.

Maxim Gorki und sein Verlag lehnen eine Molière-Biografie ab. So arbeitet Bulgakow weiter an „Der Meister und Margerita“. Das Stück „Glückseligkeit“ entsteht, darf aber nicht aufgeführt werden. Er verfasst das Drehbuch zu einer Verfilmung von Gogols „Revisor“, schreibt an einem Stück über Puschkin und muss sich mit einem Co-Autor auseinandersetzen.

Ein anonymes Hetzartikel in der russischen Tageszeitung „Prawda“ erzwingt 1936 die Absetzung des erst vor wenigen Tagen uraufgeführten Stückes „Die Kabbale der Scheinheiligen“. Bulgakow kündigt am Theater, um Librettist am Bolschoi-Theater zu werden. Gleichzeitig arbeitet er an „Der Meister und Margerita“ sowie an einem Stück über „Don Quichote“ nach Cervantes. 1939 vollendet er ein Stück über den jungen Stalin, dessen Verbot kurz danach angekündigt wird.

Auf einer Reise nach Leningrad treten schwere Symptome einer Nierensklerose auf. Bulgakow erblindet langsam, arbeitet aber weiter an „Der Meister und Margerita“. Am 10. März 1940 stirbt Bulgakow – wie schon sein Vater – an Nierensklerose.

Der Roman „Der Meister und Margerita“ gilt als eine Art Zeitreise anhand



Die sowjetische Erstveröffentlichung von „Der Meister und Margarita“ 1967.

© Wikimedia Commons

des Faustmotivs. Das Werk erschien gedruckt erstmals 1966/67 in Fortsetzungen in der Literaturzeitschrift „Moskwa“, fast 30 Jahre nach dem Tod des Autors, in gekürzter Fassung. Die ungekürzte Version erschien in Buchform erstmals 1973. Kurz nach der sowjetischen Erstveröffentlichung wurde der Roman 1968 in der deutschen Übersetzung von Thomas Reschke veröffentlicht. Kritiker wie Literaturwissenschaftler halten das Buch für einen der besten russischen Romane des 20. Jahrhunderts.

Bulgakows Arztgeschichten werden ins Deutsche übersetzt

Die Übersetzung der Sammlung von Erzählungen unter dem Titel „Arztgeschichten“ (auch: „Aufzeichnungen eines jungen Arztes“) durch Thomas Reschke basiert auf der Originalausgabe 1925/27 und erlebte mehrere deutsche Auflagen seit 1972. Darin erzählt Bulgakow von den Erfolgen, Enttäuschungen, Gefahren und Ängsten eines Landarztes, der frisch von der Universität kommt, und von dessen Kampf gegen die eigene Unerfahrenheit und die Vorurteile der ländlichen Bevölkerung. Die erste der sieben autobiografischen Erzählungen des Sammelbandes trägt den Titel „Das Handtuch mit dem Hahn“ und erzählt zunächst die abenteuerliche Reise des

jungen Arztes von der Kreisstadt Gratschowka ins Krankenhaus von Murjewo. Für die 40 Werst benötigten Kutscher und Arzt genau 24 Stunden. Es ist September, es regnet ununterbrochen, und es ist kalt. „Da stand ich und war in folgender Verfassung: die Beine dermaßen steif, dass ich gleich hier im Hof in Gedanken Lehrbücher durchblätterte, stumpf bemüht, mich zu entsinnen, ob tatsächlich eine Krankheit existiert, bei der die menschlichen Muskeln erstarren, oder ob ich das nachts im Dorf Grabilowka nur geträumt hatte. Wie hieß sie auf lateinisch, die verfluchte Krankheit? Jeder Muskel schmerzte unerträglich und erinnerte an Zahnweh. Von den Zehen ganz zu schweigen, sie ließen sich im Stiefel nicht mehr bewegen und lagen reglos wie hölzerne Stummel. Ich gebe zu, in einer Anwendung von Kleinmut habe ich flüsternd die Medizin verwünscht, wie auch die Studienbewerbung, die ich fünf Jahre zuvor beim Rektor der Universität eingereicht hatte.“

Aufgrund seines Alters glaubt ihm kaum jemand, dass er der Doktor sei. Alle halten ihn für einen Studenten und er überlegt, ob er sich zwecks Autoritätsgewinn eine Brille zulegen soll: „Ich versuchte, gemessen und gewichtig zu sprechen, hastige Bewegungen nach Möglichkeit zu vermeiden und nicht zu rennen wie ein 23-Jähriger, der die Universität gerade hinter sich hat, sondern zu gehen. Doch wie ich nun nach vielen Jahren weiß, gelang mir das sehr schlecht.“ Es folgt die Inspektion der Bestände des Krankenhauses, und der junge Arzt trifft auf Instrumente, die er noch nie gesehen, geschweige denn in der Hand gehabt hat. Sie seien, wird ihm versichert, die Anschaffung seines Vorgängers Leopold Leopoldowitsch, den alle für ein Genie halten und anbeten. Was für die Instrumente gilt, das gilt auch für die Apotheke: „Es gab sogar patentierte ausländische Mittel, und ich brauche nicht hinzuzufügen, dass ich von ihnen noch nie gehört hatte.“ Was nützen ihm also sein Diplom sowie die 15 Einsen? Angst steigt in ihm auf, und er fragt sich, was er tun wird bei Blinddarmentzündung, Diphtherie bei den Dorfkindern, einem Luftrohrschnitt, bei Geburten mit regelwidrigen Lagen – bis seine Nerven die selbst fabrizierten Ängste nicht mehr er-

tragen können. Er denkt an einen Ipecacuanha-Aufguß, 180-fach verdünnt. Er blättert im Arzneibuch und findet, „dass es auf der Welt ‚Insinip‘ gibt. Das sei nichts anderes als ‚Chinindiglycolsäureester‘. Ich erfuhr, dass es nicht nach Chinin schmeckt. Aber wozu dient es? Und wie verschreibt man es? Ist es ein Pulver? Hol’s der Teufel!“

Und dann kommt der erste Notfall: Ein sich permanent bekreuzigender Bauer bringt seine verstümmelte Tochter, fleht, er gebe sein Geld, alles, was er habe, wenn sie nur nicht sterbe. Wenn sie ein Krüppel bleibe, das mache nichts, man füttere sie schon durch. Was ist geschehen? Sie ist in die Flachsbreche gekommen. Aber was ist eine Flachsbreche, fragt der Arzt. Das hübsche Mädchen mit einem rötlichen Zopf liegt vor ihm: „Das linke Bein war eigentlich nicht mehr da. Vom zerschmetterten Knie abwärts nur blutiges Gefetze und zerquetschte rote Muskeln, weiße Knochensplitter (...). Das rechte Bein war im Unterschenkel gebrochen.“ Es ist ein offener Bruch. Das Mädchen hat kaum Puls. „So also erlischt ein zeretzter Mensch, dachte ich, da ist nichts mehr zu machen.“ Doch dann setzt sich ein plötzlicher Impuls durch, und der junge Arzt beginnt zu arbeiten: Kämpfer! Noch mehr Kämpfer! Alles fertig machen zur Amputation. Eine fremde Stimme scheint aus dem Doktor zu sprechen: „Ich nahm das Skalpell und bemühte mich, jemand nachzuahmen (einmal hatte ich auf der Universität eine Amputation gesehen) (...).“ Tatsächlich gelingt zur Verwunderung der Krankenschwestern und des assistierenden Feldschers die Operation. „Doktor, Sie haben wohl schon viele Amputationen gemacht?“ fragt die Schwester und sagt: „Nicht schlechter als Leopold.“ Respekt und Bewunderung klingen aus diesen Worten. Als das Mädchen reif für Entlassung ist und nach Moskau zur Anfertigung einer Prothese geschickt wird, schenkt die Patientin dem Doktor „ein schneeweißes Handtuch mit einem kunstlos eingestickten Hahn“. Zuerst will es der Arzt gar nicht nehmen. „Aber sie machte ein Gesicht und bekam solche Augen, dass ich es doch nahm. Viele Jahre hing es in meinem Schlafzimmer in Murjewo und ging dann mit mir auf Reisen. Zuletzt

wurde es mürb, verwetzt und löchrig und verschwand, so wie auch Erinnerungen mürb werden und verschwinden.“

Dass dies die erste Amputation von Doktor Bulgakow war, ist – im besten literarischen Sinne – gelogen. Wir wissen es von seiner ersten Frau Tatjana. In einem Interview erzählt sie in dem 1996 von Wilfrid F. Schoeller herausgegebenen Band „Bulgakow. Bilder und Dokumente“, dem verdienstvollen Begleitbuch zur Ausstellung „Michail Bulgakow: Manuskripte brennen nicht“ von den ersten medizinischen Erfahrungen Bulgakows in einem Frontlazarett in Czernowitz in der Bukowina, wo sie als Krankenschwester arbeitet, und er als Chirurg: „Er musste immerzu Beine absägen. Hat amputiert. Ich aber habe diese Beine gehalten. Wenn Sie wüssten, wie schlecht mir wurde, ich dachte, ich müsse gleich umfallen. Dann trat ich beiseite, roch an Salmiakgeist, und weiter ging's. Später habe ich mich daran gewöhnt. Es gab viel Arbeit. Michail hatte es so gut raus, diese Beine abzuschneiden, dass ich gar nicht nachkam (...). Ich halte eins, er aber sägt schon am nächsten. Sogar alte Chirurgen wunderten sich. Er übertraf sie.“

Gogolsche Albtraumbilder eines jungen Arztes

Ab September 1916 arbeitete Bulgakow als leitender Arzt des Krankenhauses in Nikolskoje bei Smolensk. Diese Zeit dient als Erfahrungsgrundlage für die „Aufzeichnungen eines jungen Arztes“, die auch die Versagensängste und die Neigung zur Schwermut in diesem Beruf nicht verschweigen. „Jede der Geschichten kreist um einen bestimmten Fall: Eine Beinamputation, ein Luftröhrenschnitt, eine komplizierte Entbindung, eine Totgeburt, ein Schädelbasisbruch und die Syphilis bilden die Ereigniszentren der Texte. Doch erschöpfen sich die Erzählungen, die sich wie eine Fortsetzungsfolge aneinanderreihen, in solchen Geschehnissen nicht. Dass ein junger Arzt, ohne fachlichen Begleiter und Ratgeber aufs Land geschickt, Erfolge und Ohnmacht seiner dilettantischen Kunst erfährt, macht die Geschichte nicht aus. Vielmehr drängen sich die Krankheiten,

Verletzungen und Gebrechen wie Gogolsche Albtraumbilder vor: Der Regelfall des ärztlichen Eingriffs wird zu einer geradezu visionär empfundenen Ungeheuerlichkeit, die Dimension des Alltags ist gesprengt (...). Die wirkliche Geißel besteht nicht in den Krankheiten selbst, sondern in der Dummheit, der Frömmigkeitsduselei, der verschlagenen Ahnungslosigkeit und der Quacksalberei des Volkes“, resümiert Wilfried F. Schoeller. Die Dunkelheit in den Köpfen der Patienten und ihrer Angehörigen, die

»Die Medizin ist meine mir gesetzlich angetraute Ehefrau, die Literatur meine Geliebte. Wenn ich Krach mit der einen habe, übernachtete ich bei der anderen.«

Anton Pawlowitsch Tschechow

dumpfe Gleichgültigkeit der Betroffenen stellen (nach Schoeller) Bulgakow in die Tradition von Tolstois beharrliches Bemühen um Aufklärung: „Auf dem Lande kann man große Erfahrungen sammeln, dachte ich beim Einschlafen, aber man muss lesen, lesen, soviel wie möglich lesen (...).“ So wird ihm „das Stethoskop zum Schwert der Aufklärung.“

Hin- und hergerissen zwischen Medizin und Literatur

Die achte und letzte, gewissermaßen eigenständige Erzählung trägt den Titel „Morphium“ und ist ein Bericht über Bulgakows eigene Verfallenheit an die „in 25 Teilen Wasser aufgelösten weißen Kristalle“. In einem fingierten Tagebuch eines Arztes namens Poljakow werden Stress und Langeweile als Gründe für die Sucht angegeben. Doch die Beschreibungen von Euphorie, Unruhe, Halluzinationen, Reizbarkeit und Schwermut sind authentisch. Und immer wieder kommt es zu fatalen Rückfällen, denn „ich kann mich nicht trennen von meinem Gott, den aufgelösten Kristallen“. So ließ Bulgakow laut Schoeller „sein Ebenbild untergehen und bescherte sich selbst, literarisch gesehen, eine Rettung“. In Wirklichkeit aber wurde er wegen seiner Sucht nach Wjasma versetzt und zuletzt aus Krankheitsgründen entlassen. Sein ärztliches Zeugnis jedoch ist untadelig. Es wurde „bestätigt, dass er 211 Kranke

stationär und 15.361 Personen ambulant behandelt hat. An Operationen werden genannt: eine Oberschenkelamputation, drei Zehenamputationen, 18 Gebärmutterausschabungen, vier Vorhautbeschneidungen, drei Zangengeburt, drei Wendungen auf den Fuß, eine manuelle Plazentalösung, zwei Atherom- und Lipomentfernungen, ein Luftröhrenschnitt; überdies führte er aus: Wundvernähtungen, Öffnung von Abszessen und vereiterten Atheromen; zwei Abdominalpunktionen, Relaxationen von Verrenkungen; einmal entfernte er mit Chloroformnarkose Rippensplitter nach einer Schussverletzung“.

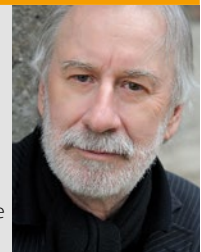
Man ist geneigt, Bulgakow in eine Reihe mit seinem Kollegen Tschechow zu stellen. Auch er war Arzt, wenn gleich dessen Stärke weniger das physisch Invasive, sondern mehr das sensible Führen des Seelenskalpells war. Hin- und hergerissen zwischen Medizin und Literatur waren beide. Tschechow hat diesen schmerzlichen wie produktiven Zwiespalt einmal in einem Bonmot zusammengefasst, als er auf die hartnäckige Frage eines Journalisten, ob er denn eher Arzt oder eher Schriftsteller sei, antwortete: „Die Medizin ist meine mir gesetzlich angetraute Ehefrau, die Literatur meine Geliebte. Wenn ich Krach mit der einen habe, übernachtete ich bei der anderen.“ Publizist Wolfgang Koydl nennt Bulgakow „einen Spötter im Schatten des Henkers, einen freien Geist in den Jahren der Finsternis“ und gibt den entscheidenden Rat: „Diesen Autor lesen, alles, was es gibt. Sich betrinken an seiner Menschlichkeit und Ironie, an seiner Hellsicht und Tiefgründigkeit“.

Literatur beim Verfasser

AUTOR

Prof. Dr. phil.
Gerhard Köpf

Literaturwissenschaftler und Schriftsteller
Ariboweg 10,
81673 München
E-Mail: aribo10@web.de



Rupprecht Geiger – Teil 1

Kraft durch Farbe

Rupprecht Geiger (1908 bis 2009), Deutschlands wohl bekanntester Farbkünstler, wurde 101 Jahre alt. 2018 wäre er 110 geworden. Sein Leben lang propagierte er die energetisierende und heilsame Kraft von Farbe. Und wenn auch die Nutzen der angewandten Farbtherapie umstritten sind, er selbst scheint ein gutes Beispiel für deren positive Auswirkungen zu sein.

Rot ist Leben, Energie, Potenz, Macht, Liebe, Wärme, Kraft. Rot macht high“, sagte er. „Ein Leben ohne Farbe kann ich mir nicht vorstellen.“ – Pink und Rot, das waren die Lieblingsfarben Rupprecht Geigers. Hat man sich einmal mit seinem Werk beschäftigt, kann man die Farben nicht mehr sehen, ohne an ihn und seine Begeisterung für speziell diese Farbwelt zu denken. Er stellte sein Künstlerleben ganz in den Dienst der künstlerischen Erforschung und Sichtbarmachung des Wesens der Farbe. Um Farbe an sich zu er-

fassen und zum Ausdruck zu bringen, experimentierte Geiger mit unterschiedlichen Formaten, Pigmenten und Auftragungsmethoden.

Zen 49

Rupprecht Geiger entstammte einer Künstlerfamilie, schon sein Vater war Maler und Grafiker. Schon früh zeigte er eine große Begeisterung für das Zeichnen und bildete beispielsweise Landschaften auf den langen Reisen der Familie ab. 1908 geboren, studierte Geiger in den 1920er- und 1930er-Jahren Archi-

tektur und ließ sich als Maurer ausbilden (damals noch eine Voraussetzung für die Arbeit als Architekt). Daneben widmete er sich immer intensiver im autodidaktischen Studium der Malerei. Bereits seine ersten, noch gegenständlichen Bilder als Jugendlicher und junger Mann stellten die Farbe und Farbgebung in den Mittelpunkt.

Der zweite Weltkrieg radikalisierte seinen Bezug zur Malerei, sodass er zurückgekehrt dem gegenständlichen Malen vollständig den Rücken kehrte. 1949 gründete er mit anderen Künstlern, die



Im Archiv Geiger

den Krieg ebenfalls als Bruch empfanden und keinen Sinn mehr in der gegenständlichen Kunst sahen, die Gruppe „Zen 49“. Die Mitglieder der Gruppe wollten einen künstlerischen Neuanfang wagen und verschrieben sich ganz der gegenstandslosen Malerei.

Geigers erklärtes Ziel war es von nun an, ein „Porträt der Farbe“ zu schaffen, die für ihn eine vitalisierende Dimension besaß, deren energetische und therapeutische Wirkung er mit seinen Werken dem Betrachter vermitteln wollte.

Ende der 1940er-Jahre experimentierte Geiger noch sehr viel mit der richtigen Präsentation der Farbe, da ihn die konventionelle, viereckige Leinwand störte. Bald ließ er allerdings seine ganz individuellen Leinwandformate (ein unabhängiger und früher Vorläufer der shaped canvases eines Frank Stella) hinter sich und konzentrierte sich ganz auf die geometrischen Urformen Rechteck und Kreis. Wobei seine Kreise meist etwas gedrückt oder ovalförmig sind, denn die rein mathematisch korrekte Kreisform empfand er als langweilig, unorganisch und der menschlichen Sehweise nicht entsprechend.

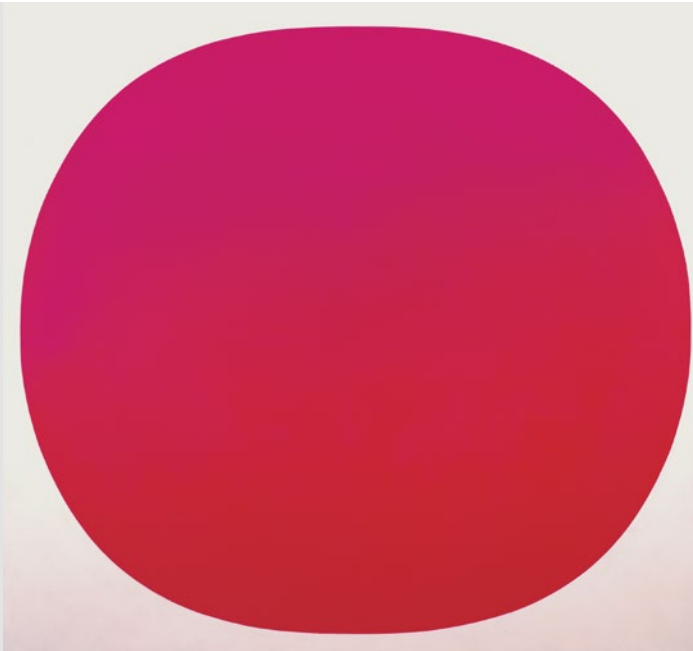
Mitte der 1960er-Jahre machte Geiger schließlich einen weiteren Schritt in Richtung Eigenständigkeit der Farbe, indem er begann, die Farbe aufzusprayen und so den Farbaufrag zu anonymisieren. Er wollte damit als Künstler ganz hinter sein Werk zurücktreten.

Farbräume

Rupprecht Geiger verewigte seine Farbvisionen nicht nur in tausenden von Drucken und Bildern, er inszenierte Farbe auch im Raum, um ihre maximale Wirkung beim Betrachter/Begeher zu entfalten. Er baute – zusammen mit seinem Sohn Florian Geiger – ein begehbares sieben Meter hohes, zeltartiges Objekt und außerdem Farbmeditationsräume wie zum Beispiel den Meditationsraum im Bezirksklinikum Taufkirchen bei München (zu sehen in der nächsten Ausgabe). Patienten sollten darin die Gelegenheit bekommen, Farbe zu tanken. Heute ist der Farbraum auf dem Gelände öffentlich zugänglich.

Am Liebsten hätte Geiger es jedem gestressten Großstadtbürger ermöglicht, in der Mittagspause für 10 Minuten Farbe

„589/70“,
1970
(WV 566),
Acryl/Leinwand, 270
× 290 cm



© Andreas Pauly, München

Rupprecht
Geiger im
Atelier der
Staatlichen
Kunstakademie
Düsseldorf,
1974



© Dietmar Schneider, Köln

zu tanken. Er jedenfalls genoss und gestaltete seine Farbenwelten bis zum letzten Tag. Noch 2001 für die Biennale in São Paulo bearbeitete er auf einem höhenverstellbaren Stuhl sitzend (95-jährig) riesige, meterhohe Leinwände.

Geigers Visionen und sein Leben können auch heute noch unmittelbar erkundet werden. Dazu mehr in der nächsten Ausgabe.

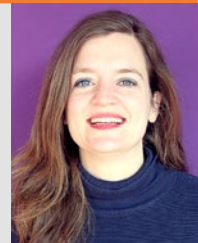
Geiger-Retrospektive in Chemnitz: PINC KOMMT!
www.kunstsammlungen-chemnitz.de

AUTORIN

Dr. Angelika Otto

Freie Journalistin
München

E-Mail: angelika.s.otto@gmail.com



Parkinson-Syndrome kompakt



Günter U. Höglinger
**Parkinson-Syn-
 drome kompakt. Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis**
 264 Seiten,
 Thieme 2018, 79,99 €,
 ISBN 978-3-13-242238-4

Günter Höglinger hat ein Autorenteam versammelt, mit dem jeweils die Spezialisten ihre Schwerpunkte der Parkinson-Syndrome darstellen. Herausgekommen ist ein Buch, das zum Glück kompakt auf 250 Seiten einheitlich strukturiert und gut lesbar alle wichtigen Aspekte der zeitgemäßen Diagnostik und Therapie der Parkinson-Syndrome aufführt. Die fünf großen Kapitel sind bereits am Seitenrand und damit am Buchschnitt erkennbar: Diagnose, medikamentöse Therapie, intensivierte Therapie, nicht motorische Symptome und unterstützende Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie sowie palliative Aspekte). Man findet sich rasch zurecht und auch als erfahrener Anwender immer wieder neue Ansatzpunkte. Das Buch ist aufgrund der Aktualität und praktischen Anwendbarkeit für die Praxis empfehlenswert.

Prof. Dr. med. Wolfgang Freund

Standardwerk in aktueller Auflage



Christian Bischoff,
 Reinhard Dengler
**EMG NLG: Elektro-
 myografie – Ner-
 venleitungsun-
 tersuchungen**
 184 Seiten, 4., aktuali-
 sierte und erweiterte
 Auflage, Thieme 2018,
 99,99 €, ISBN-10: 9783132418356,
 ISBN-13: 978-3132418356

Die Elektrophysiologie bereitet durch ihre einfache und intuitive Methodik, hohe Sensitivität und Spezifität und geringe Belastung für die Patienten Freude. Auch werden durch sie in erheblichem Umfang wissenschaftliche und klinische valide Daten bereitgestellt, die die Diagnose erhärten und nicht selten eindeutig beweisen. Eine derartige Methode würde man sich in der Psychiatrie wünschen. Auf der anderen Seite hat die Elektrophysiologie mit der neueren Bildgebung, Ökonomisierung im Gesundheitswesen sowie Verdichtung im Krankenhaus und Praxis zu kämpfen. Im niedergelassenen Bereich ist Elektrophysiologie mit den gegenwärtigen Pauschalen kaum ökonomisch darstellbar und wird dadurch oft mit Minimalaufwand betrieben. Umso erfreulicher ist es, dass Bischoff und Dengler ihr Standardwerk auf höchstem Niveau überarbeitet und aktualisiert haben.

Prof. Dr. Christian Bischoff als führender deutscher Elektrophysiologe ist nach Stationen in Kassel, Göttingen und Uppsala gegenwärtig apl. Professor an der Technischen Universität München. Er ist Autor mehrerer neurophysiologischer Lehrbücher, Referent für als exzellent bekannte neurophysiologische Fortbildungsveranstaltungen und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung. Prof. Dr. Reinhard Dengler ist nicht minder qualifiziert: Er studierte Medizin in München und war von 1992 bis 2015 Direktor der Klinik für Neurologie der MH Hannover. Er ist Mitglied in den Leitungsgremien verschiedener nationaler und internationaler wissenschaftlicher Gesellschaften.

Auch die vierte Auflage erschien im Stuttgarter Verlag Thieme, wieder in der Referenzreihe Neurologie (herausgegeben von Diener, Deutschl und Reichmann), die für sich den Anspruch erhebt, den Goldstandard der Neurologie zu setzen und diesen regelmäßig zu überarbeiten. Die Online-Version des Buchs gibt es auf der eRef-Plattform. Die Anzahl der Abbildungen ist mit 203 beeindruckend, hinzugekommen sind online abrufbare Videos.

Die bewährte Gliederung der Kapitel wurde beibehalten. Didaktisch ist das zweifarbige Buch als Referenzstandard natürlich etwas technisch, dadurch eher „trocken“ – dies ist jedoch kein Fehler, sondern dient dem Zweck, die Techniken entsprechend korrekt und präzise darzustellen. Es gibt andere Lehrbücher zu dem Thema, deren Stärke die Didaktik ist. Dennoch bleibt „EMG NLG“ gut gegliedert und lesbar. Insgesamt ist Bischoff und Dengler erneut eine aktuelle und verbesserte Ausgabe eines Standardwerks gelungen. Jeder Neurologe, der Elektrophysiologie betreibt (und das ist somit jeder), wird sich freuen, die neue Auflage endlich in Händen halten zu können. Alternativen wären noch das „Das EMG-Buch“, ebenfalls von Bischoff und Prof. Dr. Wilhelm Johannes Schulte-Mattler (Thieme 2015) sowie das schon etwas in die Jahre gekommene „Kursbuch Klinische Neurophysiologie“ von Peter Vogel (Thieme 2011).

Prof. Dr. med. Markus Weih

ANZEIGE

Hier steht eine Anzeige.

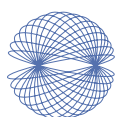
 Springer

Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2019

Datum / Ort / Zeit	Landesverband / Titel / Themen	Anmeldung
1. – 3.3.2019, Bad Harzburg Romantik Hotel Braunschweiger Hof Herzog-Wilhelm-Str. 54	Landesverband Niedersachsen Nervenärztliche Fortbildung	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
28. – 30.3.2019, Köln CME-Punkte Park Inn by Radisson, Innere Kanalstr. 15 9:00 – 15:00 Uhr	Neurologen- und Psychiatertage 2019 Stress, Aktuelle und innovative Behandlung der Migräne, ADHS im Erwachsenenalter, Demenz, Neurologische und psychiatrische Begutachtung, Diagnostische Entscheidungsfindung: langsame und schnelle kognitionspsychologische Prozesse	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21 E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
10.4.2019, Düsseldorf KV Düsseldorf, Tersteegenstr. 9	Landesverband Nordrhein Jahreshauptversammlung des BVDN NOR	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
26. – 28.4.2019, Greifswald Kulturbahnhof Greifswald, Osnabrückerstr. 3	Landesverband Mecklenburg-Vorpommern Jahrestagung des BVDN MV	Cortex – Geschäftsstelle Krefeld Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld Tel.: 02151 45469-21, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
11.5.2019, Nürnberg 5 CME-Punkte Averna Park-Hotel, Görlitzer Str. 51 9:30 – 16:00 Uhr	Bayerische BVDN-BDN-BVDP Frühjahrstagung — Leitlinien in der ambulanten Neurologie und Psychiatrie aus medizinischer und juristischer Sicht — Mitgliederversammlung	Athene Akademie, Gabriele Schuster Traubengasse 15, 97072 Würzburg Tel.: 0931 20555-26 E-Mail: g.schuster@athene-qm.de
13. – 14.9.2019, Bayreuth 8 CME-Punkte Hotel Rheingold, Austraße 2	92. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte Fortbildung und Mitgliederversammlung	Veranstalter: Bezirksklinikum Bayreuth Nordring 2, 95445 Bayreuth Tel.: 0921 283-0, E-Mail: bayreuth@gebo-med.de

Fortbildungsveranstaltungen 2019

7. – 9.3.2019, 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 HANSE SERVICE GmbH Paulsborner Str. 44, 14193 Berlin Tel.: 030 300669-0 E-Mail: dpg-akbont2019@cpo-hanser.de
14.3. & 16.5.2019, München Bayerischer Bezirkstag, Ridlerstr. 75	Zentrale Fallkonferenzen der ErwachsenenAGATE	Communications Management Bettelpfad 62a, 55130 Mainz Tel.: 06131 627999-0, E-Mail: bc@bormanncom.dee
14. – 16.3.2019, Frankfurt Goethe-Universität, Theodor-W.-Adorno-Platz 1	Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie	Tagungsbüro Goethe-Universität Frankfurt/M. Anja Kutzer, Tel.: 040 7410-54203 E-Mail: a.kutzer@isd-hamburg.de
21. – 22.3.2019, Koblenz	Deutscher Interdisziplinärer Notfallmedizin Kongress 2019 (DINK)	MCN, Katharina Fischer Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg Tel.: 0911 39316-41, E-Mail: fischer@mcn-nuernberg.de
21. – 23.3.2019, 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
22. – 23.3.2019, Wien/ Österreich Seminar- und Veranstaltungs- zentrum Catamaran, Johann-Böhm-Platz 1	Frühjahrstagung der AG Pädiatrie der DGSM und der AG Schlafmedizin und Schlafforschung der ÖGKJ	Conventus, Joana Krauß Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena Tel.: 03641 31 16-337 E-Mail: dgsm-paediatric@conventus.de
4. – 7.4.2019, Madrid/ Spanien	13th World Congress on Controversies in Neurology (CONY)	comtecmed, Bailen, 95 – 97, pral. 1.a – 08009 Barcelona, Spain Tel.: +34 932081145 E-Mail: cony@comtecint.com www.comtecmed.com/cony



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvdn.de

Vorstand/Beirat

Vorsitzende: Sabine Köhler, Jena,
Klaus Gehring, Itzehoe

Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen

Schriftführer: Roland Urban, Berlin

Schatzmeister: Gereon Nelles, Köln

Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach;
Uwe Meier, Grevenbroich

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Volker Bretschneider

Bayern: Gunther Carl

Berlin: Gerd Benesch

Brandenburg: Holger Marschner

Bremen: Ulrich Dölle

Hamburg: Guntram Hinz

Hessen: Rudolf Biedenkapp

Mecklenburg-Vorpommern:

Ramon Meißner

Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg

Nordrhein: Egbert Wienforth, Gereon Nelles

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Nikolaus Rauber, Richard Rohrer

Sachsen: Ulrike Bennemann

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Klaus Gehring

Thüringen: Volker Schmiedel

Westfalen: Rüdiger Saßmannshausen

Ansprechpartner für Themenfelder

EBM/GÖÄ: Sabine Köhler, Klaus Gehring,
Gunther Carl

Neue Medien: Bernhard Michatz

EDV, Wirtschaftliche Praxisführung:

Gunther Carl

Forensik und Gutachten Psychiatrie:

P. Christian Vogel

Gutachten Neurologie: Friedhelm Jungmann

Belegarztwesen Neurologie: Joachim Elbrächter

Fortbildung Assistenzpersonal: Roland Urban

U.E.M.S. – Psychiatrie, EFPT: Roland Urban

U.E.M.S. – Neurologie: Gereon Nelles

Ausschüsse

**Akademie für Psychiatrische und
Neurologische Fortbildung:**

P. Christian Vogel, Markus Weih

Ambulante Neurologische Rehabilitation:

Paul Reuther

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

Weiterbildungsordnung:

Sabine Köhler, Klaus Gehring, Gunther Carl,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

Leitlinien: Sabine Köhler, Klaus Gehring,

Uwe Meier, Christa Roth-Sackenheim

**Kooperation mit Selbsthilfe- und
Angehörigengruppen:** Vorstand

Referate

Demenz: Jens Bohlken

Epileptologie: Ralf Berkenfeld

Neuroangiologie, Schlaganfall: Paul Reuther

Neurootologie, Neuroophthalmologie:

Klaus Gehring

Neuroorthopädie: Bernhard Kügelgen

Neuropsychologie: Paul Reuther

Neuroonkologie: Werner E. Hofmann

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



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

1. Vorsitzender: Uwe Meier, Grevenbroich

2. Vorsitzender: Christian Gerloff, Hamburg

Schriftführer: Wolfgang Freund, Biberach

Kassenwart: Martin Delf, Hoppegarten

Beisitzer: Elmar Busch, Moers; Klaus Gehring,
Itzehoe; Martin Südmeyer, Potsdam; Heinz Wiendl,
Münster

Beirat: Andreas Engelhardt, Oldenburg;
Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kalten-
kirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst,
Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt,
Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: Uwe Meier, Paul Reuther

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

Qualitätsmanagement: Uwe Meier

Risikomanagement: Rolf F. Hagenah

Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN

DRG: Reinhard Kiefer



BVDP

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Stellvertretender Vorsitzender:

P. Christian Vogel, München

Schriftführer: P. Christian Vogel, München

Schatzmeister: Martin Finger, Frankfurt

Beisitzer: Sabine Köhler, Jena,
Norbert Mayer-Amberg, Hannover

Referate

ADHS bei Erwachsenen: Bernhard Otto

Autismusspektrumstörungen:

Christa Roth-Sackenheim

Forensik: P. Christian Vogel

Geschäftsstelle des BVDN

Dagmar Differt-Fritz, Gut Neuhof,

Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld

Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925

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

Bankverbindung: Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

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

Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN

Politische Geschäftsstelle Berlin:

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Tel.: 030 21480761, Fax: -21480763

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

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: Uwe Meier

Versorgungsforschung: Uwe Meier

Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:

Rolf Hagenah

Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

Rehabilitation: Harald Masur

CME: Friedhelm Jungmann, Paul Reuther

DRG: Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther

BV-ANR: Paul Reuther; **UEMS:** Gereon Nelles

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Wolfgang Freund

Bayern: Thomas Gilleßen

Berlin: Walter Raffauf

Brandenburg: Martin Delf

Bremen: N. N.

Hamburg: Heinrich Goossens-Merk

Hessen: Rupert Knoblich

Mecklenburg-Vorpommern: Katrin Hinkfoth

Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf

Nordrhein: Uwe Meier

Rheinland-Pfalz: Günther Endrass

Saarland: Richard Rohrer

Sachsen: Mario Meinig

Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe

Schleswig-Holstein: Matthias Nitschke

Thüringen: Dirk Neubert

Westfalen: Martin Bauersachs

Gutachterwesen: P. Christian Vogel

Migrationssensible psych. Versorgung:

Greif Sander

Psychotherapie: Christa Roth-Sackenheim

PTSD: Christa Roth-Sackenheim

Sucht: Greif Sander

Transsexualität: P. Christian Vogel

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

Dr. Ute Bavendamm

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

Dr. Gerd Benesch

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

Dr. Ulrike Bennemann

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

Ralf Berkenfeld

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

Dr. Rudolf Biedenkapp

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

Dr. Oliver Biniasch

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

Dipl. Med. Ralf Bodenschatz

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

Dr. Jens Bohlken

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

Dr. Volker Bretschneider

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

PD Dr. Elmar W. Busch

Asberger Str. 55, 47441 Moers
Tel.: 02841 1072460, Fax: -4022466
E-Mail: ne.busch@st-josef-moers.de

Dr. Gunther Carl

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

Dr. Martin Delf

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

Dr. Ulrich Dölle

Leher Heerstr. 18, 28359 Bremen
Tel.: 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
Te.: 069 77067605,

Fax: -77067607

E-Mail: praxis-finger@gmx.de

Dr. Peter Franz

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

Dr. Matthias Freidel

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

Prof. Dr. Wolfgang Freund

Waaghausstr. 9 – 11, 88400 Biberach
Tel.: 07351 7833, Fax: -7834
E-Mail: freund-uhl@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@neurologie-hamburg.net

Dr. Holger Grehl

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

Prof. Dr. Rolf F. Hagenah

Appelhorn 12, 27356 Rotenburg
Tel.: 04261 8008, Fax: -8400118
E-Mail: rhagenah@web.de

Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst

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

Dr. Katrin Hinkfoth

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

Dr. Guntram Hinz

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

Dr. Thomas Hug

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

Dr. Werner E. Hofmann

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg
Tel.: 06021 449860, Fax: -44986244

Dr. Birgit Imdahl

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

Dr. Caterina Jacobs

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

Dr. Friedhelm Jungmann

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

Prof. Dr. Reinhard Kiefer

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

Dr. Rupert Knoblich

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

Dr. Sabine Köhler

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

Dr. Fritz König

Sandstr. 18 – 22, 23552 Lübeck

Dr. Monika Körwer

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

Dr. Bernhard Kügelgen

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

Holger Marschner

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

Prof. Dr. Harald Masur

Piusallee 143, 48147 Münster

Dr. Norbert Mayer-Amberg

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

Dipl.-Med. Mario Meinig

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

Dr. Ramon Meißner

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

Dr. Uwe Meier

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

Dr. Norbert Mönter

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

Prof. Dr. Gereon Nelles

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

Dirk Neubert

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

PD Dr. Matthias Nitschke

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

Bernhard Otto

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

Dipl. med. Delia Peschel

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

Dr. Walter Raffauf

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

Dr. Nikolaus Rauber

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

Dr. Elisabeth Rehkopf

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

Dr. Dr. habil. Paul Reuther

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

Dr. Richard Rohrer

Kaiserstr. 3, 66386 St. Ingbert
Tel.: 06894 4051, Fax: -4021
E-Mail: w.rossbach@gmx.de

Dr. Wolfgang W. Rossbach

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

Dr. Christa Roth-Sackenheim

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

Dr. Greif Sander

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

Rüdiger Saßmannshausen

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

Dr. Volker Schmiedel

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

Dr. Michael Schwalbe

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

Dr. David Steffen

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

Prof. Dr. Martin Südmeyer

Conradstr. 5, 14109 Berlin
Tel.: 0331 24137102, Fax: -24137100

Dr. Roland Urban

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

Dr. P. Christian Vogel

Agnesstr. 14/III, 80798 München
Tel.: 089 2730700, Fax: -2781306
E-Mail: praxcvogel@aol.com

Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch

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

Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl

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

Egbert Wienforth

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

Prof. Dr. Markus Weih

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

1. Vertragliche Kooperationspartner der Berufsverbände

Arbeitsgemeinschaft ambulante NeuroRehabilitation (AG ANR)

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

Athene Akademie

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

Cortex GmbH

Gut Neuhoof
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 Neuhoof
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld
Tel.: 02151 4546920, Fax: -4546925
E-Mail: bvdn.bund@t-online.de
E-Mail: kontakt@quanup.de
www.quanup.de

Spitzenverband ZNS (Spiz)

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

2. Politische Kooperationspartner der Berufsverbände

Bundesärztekammer (BÄK)

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

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

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

Neurologie

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Geschäftsführung:
Dr. Thomas Thiekötter
Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
www.dgn.org

Fortbildungsakademie der DGN

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

Bundesverband Ambulante NeuroRehabilitation e.V. (BV ANR)

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

Deutsche Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR)

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

Bundesverband Neuro-Rehabilitation (BNR)

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation (DGNKN)

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

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)

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

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen (BDNC)

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

Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie e. V. (DGNR)

Ernst-Reuter-Platz 10
10587 Berlin
Geschäftsstellenleiter:
Florian Schneider
Geschäftsstellenassistentin und
Mitgliederverwaltung:
Melek Mirzanli
Tel.: 030 916070-70, Fax: -22
E-Mail: dgnr@neuroradiologie.de

Psychiatrie

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096601/02
Fax: -8093816
E-Mail: sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGP) e. V.

Postfach 1366, 51675 Wiehl
Tel.: 02262 797683, Fax: -9999916
E-Mail: GS@dgppn.de
www.dgppn.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP)

Reinhardtstr. 14, 10117 Berlin
Tel.: 030 28096519, Fax: -28096579
E-Mail: geschaeftsstelle@
dgkjp.de, www.dgkjp.de

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP)

Rhabanusstr. 3, 55188 Mainz
Tel.: 06131 6938070, Fax: -6938072
E-Mail: mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (STÄKO)

Brücker Mauspfad 601
51109 Köln
Tel.: 0221 842523, Fax: -845442
E-Mail: staeko@vakjpp.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin e. V.

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

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)

Vorsitzender: Univ.-Doz. Dr. 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 Nature Three GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Nature Three GmbH ist die Springer Nature Deutschland GmbH, die 100% der Anteile hält. Die Springer Nature Deutschland GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Nature Two GmbH. Die Springer Nature Two GmbH ist eine 100%ige Tochter der Springer Nature One GmbH. Die Springer Nature AG & Co. KGaA (73,116%), die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH (26,6%) und die Springer Nature One GmbH (0,284%) sind Gesellschafter der Springer Nature One GmbH. An der Springer Nature AG & Co. KGaA hält die Springer Science+Business Media G.P. Acquisition S.C.A., Luxemburg, 47% der Anteile und die GvH Vermögensverwaltungsgesellschaft XXXIII mbH 53% der Anteile.

Geschäftsführer: Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Leiter Redaktion Facharztmagazine: Markus Seidl (es)

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

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

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

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

Anzeigenleitung: Peter Urban, Tel.: 089 203043-1333, E-Mail: peter.urban@springer.com Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 24 vom 1.10.2018.

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

Erstellungsort: München

Druck: KLIEMO, Hütte 53, 4700 Eupen/Belgien

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.springermedizin.de/neurotransmitter und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft 29 €, Jahresabonnement 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 Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 65,50 €, inkl. gesetzl. MwSt., zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright und allgemeine Hinweise: Zur Veröffentlichung kommen nur Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Mit der Einwilligung zur Publikation im „NeuroTransmitter“ überträgt der Autor dem Verlag auch das Recht, den Beitrag geändert oder unverändert in anderen Publikationen der Fachverlagsgruppe, in den zugehörigen Online-Diensten, in Online-Datenbanken Dritter und in Sonderdrucken für Industriekunden zu nutzen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wiedergabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehaufzeichnung vor.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-/Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

© Springer Medizin Verlag GmbH

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



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2018

© Dmitry Vereshchagin / stock.adobe.com



Vorschau

Ausgabe 3/2019

März

erscheint am 15. März 2019

Prüfung der Fahreignung

Diverse Erkrankungen des zentralen Nervensystems schränken die Fahrtauglichkeit der Betroffenen mehr oder minder deutlich ein. Die individuelle Prüfung der Fahreignung obliegt der Fahrerlaubnisbehörde.

Beziehung und Pflege

Die aktuell und bis zum 11. Februar 2023 gültige S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ nimmt auch das Thema der Beziehungsgestaltung psychiatrisch Pflegender in den Blick.

Demenz bei geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung werden immer älter und alterstypische Erkrankungen treten häufiger auf, so auch Demenzen. Die Symptomatik, aber auch der diagnostische Prozess unterscheidet sich deutlich von der Allgemeinbevölkerung. Zur adäquaten Behandlung und Begleitung ist das Erkennen der Diagnose essenziell.