

# 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 52

## Telematikinfrastuktur 17

Speicherung von Patientendaten unsicher

## Arzt als Arbeitgeber 20

Was sich 2019 in steuerlicher Hinsicht ändert

## Demenz bei Behinderung 36

Schwierige Differenzialdiagnose

## Fahreignung im Fokus 22

Besonderheiten bei ZNS-Erkrankungen



Hier steht eine Anzeige.





*»Die Belastbarkeit insbesondere unserer Fachgruppe hat nachweislich ihre Grenze erreicht, wenn nicht gar schon überschritten. Mehr geht nicht!«*

**Dr. med. Klaus Gehring, Itzehoe**  
Vorsitzender des BVDN

## Von Mauern, Machern und Windmühlen

**S**ehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, täglich aufs Neue erfahren wir durch die Medien, wie auf der anderen Seite des Atlantiks die Bevölkerung absichtlicher Desinformation ausgesetzt ist, um Ziele zur persönlichen Selbstdarstellung einzelner zu erreichen. So wird mit marodierenden Banden gedroht, Drogenkartellen, die ungehindert in unzählbarem Ausmaß ins Land drängen würden, sofern nicht das Wahlversprechen einer „hohen“ Mauer zu Mexiko umgesetzt würde. Kürzlich wurde deshalb der nationale Notstand ausgerufen.

### „Alternative Fakten“ – kein reines US-Phänomen

Der Blick über den Horizont sollte uns allerdings nicht die Erkenntnis versperren, dass hierzulande mit den gleichen Motiven und Praktiken gearbeitet wird. Nur ist das Prestigeobjekt bei uns nicht etwa ein Grenzwall, sondern das Terminservicestellen- und Versorgungsgesetz (TSVG), das vieles, insbesondere in der fachärztlichen Versorgung, besser organisieren und regeln soll, als dies der Selbstverwaltung zuvor gelungen sei. Suggestiert wird, dass die dargestellten Mängel der fachärztlichen Versorgung ausschließlich in einem Organisations- und Verteilungsproblem bestehen und es erst einen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gebraucht habe, um festzustellen, dass diese Probleme dadurch lösbar sind, wenn Fachärzte gezwungen werden, ihre Praxis mindestens 25 Stunden pro Woche geöffnet zu haben und davon fünf Stunden pro Woche ohne vorherige Terminvergabe („offen“) anzubieten. Ähnlich der alternativen Fakten von Übersee wird der Bevölkerung hierzulande suggeriert, den Unwillen der Fachärzte erkenne man schon alleine daran, dass die Praxen nicht auch an den Wochenenden geöffnet seien, viele an den Nachmittagen auf den Golfplätzen zu besichtigen seien (Prof. Dr. Karl Lauterbach, SPD) oder es Berichten zufolge viele Fachärzte gebe, die weniger als 20 Stunden arbeiten würden (Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Patientenbeauftragte der Bundesregierung).

### Schlechterstellung chronisch Kranker

Ungeachtet der Tatsache, dass medizinische Versorgung innerhalb eines Solidarsystems immer eine Verteilungsfrage ist, nämlich die der Kosten, ungeachtet auch der Tatsache, dass wir in Deutschland mit Blick auf Versorgungsqualität und Wartezeiten auf einen Facharzttermin im europäischen Vergleich sehr gut dastehen, wird hüben wie drüben vom entscheidenden Problem abgelenkt. In den USA sind dies die gesellschaftlichen

Bedingungen, die sich seit Amtsantritt von Donald Trump – neutral formuliert – nicht gebessert haben, gleiches gilt für seine Akzeptanz in der Bevölkerung. Hierzulande wird nur allzu gern über die notwendige Anhebung der Anzahl an Medizinstudienplätzen und die notwendige Verbesserung der Attraktivität des Arztberufes sowohl in der Niederlassung als auch in den Kliniken hinweggeschrieben. Die Belastbarkeit insbesondere unserer Fachgruppe hat nachweislich ihre Grenze erreicht, wenn nicht gar schon überschritten. Mehr geht nicht! Darauf werden auch pekuniäre Anreize etwa für neue Patienten keinen Einfluss haben, zumal sie ohnehin eher Almosencharakter besitzen. Ganz energisch müssen wir hingegen die damit verbundene (und politischerseits offenbar in Kauf genommene) Schlechterstellung unserer chronisch kranken Patienten ablehnen und anprangern. Ebenso abzulehnen ist der offensichtliche Versuch, „teure“ Studienplätze für Humanmedizin durch eine vermeintlich günstigere Ausbildung omnipotenter Psychotherapeuten auszugleichen. Hier würde die Rechnung erst später gezahlt, nämlich auf Kosten der Patientensicherheit, sollte das Psychotherapeutengesetz auch die Befähigung zur Arzneimitteltherapie beinhalten.

### Lösungen mitgestalten

Die Erfahrung lehrt uns, dass alternative Fakten langfristig nicht zum Ziel führen, denken wir an Don Quijotes Kampf gegen Windmühlen. Bereits Abraham Lincoln wusste „You can fool all the people some of the time, and some of the people all the time, but you cannot fool all the people all the time“. Es ist unsere Aufgabe als Berufsverband, unsere Finger täglich neu in diese Wunden zu legen, uns aber auch an der Gestaltung, Entwicklung und Verbesserung von Lösungen zu beteiligen. Während der diesjährigen Neurologen- und Psychiatertage haben wir Gelegenheit, Ihnen den aktuellen Stand unserer berufspolitischen Bemühungen darzustellen und die Ergebnisse mit Ihnen gemeinsam zu diskutieren. Ich freue mich darauf, Sie persönlich in Köln begrüßen zu dürfen.

Mit besten Grüßen

Hier steht eine Anzeige.



## 3 Editorial

Von Mauern, Machern und Windmühlen

*Klaus Gehring, Itzehoe*

## Die Verbände informieren

## 8 Gesundheitspolitische Nachrichten

- Deutsche Ärzte in der Schweiz sollen zurückkommen
- Streit um Arztinformationssystem für Praxissoftware
- G-BA-Qualitätsportal wird aufgebaut
- Hurra, wir werden digitalisiert

*Gunther Carl, Kitzingen*

## 10 Recht

- Arzt/Ärztin (m/w/d): Das dritte Geschlecht und die Auswirkungen auf das Arbeitsrecht
- Bundessozialgericht gibt Oberarzt Recht: Klinikärzte müssen nicht am Notdienst teilnehmen

*Bernhard Michatz, Berlin*

## 12 Jahresrückblick 2018 – Jahresausblick 2019

Fortbildungsakademie des BVDN, BDN, BVDP

*Markus Weih, Nürnberg*

## 14 Immer Ärger aus Berlin

Neues aus dem BVDN-Landesverband  
Mecklenburg-Vorpommern

*Friederike Klein, München*

## Rund um den Beruf

## 17 Zentrale Datenspeicherung von Patientendaten unsicher

Telematikinfrastruktur und elektronische  
Patientenakte

*Andreas Meißner, München*

## 20 Das ändert sich in steuerlicher Hinsicht 2019

Aus der Serie „Praxisprobleme, Sie fragen – wir  
antworten!“

*Gunther Carl, Kitzingen*

☐ = Dieser Beitrag ist ein Titelthema.



## 17 Datenspeicherung unsicher

Die Telematikinfrastruktur, die bis zum 31. März bestellt sein muss, will man einen Honorarabzug vermeiden, stößt weiterhin auf große Skepsis. Diese wird unter anderem genährt durch Sicherheitslücken bei der elektronischen Patientenakte. Lesen Sie, warum die zentrale Speicherung von Patientendaten unsicher ist, und warum uns das große Sorgen bereiten sollte.

## Wie Sie uns erreichen

### Verlagsredaktion:

Dr. rer. nat. Gunter Freese  
Telefon: 089 203043-1435, Fax: 089 203043-31435  
E-Mail: [gunter.freese@springer.com](mailto:gunter.freese@springer.com)

### Schriftleitung:

Dr. med. Gunther Carl  
Telefon: 09321 5355, Fax: 09321 8930  
E-Mail: [carlg@t-online.de](mailto: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](mailto:leserservice@springer.com)

Hier steht eine Anzeige.



## Fortbildung

- 22 Fahreignung bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems**  
Sicht der Fahrerlaubnisbehörde und die Umsetzung in der Praxis  
*Harald Hofstetter, Grasbrunn*
- 30 Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege**  
Wichtiges Mittel zur Prävention von Aggression und Gewalt  
*André Nienaber et al., Gütersloh*
- 33 Neurologisch Kasuistik**  
Ein Fall mit fehlenden Vorbefunden  
*Wolfgang Freund, Biberach*
- 36 CME: Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung**  
Schwierige Differenzialdiagnose  
*Björn Kruse et al., Berlin*
- 42 CME-Fragebogen**

## Journal

- 48 PSYCHOPATHOLOGIE IN KUNST & LITERATUR**  
Biopic eines Monsters  
Olivier Guez Roman „Das Verschwinden des Josef Mengele“  
*Gerhard Köpf, München*
- 52 NEUROTRANSMITTER-GALERIE**  
Farbe erleben – Das Archiv Geiger – Teil 2  
*Angelika Otto, München*
- 21 Buchtipps**
- 21 Kleinanzeigen**
- 44 Pharmaforum**
- 54 Termine**
- 55 Verbandsservice**
- 59 Impressum/Vorschau**



## 36 Geistige Behinderung und Demenz

Bei Menschen mit geistiger Behinderung und einem Abbau alltagspraktischer Fähigkeiten sollte eine Demenz abgeklärt werden – vor allem in höherem Lebensalter und bei einem Down-Syndrom. Die kognitive Diagnostik erfordert zweizeitig spezielle neuropsychologische und fremdanamnestiche Untersuchungsverfahren. In der Therapie sind neben psychopharmakologischen Optionen auch nicht medikamentöse und milieutherapeutische Maßnahmen sowie die Aufklärung und Schulung von Betreuungspersonen oder Mitbewohnern essenziell.



**Titelbild (Ausschnitt): „Meditationsraum“ von Josef Geiger.**  
Lesen Sie mehr in der „NeuroTransmitter-Galerie“ auf Seite 52.

# Die Verbände informieren

MINISTER SPAHN IM REGULIERUNGSMODUS

## Deutsche Ärzte sollen aus der Schweiz zurückkommen

➔ Nach dem Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) soll die weitere Abwanderung deutscher Ärzte und Pflegekräfte in die nachbarliche Schweiz verhindert werden. Hierfür müsse es neue EU-Regeln geben, denn es liege auf der Hand, dass „diese Fachleute in Deutschland fehlen“. Osteuropäische Ärzte würden in

Deutschland arbeiten, die dann in ihren Heimatländern fehlten. Spahn machte in der schweizerischen Zeitung „Sonntags-Blick“ den Vorschlag, innerhalb der EU die Abwerbung bestimmter Berufsgruppen neu zu regeln, „ohne die Freizügigkeit in Europa grundsätzlich infrage zu stellen.“ Er hätte gerne die in die Schweiz abgewan-

derten deutschen Ärzte und Pflegekräfte zurück.

**Kommentar:** Es darf auch nicht sein, dass unsere Abiturienten nicht Medizin studieren dürfen, weil ihre Abiturnote schlechter als 1,0 ist. Gut situierte Eltern, beispielsweise Ärzte, schicken ihre Kinder daraufhin zum Medizinstudium nach Österreich, Ungarn, Kroatien oder Lettland. Um den unter anderem durch zu wenige Medizinstudienplätze verursachten Ärztemangel in Deutschland zu kompensieren, stellen wir in unseren Krankenhäusern mittlerweile massenhaft ukrainische, russische und polnische Ärzte ein. Mein Vorschlag an Minister Spahn: Verbessern Sie die Arbeitsbedingungen für deutsche Ärzte in Deutschland, dann bleiben diese auch hier. Stocken Sie die Anzahl der Medizinstudienplätze auf, dann können wir genügend Mediziner ausbilden und unsere Krankenhausverwalter müssen keine Anwerbetrupps nach Osteuropa schicken. Umgehend forderte auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bessere strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen für Ärzte. Dass bürokratische Planwirtschaft nicht zum Ziel führt, hat der ökonomische und politische Zusammenbruch des Ostblocks bewiesen. In einer sozialen Marktwirtschaft mit beruflicher Freizügigkeit in Europa sollte man solche hausgemachten Probleme ursächlich lösen. **gc**



© Stephane Jaquemet / Getty Images / iStock

Geht es nach dem Willen von Bundesgesundheitsminister Spahn, sollen deutsche Ärzte in Deutschland arbeiten und nicht etwa in der Schweiz.

KBV KRITISIERT PLÄNE

## Streit um Arztinformationssystem für Praxissoftware

➔ Damit haben sich die meisten Ärzte wahrscheinlich noch nicht beschäftigt: das geplante Arztinformationssystem (AIS), das nach dem Willen des Gesetzgebers in die Praxissoftware integriert werden soll. Das AIS wird die Vertragsärzte über neue Arzneimittel informieren, die die sogenannte frü-

he Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) durchlaufen haben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zu jedem dieser Arzneimittel einen Beschluss gefasst und veröffentlicht, ob und wie stark der Zusatznutzen ausgeprägt ist, und mit welcher Wahr-

scheinlichkeit die wissenschaftliche Studienlage die entsprechende Evidenz nachweist. Ein Jahr nach Inverkehrbringen eines neuen Arzneimittels vereinbaren dann Krankenkassen und der pharmazeutische Unternehmer den Preis, zu dem die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kos-

tenerstattung übernimmt. Derzeit wird darüber verhandelt, wie viele und welche Informationen über jedes neue Arzneimittel im AIS erwähnt werden sollen. Das ist nicht ganz einfach, denn bei etlichen Arzneimitteln ist der Zusatznutzen bei verschiedenen Indikationen oder Patientengruppen unterschiedlich groß, mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit nachweisbar, nicht quantifizierbar oder gar nicht vorhanden. Die Krankenkassen wollen nun auch noch die Preise in Form von Jahrestherapiekosten mit in das Informationssystem aufnehmen. Hier ergeben sich allerdings weitere Schwierigkeiten, denn der ausgehandelte Preis stellt häufig einen Mischpreis zwischen verschiedenen Indikationen oder mit dem gleichen Arzneimittel behandelten Patientengruppen dar. Außerdem spiegelt der offizielle Preis häufig nicht die Kosten wie-

der, die den Krankenkassen tatsächlich beim einzelnen Patienten entstehen. Denn nicht selten werden Rabattverträge oder Mengenschaffungen zwischen Krankenkassen und Pharmaherstellern ausgehandelt.

**Kommentar:** Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), hat das geplante AIS zu Recht kritisiert. Die Vertragsärzte haben keine Kontrolle über die tatsächlichen Kosten, die den Krankenkassen entstehen. Dies trifft ja bereits auf alle anderen bisher verordnungsfähigen Arzneimittel zu, seitdem es Rabattverträge gibt. Zudem werden etliche neue Arzneimittel gar nicht ein ganzes Jahr lang verabreicht, sodass hier irreführende Beträge gelistet werden. Hofmeister warnt davor, die Praxissoftware und damit die Kollegen mit einer ganzen Flut von Infor-



Gesundheitspolitische Nachrichten kommentiert von

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

mationen zu überfrachten. Außerdem kritisiert er die mangelnde Bereitschaft der Krankenkassen, die durch das AIS entstehenden Mehrkosten bei der Praxissoftware zu übernehmen. **gc**

## STATIONÄRE VERSORGUNG

### G-BA-Qualitätsportal wird aufgebaut

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz (IQTIG) damit beauftragt, ein Gesamtkonzept zur Qualitätsbeurteilung von stationären Einrichtungen vorzulegen. Patienten sollen zukünftig die Qualität von Krankenhäusern im Vergleich und in allgemein verständlicher Form abrufen können. Das Konzept soll bis Ende des Jahres 2020 stehen und folgende Ziele berücksichtigen:

- Identifikation maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung aus Sicht der Patienten.
- Nutzbarkeit verfügbarer Informationsmöglichkeiten vor einem stationären Aufenthalt.
- Ermittlung des Informationsbedürfnisses und der Informationspräferenzen der Zielgruppen.
- Identifikation von Entscheidungskriterien für eine Krankenhausauswahl.
- Vorschläge, wie die Qualität maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung

auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten dargestellt werden sollte.

- Vorschläge zu Darstellungen von Krankenhäusern mit kleinen Fallzahlen, unter Berücksichtigung der Information über die Sicherheit der Qualitätsaussage.
- Vorschläge zu Möglichkeiten der Visualisierung der Inhalte sowie zur Anwenderfreundlichkeit der Nutzeroberfläche.
- Das Qualitätsportal soll über die Qualität informieren und Unterschiede in der Qualität für die maßgeblichen Bereiche der Krankenhausversorgung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser abbilden.
- Die Auswahl und Darstellung der Informationen soll einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern beziehungsweise ihren Standorten ermöglichen und soll sich nach dem Informationsbedürfnis und den Informationspräferenzen der Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen richten, sowie nach den relevanten Entscheidungskriterien, nach de-

nen diese eine Krankenhausauswahl treffen.

- Die Aufbereitung und Darstellung der Informationen soll in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form erfolgen.

**Kommentar:** Prinzipiell ist es eine gute Idee, Patienten über Leistungsspektrum und Qualität der regionalen Krankenhäuser zu informieren. Er wird jedoch erhebliche Schwierigkeiten bereiten, wirklich patientenrelevante Qualitätsmerkmale zu evaluieren. Beispielsweise lässt sich nicht bei allen Indikationen eine Mindestzahl durchgeführter Maßnahmen als Qualitätsindikator feststellen. Morbiditätsdifferenzen und Unterschiede bei den Patientenrisiken zwischen einzelnen Krankenhäusern erschweren zudem die Vergleichbarkeit. **gc**

## DIE DIGITALE GESUNDHEITSWIRTSCHAFT IST DAFÜR

### Hurra, wir werden digitalisiert

➔ Mit Bitkom (Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien), BIO Deutschland (Biotechnologie-Industrie-Organisation Deutschland), bvitg (Bundesverband Gesundheits-IT), bvmed (Bundesverband Medizintechnologie Gesundheit gestalten), SPECTARIS (Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien), VDPH (Verband der Diagnostika-Industrie), VFA (Verband Forschender Arzneimittelhersteller) und ZVEI (Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie) haben acht Industrieverbände Vorschläge für einen schnelleren Zugang zu digitalen medizinischen Versorgungsangeboten gemacht:

— Entwicklung adäquater Bewertungsverfahren für digitale Versorgungsangebote: Hier sollten die Besonderheiten beim Stu-

diendesign, neue Nutzenkategorien und kurze Innovations- sowie Produktlebenszyklen berücksichtigt werden.

— Etablierung von Beratungsangeboten: Anbieter digitaler Versorgungsangebote verbindlich über Zugangsoptionen in das Erstattungssystem informieren.

— Einführung einer eigenen integralen Vergütungssystematik: Digitale Versorgungsangebote sollten auch sektorenübergreifend sachgerecht vergütet werden.

— Systematische und regelhafte Evaluation selektivvertraglich angebotener digitaler Versorgungsangebote: Bewährte digitale Versorgungsangebote aus Selektivverträgen sollten mittels einer spezifisch dafür modifizierten Nutzenbewertung evaluiert und in die Regelversorgung übernommen werden.

— Anpassung der rechtlichen Vorschriften für die Nutzung digitaler Versorgungsangebote: klare Regelungen für die Fernbehandlung im Rahmen von Telemedizin sowie bundesweit einheitliche Regelungen des Datenschutzes.

— Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen und Verbesserung der Versorgung der Patienten durch die Integration von digitalen Versorgungsangeboten.

**Kommentar:** Welche Informationen entnehmen wir diesen Vorschlägen? Die Digital-, Telematik-, Hard- und Softwareindustrie möchte Geld verdienen. Patienten und Ärzte sollen kostenfrei die Rolle der Beta-Tester übernehmen. Die Produkte reifen beim Kunden. Viele Kollegen konnten in den letzten drei Jahrzehnten bereits mit ihrer Praxissoftware – und nun neuerdings mit der Telematikinfrastruktur – mit diesem Prinzip Bekanntheit schließen. Nur weil im Koalitionsvertrag der großen Koalition das Wort „Digitalisierung“ das am häufigsten vorkommende Fremdwort darstellt, ist es nicht automatisch gut. Selbstverständlich haben uns digitalisierte Patienten- und Praxisverwaltungssysteme die Arbeit eminent erleichtert. Ohne neue Kommunikations- und Informationssysteme wären die qualitativ und quantitativ extrem gestiegenen Aufgaben des Gesundheitswesens nicht zu bewältigen. Neue technische und digitale Möglichkeiten müssen aber nützlich sein, Arbeit und Zeit sparen. Das sollte vor einer Markteinführung evaluiert sein. Mäusekino und Komfort-Apps für Patienten stehen uns nur Zeit und bilden Fehlerquellen. **gc**



Digitalisierung im Gesundheitswesen muss nützlich sein und Arbeit sowie Zeit sparen. Nicht alle Projekte können das für sich in Anspruch nehmen.

## PNP-Vertrag in Baden-Württemberg: BoTox-Therapie wird erstattet

Im Neurologiemodul des Facharztvertrags Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie (PNP) der AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK werden seit dem 1. Januar 2019 die Kosten für die Durchführung der qualifizierten Botulinumtoxintherapie (BoTox) bei den Krankheitsbildern „fokale Spastik“ und „fokale Dystonie“ übernommen, das haben die AOK Baden-Württemberg, Medi Baden-Württemberg sowie die Bosch BKK in einer

gemeinsamen Presseinformation mitgeteilt. Berechtigt sind nur teilnehmende Fachärzte für Neurologie oder Nervenärzte mit entsprechendem Qualifikationsnachweis.

Im PNP-Vertrag wurden eine pauschale Zusatzvergütung von 80 Euro/Quartal für die Erstbehandlung sowie 50 Euro/Quartal für die Folgebehandlung vereinbart. „Wir sind froh, dass wir jetzt eine passende wohnortnahe Lösung gefunden haben, von der vor

allem schwerkranke Patienten mit hohem Leidensdruck profitieren,“ so Prof. Dr. Wolfgang Freund, Landessprecher im Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) und MEDI-Sprecher, der die Vertragsneuerung mitverhandelt hat. **red**

Hinweis: Diese Leistungen werden auf Initiative des BVDN Bayern in Bayern bereits seit einem Jahr gesondert und extrabudgetär honoriert.



## ARZT/ÄRZTIN (M/W/D)

# Das dritte Geschlecht und die Auswirkungen auf das Arbeitsrecht

➔ Im Oktober 2017 entschied das Bundesverfassungsgericht, dass eine Verletzung des Persönlichkeitsrechts und der Menschenwürde vorliegt, wenn im Personenstandsregister bei der Angabe „Geschlecht“ nur drei Möglichkeiten gegeben werden: Männlich, weiblich oder kein Eintrag. Nun war der Gesetzgeber gefordert. Die Vorgabe war, bis Ende 2018 eine neue gesetzliche Regelung zu präsentieren. Dieser Pflicht kam der Gesetzgeber im abgelaufenen Jahr nach. Künftig ist neben „männlich“ und „weiblich“ ein drittes Geschlecht „divers“ im Geburtenregister wählbar. Das sogenannte dritte Geschlecht ist damit nun bundesrechtlich verankert. Es gilt für Menschen, die weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden können, und eröffnet diesen die Möglichkeit sich als „divers“ zu bezeichnen.

### Vorsicht vor unbeabsichtigten Diskriminierungen

Diese Änderung hat auch tatsächliche arbeitsrechtliche Auswirkungen: Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts sind allgemein verboten. Dies gilt nun auch für das dritte Geschlecht. Für den Arbeitgeber be-

deutet dies, dass er bei Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen, sämtlichen Beförderungen, und vor allem auch beim Zugang zu einer Tätigkeit, also bereits im Bewerbungsprozess, darauf zu achten hat, dass die Auswahlentscheidung diskriminierungsfrei erfolgt. Besonders wichtig ist dies auch im Hinblick auf Schadenersatzansprüche, die nach dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz möglich sind. Sollte das Bewerbungsverfahren nicht diskriminierungsfrei gestaltet sein, kann dies zu einem Schadenersatz in Höhe von bis zu drei Monatsgehältern führen.

**Praxistipp:** Die Stellenausschreibungen in der Praxis oder der Klinik sollten so geschlechtsneutral wie möglich formuliert werden. Hierfür sollte die Überschrift beispielsweise mit folgender Kennzeichnung versehen werden „Arzt/Ärztin (m/w/d)“. Im konkreten Bewerbungstext bietet es sich an, den potenziellen Bewerber direkt anzusprechen, um sprachliche Ungenauigkeiten zu vermeiden.

Über weitere Auswirkungen des neuen Gesetzes in der Rechtsprechung werden wir Sie weiterhin aktuell im NeuroTransmitter informieren. **bm**

Statt auf „x“  
einigte man  
sich auf „d“ für  
„divers“.



© Peter Steffen / dpa / picture alliance

## BUNDESSOZIALGERICHT GIBT OBERARZT RECHT

# Klinikärzte müssen nicht am Notdienst teilnehmen

➔ Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 12. Dezember 2018 entschieden, dass Krankenhausärzte nicht zum ärztlichen Bereitschaftsdienst herangezogen werden dürfen. Das BSG gab einem leitenden Oberarzt recht, der sich gegen diese Praxis in Hessen gewandt hatte.

Der Mediziner hat eine Ermächtigung und behandelte daher neben seiner Tätigkeit in der Klinik auch an ihn überwiesene Patienten. Ermächtigte Klinikärzte verpflichtet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen seit 2013 zu ambulanten Notdiensten. Dagegen wehrte sich der Oberarzt und vertrat die Meinung, dass Krankenhausärzte nicht zum Notdienst herangezogen werden

dürfen, um Mängel in der vertragsärztlichen Versorgung zu kompensieren. Die Mediziner arbeiteten bereits Vollzeit in den Kliniken. Die KV erklärte jedoch, dass ermächtigte Ärzte zu KV-Mitgliedern werden. Die Ermächtigung ähnele der Kassenzulassung der Vertragsärzte. Daraus erwüchsen die gleichen Rechte und Pflichten.

### BSG: „Ermächtigung anderer Grad der Einbindung“

Eine Ermächtigung „drückt grundsätzlich einen anderen Grad der Einbindung in die vertragsärztliche Versorgung aus“, so aber das BSG. So dürfe der betroffene Oberarzt nur 135 Fälle pro Quartal und nur nach

Überweisung von niedergelassenen Ärzten behandeln. Er habe dadurch ein Zehntel des Umsatzes eines Vertragsarztes, solle aber ein Viertel der für Vertragsärzte üblichen Notdienste machen. Dies sei nach Ansicht der Richter nicht zulässig.

Mit Blick auf die Notdienste an den bevorstehenden Feiertagen stellte das Gericht die Bestandskraft bestehender Notdienstpläne nicht infrage. Die KV müsse das Urteil aber bei künftigen Planungen berücksichtigen. Laut dem BSG gibt es ähnliche Regelungen wie in Hessen noch in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern. **bm**

Fortbildungsakademie des BVDN, BDN, BVDP

# Jahresrückblick 2018 – Jahresausblick 2019



Wie die Jahre zuvor, ging 2018 mit einer erfolgreichen Serie von Seminaren aus verschiedenen Themengebieten zu Ende, die von der Fortbildungsakademie mithilfe des Fördervereins organisiert wurden. Hier möchten wir ein Resümee ziehen und einen Ausblick auf 2019 geben.

Insgesamt konnten wir 116 Kollegen aus dem ganzen Bundesgebiet zu unseren CME-zertifizierten ganztägigen Praxisseminaren begrüßen, die in bewährter Weise von der Fortbildungsakademie, vor allem von Kerstin Braungardt organisiert und von Margarete Kotulla vor Ort betreut wurden. Die Akademie und der dazugehörige Förderverein wurde 1996 von PD Dr. Albert Zacher aus Regensburg gegründet und dann von ihm lange Jahre, zuletzt von Dr. Gunther Carl aus Kitzingen fortgeführt. Im April 2018 fand anlässlich des Neurologen und Psychiater-Tags in Köln eine Übergabe des Vorsitzes an mich statt. Wie in den Jahren zuvor kümmerte sich wieder das eingespielte Team der Akademie aus Würzburg um Organisation, Termine, Veranstaltungsräume, Übernachtungsmöglichkeiten, Betreuung der Teilnehmer vor Ort, Technik, Buffet etc. Es wurden zahllose E-Mails, Faxe und Einla-

dungen versendet, die Veranstaltungen koordiniert, Kursbücher gedruckt.

Ein besonderer Dank geht an die hervorragenden Referenten, die didaktisch versiert, routiniert, fachlich brillant, effektiv und motiviert durch die Veranstaltungen führten.

## Seminare in der Regel mit 8 Punkten bewertet

Das ganztägige Seminarformat hat sich bewährt, indem die Teilnehmer sich abseits vom Praxisalltag gründlich mit einem Thema beschäftigen können und ausführliche Rücksprache mit den von der Akademie ausgewählten Referenten halten können. Die Seminare werden in unserem monatlichen Newsletter „Das muss man wissen“ als E-Mail oder Fax angekündigt oder stehen auf der Internetseite [www.akademie-psych-neuro.de](http://www.akademie-psych-neuro.de). Die Seminare werden in der Regel mit 8 CME-Punkten bewertet.

## Erfolgreiche Veranstaltungen der Fortbildungsakademie 2018

- **Neurologische und psychiatrische Begutachtung vor den Sozialgerichten**, 27. Januar in Frankfurt, *Referenten*: Prof. Dr. Bernhard Widder, Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle Bezirkskrankenhaus Günzburg, Willi Johannes Kainz, Vorsitzender Richter am Bayerischen Landessozialgericht, München
- **Neurologen und Psychiater-Tag**, Thema Schmerz, 20. April in Köln
- **Internettherapie und Telemedizin**, 5. Mai in München, *Referenten*: Prof. Dr. Gereon Nelles, Praxis in Köln, Prof. Dr. Ulrich Sprick, Praxis in Neuss
- **Neurologische und psychiatrische Begutachtung vor den Sozialgerichten** (Wiederholung wegen großer Nachfrage), 12. Mai in Frankfurt, *Referenten*: Prof. Dr. Bernhard Widder, Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle Bezirkskrankenhaus Günzburg, Richter Willi Johannes Kainz, Vorsitzender Richter am Bayerischen Landessozialgericht, München
- **Internettherapie und Telemedizin**, 30. Juni in Hannover, *Referenten*: Prof. Dr. Gereon Nelles, Praxis in Köln, Prof. Dr. Ulrich Sprick, Praxis in Neuss
- **Nerven- und Muskelsonografie**, 29. September in Erlangen, *Referenten*: Dr. Cornelia Möbius, Neurologische Universitätsklinik Erlangen, Dr. Axel Schramm, Praxis in Fürth
- **Das Asperger-Syndrom und andere Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter/ADHS im Erwachsenenalter**, 27. Oktober in Dortmund, *Referenten*: Prof. Dr. Ludger Tebartz van Elst, Psychiatrische Universitätsklinik Freiburg, Privatdozentin Dr. Maria Strauß, Psychiatrische Universitätsklinik Leipzig



Besonders gut bewerteten die Teilnehmer die Diskussionsrunde am Ende des Vortrags. In kleiner Runde ist vor allem immer auch Praxisnähe gegeben.

Die finanzielle Grundlage der Akademie bildet seit vielen Jahren ein gemeinnütziger eingetragener Förderverein, dem außer Ärzten auch pharmazeutischen Unternehmen angehören. Diese Firmen entrichten eine jährliche, nicht zweckgebundene Spende. Damit können wir in unseren Seminaren auch experimentieren, variieren, Neues versuchen, und überdies Themen bearbeiten, die uns Nervenärzte wichtig sind, für die sich anderweitig kein Sponsor findet oder die unabhängig von bestimmten Erkrankungen oder Therapieformen sind.

2018 haben uns folgende Firmen unterstützt, denen wir an dieser Stelle herzlich danken möchten. In alphabetischer Reihenfolge: Medice GmbH & Co. KG, Iserlohn, Neuraxpharm Arzneimittel GmbH & Co. KG, Langenfeld. Roche Pharma AG, Grenzach, Servier Deutschland GmbH, München. Für 2019 haben uns die Firmen Hormosan Pharma GmbH Frankfurt und Novartis Pharma GmbH Nürnberg ihre Förderung zugesagt, worüber wir uns besonders freuen. Dank der Unterstützung dieser Firmen bleiben die Teilnahmegebühren für die Teilnehmer der Seminare günstig beziehungsweise bewegen sich angesichts der Dauer der meist ganztägigen Seminare in einem vernünftigen Rahmen, den die Teilnehmer auch bereit sind zu zahlen. Während der Seminare und im Rahmen einer Online-Umfrage Ende 2018 haben im Übrigen viele Kollegen neue Ideen eingebracht, wofür wir uns ebenfalls bedanken möchten.

### Evaluation aller Seminare

Erneut wurden alle Seminare mit Schulnoten bewertet. Die Ergebnisse waren wieder sehr gut mit einer Gesamtnote von 1,3 (Vorjahr 1,5). Die Evaluation umfasste sowohl das Thema als auch die konkrete Umsetzbarkeit in der Praxis, Aktualität, Umfang der vermittelten Themen und die Klarheit der verbalen wie medialen Präsentation. Besonders gut bewerteten die Besucher das Eingehen der Referenten auf Fragen in der Diskussion und die Praxisnähe. Die Seminare in anderen Regionen zu wiederholen, wurde von fast allen Kollegen gewünscht. Interessenkonflikte ergaben sich nicht. Inhaltlich und organisatorisch achten wir natürlich weiterhin auf die speziellen

### Planung der Fortbildungsveranstaltungen 2019

#### — Neurologen und Psychiater-Tage, Hauptthema Stress, 29. bis 31. März in Köln, Seminare zu den Themen:

- „Praxisalltag clever gestalten“, Referent: Dr. Gunther Carl, Stellvertreter der Vorsitzender des BVDN, Kitzingen
- „Migräne“, Referent: PD Dr. Charly Gaul, Chefarzt Migräneklinik Königstein
- „ADHS“, Referentin: Dr. Carolin Zimmermann, Praxis in München
- „Demenz“, Referent: Dr. Jens Bohlken, Praxis in Berlin
- „Neurologische und psychiatrische Begutachtung vor den Sozialgerichten“, Referenten: Prof. Dr. Bernhard Widder, Neurowissenschaftliche Gutachtenstelle, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Willi Johannes Kainz, Vorsitzender Richter am Bayerischen Landessozialgericht, München
- „Diagnostische Entscheidungsfindung im Alltag“, Referent: Prof. Dr. Markus Weih, Vorsitzender der Fortbildungsakademie, Nürnberg
- „Multiple Sklerose“, Referent: Prof. Dr. Stephan Schmidt, Praxis in Bonn

#### — Verkehrsmedizin für den Nervenarzt am 25. Mai in München, Referenten: Harald Hofstetter, Landratsamt München, Dr. Marcus Tieschky, medizinischer Gutachter, Oberschleißheim

#### — Nerven- und Muskelsonografie voraussichtlich im Herbst, Referenten: Dr. Cornelia Möbius, Neurologische Universitätsklinik Erlangen, Dr. Axel Schramm, Praxis in Fürth. Geplant sind die Themen Elektrophysiologie, Neuro- und Psychopharmakologie, Transition ins Erwachsenenalter (Epilepsie, ADHS), Demenz

Bedürfnisse niedergelassener Nervenärzte, Neurologen und Psychiater.

Wir würden uns sehr darüber freuen, wenn Sie auch 2019 (wieder) an unseren Fortbildungen teilnehmen. Nähere Hinweise dazu finden Sie regelmäßig auf den Seiten „Termine“ des NeuroTransmitter und auf der Homepage von BVDN, BDN und BVDP. Außerdem erhalten Sie die Einladungen weiter per E-Mail und Fax. In Planung sind neue Formate wie Webinare für kürzere Themen, um auch Kollegen in ländlichen Regionen besser zu erreichen beziehungsweise örtlich unab-

### Bedarf an Weiterbildung

Eine Online-Umfrage zum Thema Weiterbildungsbedarf im Dezember 2018 ergab Interesse an folgenden Themen (n = 60):

- Neuropsychologische Testung und Therapie (39 %)
- Psychoneuropharmakotherapie, Abrechnung, Wirtschaftlichkeit (38 %)
- Neurologische und psychiatrische Begutachtung vor Sozialgerichten (37 %)
- Nerven- und Muskelsonografie mit praktischen Übungen (33 %)
- Verkehrsmedizin, Fahrtauglichkeit, Gutachtenfragen (32 %)
- Telemedizin in Neurologie und Psychiatrie (30 %)
- ADHS und Autismus (27 %)
- Psychose, Schizophrenie – Leitlinien, Metaanalysen, Innovationen, Psychotherapie (25 %)
- Neuroradiologie, Bildbetrachtungssoftware, Patienten mit CD – Fluch oder Segen? (23 %)
- Botox-Therapie: Einführung und Übung an Modellen (23 %)
- Multiple Sklerose (20 %)
- Transition ins Erwachsenenalter in der Neurologie und Psychiatrie (18 %)
- Morbus Parkinson (18 %)
- Elektroneurografie, evozierte Potenziale mit praktischen Übungen (15 %)
- Epilepsie (15 %)
- Datenschutzgrundverordnung (DSGVO): Was ändert sich für mich? (15 %)

hängig zu sein. Gerne können Sie sich auch an uns wenden, wenn Sie weitere Vorschläge haben oder wenn Sie ein Seminar „vor Ort“ haben möchten. Voraussetzung ist eine Mindestteilnehmerzahl von 15 Personen, damit eine erfolgreiche Organisation der Veranstaltung erfolgen kann.

### AUTOR

#### Prof. Dr. med. Markus Weih

Vorsitzender der Fortbildungsakademie, Vorstand Förderverein Allersberger Straße 89, 90461 Nürnberg

E-Mail: markus.weih@gmx.de



## BVDN-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

# Immer Ärger aus Berlin

Im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern gibt es manche Herausforderungen zu meistern. Doch derzeit bestimmt besonders die Politik aus dem Bund die Diskussionen vor Ort.

**M**it der wirtschaftlichen Situation sind die Nervenärzte, Neurologen und Psychiater in Mecklenburg-Vorpommern derzeit eigentlich ganz zufrieden“, berichtet Dipl.-Med. Ramon Meißner, Vorsitzender des BVDN-Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern aus Sternberg. „Aber nicht mit den Quälgeistern darum herum“, ergänzt er mit Blick auf das geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). An der Versorgung vorbei gehe der Vorschlag, es fehle Sachkenntnis, kritisiert Meißner. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn enge zunehmend die freie berufliche Tätigkeit des Arztes ein, auch im kassenärztlichen Bereich. „Zunehmende Staatsmedizin ist das, was er hier einführen will. Wenn die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts Kassenarztsitze aufkaufen und Versorgung vorhalten muss – mit welchen Ärzten auch immer – dann ist das fast wie Planwirtschaft.“

### Offener Brief aus Mecklenburg-Vorpommern

Über 20 Berufsverbände aus Mecklenburg-Vorpommern haben in einem offe-

nen Brief an Bundesgesundheitsminister Spahn ihren Protest gegen das Gesetzesvorhaben ausgedrückt. „Der Arztberuf darf keine Ware werden, schon gar nicht in den Händen von Kapitalgesellschaften“, wird darin gefordert. Erfahrungen mit dieser Art der Versorgung gebe es in der Krankenhauslandschaft im Land bereits mehr als genug. „Hier gibt es nur noch drei Kliniken, die in öffentlicher Hand sind, alle anderen sind in privater oder freier Trägerschaft“, berichtet Meißner. „Da geht es zunehmend nur noch um Gewinne. Ein Krankenhaus ist zwar offiziell immer noch eine ärztlich geleitete Einrichtung, aber die Mediziner werden immer mehr nur noch zu Vollzugsorganen der Verwaltung.“

Schon aktuell würden Klinikbetreiber massiv in den ambulanten Bereich drängen und MVZ bilden, oft ohne weiteres Personal zu haben. Ein Kassenarztsitz dort bedeutet laut Meißner dann aber weniger Versorgung als durch einen Niedergelassenen, wie die KV Mecklenburg-Vorpommern am Beispiel der kinderärztlichen Versorgung in einer Kreisstadt aufzeigen konnte. „Wenn man die

Freiberuflichkeit begrenzt, tut man sich keinen Gefallen“, sagt Meißner. „Der Selbstständige arbeite immer mit einem anderen Bewusstsein und Verantwortungsgefühl. Wenn ich das untergrabe und abschaffe zugunsten von Kapitalgesellschaften mit der Prämisse der Gewinnmaximierung, wird das der Daseinsfürsorge als Staatsaufgabe nicht mehr gerecht.“

### 25 Sprechstunden – das wär schön

Die Forderung im TSVG nach 25 Sprechstunden pro Woche hält Meißner im Übrigen für komplett wirklichkeitsfremd: „Da müssten wir ja unsere Arbeitszeit verkürzen.“ Bei einem Treffen der Berufsverbände stellte die KV Mecklenburg-Vorpommern kürzlich klar, dass die Forderung eigentlich keinen im Land betreffe. Die durchschnittliche Praxisöffnungszeit betrage in Mecklenburg-Vorpommern 30 bis 35 Stunden. „Und das ist ja nur ein Teil der Arbeitszeit, da kommen Hausbesuche, Befunde schreiben, Abrechnung, Weiterbildung und vieles mehr dazu“, betont Meißner. Aber den Patienten suggeriere die 25-Stun-



Terminservice- und Versorgungsgesetz und Telematikinfrastruktur machen auch den Kollegen in Mecklenburg-Vorpommern das Leben schwer.

Hier steht eine Anzeige.



den-Forderung etwas anderes und sie werden nach den Erfahrungen der Kollegen immer fordernder.

### Sorgenkind ambulante Psychiatrie

Die Bedarfsplanung lässt auf sich warten und das hat in Mecklenburg-Vorpommern besonders für die psychiatrische Versorgung Folgen: Die Nachbesetzung der Nervenarztsitze erfolgt – wenn kein Doppelfacharzt den Sitz übernimmt – inzwischen fast immer durch Neurologen. Deshalb wird es laut Meißner in der psychiatrischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern langsam eng und das nicht nur auf dem Land, sondern auch in größeren Städten wie Rostock und Schwerin. Um die Grundversorgung großflächig abdecken zu können, wäre der „kleine“ Facharzt für Nervenheilkunde wünschenswert, aber die neue Weiterbildungsordnung wird das nicht vorsehen. „Da bin ich schon froh, dass das komplementäre Element geblieben ist, mit einem Jahr Psychiatrie für angehende Fachärzte für Neurologie und einem Jahr Neurologie für Fachärzte für Psychiatrie“, sagt Meißner.

Von der Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für Psychiater und Psychotherapeuten im TSVG erhofft sich Meißner für die schlecht versorgten, eher unattraktiven Regionen nichts. Er geht davon aus, dass Kollegen eher in bevorzugtere Regionen wie rund um Lübeck oder Hamburg gehen, obgleich die Arbeit auf dem Land vielgestaltig ist und die Patienten eher dankbar sind.

Zudem bedauert Meißner, dass die ambulante psychiatrische Pflege, wie es sie in Rostock, Greifswald und Stralsund gibt, immer noch nicht flächendeckend verfügbar sei. „Wenn Kollegen dort das über diese Städte hinaus anbieten wollen, scheitern sie bei der Kostenerstattung. Die Kassen wollen sich nicht an den Fahrtkosten beteiligen. Aber in einem Flächenland haben sie eben lange Fahrtzeiten.“ Das gleiche betreffe die Sozialtherapie: Sie sei zwar verordnungsfähig, es gebe aber leider noch keine entsprechenden Angebote auf dem Land.

### NÄPA-NP in der Warteschleife

Vor zwei Jahren begann in Mecklenburg-Vorpommern die Spezialisierungsqualifikation „Nichtärztliche Praxisassistenz

mit den Schwerpunkten Neurologie und Psychiatrie“ (NÄPA NP). Zwölf medizinische Fachangestellte haben ihren Abschluss gemacht, wobei der BVDN-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern seine Mitglieder mit jeweils 500 € unterstützte. Die Kollegen berichten, dass die NÄPA sehr zufrieden seien und die Patienten von der Qualifizierung profitierten. Das Dilemma bleibe die Finanzierung: Der einzige Vertrag bestehe mit der TK. „Aber das sind hier in Mecklenburg-Vorpommern nur wenige Patienten“, betont Meißner. Weil die Weiterbildung bundeseinheitlich neu geordnet und die Honorierung im nächsten EBM neu geregelt werden soll, gebe es derzeit weder weitere Vertragsverhandlungen noch Qualifizierungen, aber die Aussicht auf baldige Abhilfe.

### Reizwort Telematikinfrastruktur

Bis Mitte des Jahres sollen alle Praxen an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sein. Das sei insbesondere für ältere Kollegen ein Problem, weiß Meißner und wünscht sich eine Übergangsregelung. „Wenn Kollegen innerhalb von zwei Jahren in Ruhestand gehen und wissen, sie finden niemanden für die Praxisübernahme, werden sie das nicht einführen wollen.“ Seine Erwartungen sind außerdem nicht hoch. Die Videosprechstunde beispielsweise helfe dem Patienten wenig, glaubt er. Eine Zeitersparnis für den Arzt gebe es auch nicht – ob 10 bis 20 Minuten in der persönlichen Sprechstunde oder in der Videokonferenz, das bleibe sich gleich. „Es gibt nur mehr Unsicherheit, weil ich den Patienten nicht unmittelbar sehe und erlebe“, gibt Meißner zu bedenken und beklagt die bruchstückhafte Technologie, die seit 1. Januar 2019 sowieso erst einmal nur zum Abgleich der Stammdaten mit der Krankenkasse genutzt werden kann.

### Junge Ärzte braucht das Land

Das Problem des Nachwuchsmangels in der Niederlassung brennt dem BVDN-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern wie anderen Landesverbänden und den Kliniken auch unter den Nägeln. „Die jungen Fachärzte haben Bedenken, in die Niederlassung zu gehen“, sagt Meißner. „Sie sind hoch spezialisiert, beispielsweise für Stroke Units. Die

Grundversorgung kommt in der Weiterbildung oft zu kurz.“ Er sei daher sehr für die Forcierung der Verbundweiterbildung durch Kliniken und Niedergelassene gemeinsam. Dann könnten die jungen Kollegen aus eigener Anschauung entscheiden, ob sie in Klinik oder Niederlassung tätig werden wollen. Gleichzeitig könne das auch die spätere Kommunikation zwischen Klinik und Niederlassung verbessern. „Aktuell glauben manche in der Klinik tätigen Kollegen ja, sie machen ambulante Versorgung“, meint Meißner. „Aber die Begleitung von Patienten und Familien über Jahre hinweg in ihrer Umgebung ist etwas ganz anderes. Das ist viel weitreichender und differenzierter als die auf den aktuellen Krankheitszustand reduzierte Versorgung in der Klinik.“ Und hinsichtlich der aktuellen Herausforderungen sei er für Pragmatismus: „Man muss eben sehen, dass man eine vernünftige ambulante Versorgung mit den Kolleginnen und Kollegen, die da sind, gestaltet. Den meisten macht ihre Arbeit doch immer noch größtenteils Spaß.“

Bislang war die Gesellschaft für Nervenheilkunde des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit ihrer Jahrestagung ein guter Ort für Austausch und Diskussion mit Vertretern von Kliniken, Ambulanzen, Niedergelassenen und Rehakliniken. 2018 entfiel allerdings diese Tagung. Die 77. Jahrestagung findet nun am 15./16. März 2019 in Greifswald statt und Meißner hofft, dass dann auch wieder mehr Teilnehmer aus der Ober- und Facharztsebene aus den Kliniken kommen. Für diese sowie die Weiterbildungsassistenten wird der BVDN-Landesverband ein Seminar unter dem Motto „Praxisalltag – Alltag in der Niederlassung“ gestalten.

#### AUTORIN

##### Friederike Klein

Wissenschaftliche  
Fachkommunikation  
Landwehrstraße 31  
80336 München

E-Mail: klein.friederike@mnet-online.de



# Rund um den Beruf

Telematikinfrastuktur und elektronische Patientenakte

## Zentrale Datenspeicherung von Patientendaten unsicher

Während bis zum 31. März 2019 die Telematikinfrastuktur bestellt sein muss, um Honorarabzug zu vermeiden, geht die elektronische Patientenakte in Vorbereitung. Ein kürzlich von einem IT-Spezialisten gehaltener Vortrag zu diesem Thema wirft viele Fragen auf.

**B**is Ende März 2019 sollen Ärzte und Psychotherapeuten die Soft- und Hardware für die Installation der Telematikinfrastuktur (TI) bestellt haben, sonst droht ab dem 1. Juli 2019 der im eHealth-Gesetz verankerte und nun im Plegestärkungsgesetz terminlich neu geregelte Honorarabzug von 1 %. Zudem sollen im jetzt vom Gesetzgeber beratenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet werden, spätestens zum 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte anzubieten, die dann auch ohne Gesundheitskarte nutzbar wäre. Während die TI weiterhin auf gro-

ße Skepsis stößt, wirft der Vortrag eines IT-Spezialisten Ende Dezember 2018 viele Fragen zur Sicherheit schon verfügbarer elektronischer Gesundheitsakten auf. Ende November waren laut einer Umfrage des Bayerischen Facharztverbands 79 % der 826 Praxen, die geantwortet hatten, noch nicht an der Telematikinfrastuktur angeschlossen [1].

### Weiter Widerstand gegen TI

18 % wollten demnach die Installation komplett verweigern, 55 % noch abwarten. 45 % der bereits angeschlossenen Praxen berichteten von Problemen mit dem System. Ähnliche Quoten hatte zu-

vor auch eine Umfrage von MEDI ergeben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung war im Oktober noch davon ausgegangen, dass bis zum Jahresende maximal ein Drittel der rund 150.000 Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxen an die TI angeschlossen sein würden. Über die Hälfte der Praxen scheint also noch zu zögern oder die TI ganz abzulehnen.

Die Initiative „Freiheit für 1 %“, die sich gegen den Zwang zur Installation der TI ausspricht, konnte Ende November in Berlin 1.000 Unterschriften von Ärzten und Psychotherapeuten an Gesundheitsminister Jens Spahn überge-

Angesichts zahlreicher Datenschutzskandale und Cyberangriffe ist vielen Kollegen weiterhin die zentrale Datenspeicherung auf Servern der Telematik nicht geheuer.



© Coloures-pic / Fotolia

ben. Insbesondere viele Psychiater, Psychotherapeuten und Kinderärzte sind weiterhin sehr skeptisch, was den Umgang mit den sensiblen Patientendaten angeht. Aber auch andere Fachgruppen beteiligen sich am Widerstand gegen die TI. So wurde eine von der IG Med zum Jahreswechsel initiierte Online-Petition innerhalb weniger Wochen von über 16.000 Praxisinhabern und Patienten unterstützt. Auch die Freie Ärzteschaft lehnt die TI weiterhin ab.

### Fragwürdiger Umgang mit Daten

Gerade angesichts zahlreicher Datenschutzskandale und Cyberangriffe ist vielen Kollegen weiterhin die zentrale Datenspeicherung auf Servern der gematik nicht geheuer. So waren Mitte November Hunderte Computer am Kreis-krankenhaus Fürstentfeldbruck in Oberbayern über zwei Wochen durch einen Trojaner lahmgelegt, was zur Umleitung etlicher Notfallpatienten in andere Häuser und zu vermehrter schriftlicher Handarbeit führte [2].

Am 4. Januar 2019 wurden Telefonnummern, Chatverläufe, Kontoverbindungen und andere Daten von über 100 Prominenten und Politikern publik. Dies veranlasste Wolfgang Krombholz, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), sich noch am selben Tag mit einem offenen Brief an Gesundheitsminister Jens Spahn zu wenden. „Was hier mit den Daten ausgewählter, im Licht der Öffentlichkeit stehender Personen passiert ist, könnte auch mit den intimen Gesundheitsinformationen unserer Patientinnen und Patienten geschehen“, so Krombholz [3].

Nicht einmal zwei Tage vorher jedoch hatte die Digitalisierungsbeauftragte der Bundesregierung, Dorothee Bär (CSU), Abstriche beim Datenschutz gefordert, um die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Deutschland hätte demnach mit „die strengsten Datenschutzgesetze weltweit“, was Entwicklungen im Gesundheitswesen blockiere. Deshalb, so Bär, müsste man „an der einen oder anderen Stelle abrüsten, einige Regeln streichen oder lockern“ [4].

Verwiesen wurde dabei auch auf eine Studie der Bertelsmann-Stiftung, wonach Deutschland bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens auf Platz 16

von 17 untersuchten Staaten gelandet war. Die Aussagekraft der Studie relativiert sich allerdings alleine schon dadurch, dass die Bertelsmann-Tochter Arvato die Server bei der gematik stellt. Übersehen hat Bär bei ihrer Äußerung offenbar überdies, dass Datenschutz spätestens seit Wirksamwerden der Datenschutzgrundverordnung europaweit geregelt ist und Deutschland hier keine Ausnahme darstellt. Die Diskussion über Datenschutz mag hierzulande ausgeprägter sein, was angesichts zahlreicher Datenschutzskandale in der Vergangenheit jedoch nicht übertrieben erscheint.

Tino Sorge wiederum, Mitglied des Bundestags und Berichterstatter der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für Digitalisierung und Gesundheitswirtschaft (also nicht im Gesundheitswesen!), hat am 10. Dezember 2018 gar ein Positionspapier vorgelegt, unter dem Titel „Datenspenden könnten die Organspenden des 21. Jahrhunderts werden“ [5]. Er schlug ein „digitales Testament“ sowie einen „Datenspendeausweis“ vor, beides dann bei den Krankenkassen hinterlegt, um wissenschaftliche Forschung zu verbessern. Ebenso möchte er den Krankenkassen weitergehende Zugriffsrechte auf Versichertendaten einräumen: „Darum sollte Krankenkassen die zusammengeführte Auswertung bislang getrennter Routinedaten in Zukunft erlaubt werden. Zudem sollten die bisher zu kurzen Datenlöschfristen mindestens auf die volle Lebenszeit des Versicherten ausgeweitet werden.“

Passend dazu meinte Gesundheitsminister Jens Spahn auf der KBV-Dialogveranstaltung im Januar, dass es nicht darum gehe, dass der Patient zuallererst seine Patientenakte steuere. Bisher allerdings hatte die Forderung etwa des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen gelautet, der Patient solle Herr seiner Daten sein. Der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach hatte zuvor bereits vorgeschlagen, dass Patienten, die ihre Daten freigäben oder auch ihre Suchverläufe im Internet, dann Angebote von Krankenkassen oder Drittanbietern bekommen könnten, zum Beispiel zu möglichen Betreuungsangeboten, Zusatzuntersuchungen, Hilfsmitteln und Medikamenten [6].

Spahn hatte zeitgleich auf einer Podiumsdiskussion in Düsseldorf gar damit gedroht, dass derjenige im Jahr 2025 nicht mehr dabei sein werde, der wolle, dass alles noch so sei wie in 2009 [7]. Sein Ziel ist demnach sogar, dass künftig alles biometrisch laufe, „weil wir schon jetzt zu viele Karten mit uns rumschleppen“. Diese und ähnliche Zukunftsvisionen gilt es im Blick zu behalten, wenn nun im TSVG die Krankenkassen zum Angebot einer elektronischen Patientenakte spätestens ab 2021 verpflichtet werden. In etlichen bisher schon verfügbaren Gesundheitsapps bestehen jedoch deutliche Sicherheitslücken, weshalb ausführlicher darauf einzugehen ist, auch wenn es vielleicht nur Anfangsfehler sein mögen.

### Sicherheitslücken bei „Vivy“ und anderen Gesundheitsapps

Die versprochene Verwaltung der eigenen Krankheitsdaten über Tablet und Smartphone erscheint fortschrittlich und modern, wenngleich bisher Patienten wohl nur in seltenen Fällen nach dieser Möglichkeit nachfragen. Sechs Wochen, nachdem im Herbst die Gesundheitsapp „Vivy“ mit genau diesen Möglichkeiten von mehreren Krankenkassen insgesamt 13,5 Millionen Versicherten angeboten worden war, wurde bereits über Sicherheitslücken berichtet [8]. Martin Tschirsich von der schweizerisch-deutschen IT-Sicherheitsfirma Modzero führte diese in einem Vortrag beim Chaos-Computer-Club am 27. Dezember 2018 näher aus [9]. Über einen einfach zu hackenden Zugangslink zur Vivy-Daten-Cloud ließen sich demnach Metadaten des Patienten wie Name und Adresse sowie auch Name und Spezialitäten des behandelnden Arztes rekonstruieren. Die Einsicht in die Dokumente an sich, also die eigentlichen Daten, war wiederum nur über eine vierstellige PIN möglich, was aber ebenso kein großes Hindernis darstellt. Sicherungen beim Austausch von Dokumenten zwischen Versicherten oder dem Versicherten und dem Arzt waren ferner überwindbar. Insgesamt hätten sich über 15 Befunde hoher Unsicherheit gezeigt.

Vor Veröffentlichung des technischen Berichts fanden Gespräche mit den Verantwortlichen von Vivy statt. Dennoch

wurde dann von Vivy der Öffentlichkeit mitgeteilt, dass ein reales Risiko für die Sicherheit der Gesundheitsakten der Nutzer zu keinem Zeitpunkt bestanden hätte. Tschirsich berichtete weiter, dass Vivy – im Übrigen zu 70 % im Besitz der Allianz-Versicherung – zudem allen Online-Berichterstatlern die Veröffentlichung falscher Meldungen vorgeworfen, dafür auch in zahlreichen Redaktionen angerufen und eine Rücknahme der Berichte gefordert hätte, was von anderer Seite wiederum aufgedeckt worden sei. Einige Fehler seien mittlerweile behoben, dennoch bestünden weiter angreifbare Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsdokumenten. Wie Tschirsich betonte, ist Vivy offenbar ein Testballon der Krankenkassen für die Akzeptanz der elektronischen Patientenakte, die nun bis spätestens 2021 von den Krankenkassen angeboten werden soll, ebenso über die TI läuft, und daher von den Ärzten genutzt werden muss. Allerdings würden auch Konkurrenzangebote etliche Sicherheitsmängel aufweisen. So erfüllt das seit 2011 existierende „vitabook-Gesundheitskonto“ von Microsoft auch 2018 nicht das Versprechen von „Datensicherheit, Datenschutz und Compliance auf höchstem Niveau“. Bei einer wiederum von einem Hausarzt erstellten Lösung unter [www.meinarztdirekt.de](http://www.meinarztdirekt.de) ließ sich eine Rechnung zwar nicht öffnen, aber drucken, was somit ebenso den Zugang zum Dokument ermöglichte.

Die „TeleClinic“, angeboten von docdirect, verspricht zwar über ein vierstufiges Sicherheitssystem „die höchste Datensicherheit Deutschlands“, so Tschirsich, dennoch ließ sich hier von außen relativ einfach ein Passwort ändern und somit ein Zugang ermöglichen. Bei „TK-Safe“ wiederum, angeboten von der Techniker Krankenversicherung und noch in der Beta-Phase, bestehe zwar richtigerweise eine End-zu-End-Verschlüsselung. Um aber noch Zugang zu den Daten nach einem etwaigen Verlust des Handys und damit des Sicherheitschlüssels zu haben, werde man aufgefordert, diesen zu exportieren und als QR-Code in der Galerie zu speichern. Diese wiederum ist öffentlich und beispielsweise auch für Google zugänglich. Auch bei Profis, die lange im Geschäft seien, wie etwa der CGM mit der App „CGM Life“,

konnte Tschirsich etliche Sicherheitslücken finden. So stellte beispielsweise eine sechsstellige PIN für den Zugang zu Dokumenten kein großes Hindernis dar.

### **Datensicherheit ein Wettbewerbsnachteil?**

Das Fazit des Vortrages von Tschirsich, dass es vollständige Sicherheit nicht geben kann, ist so banal wie folgenreich. In den USA waren von 2014 bis 2017 jährlich rund 30 Millionen Patientenakten von Cyberangriffen betroffen, in Norwegen drei Millionen Patientenakten allein im Jahr 2018. In Dänemark wiederum, so Tschirsich weiter, seien 2016 versehentlich zwei CD mit fast allen medizinischen Daten der Bevölkerung bei der chinesischen Visumsstelle in Kopenhagen gelandet. Strengere Prüfungen, Normen und Zertifikate, wie sie daher zu fordern wären, hätten bei den genannten Apps das Problem nicht beheben können. So habe Vivy etwa vor Veröffentlichung der Lücken ein Datenschutzgutachten mit Gütesiegel bekommen sowie eine Sicherheitsprüfung mit TÜV-Zertifikat, was sich als wenig hilfreich erwiesen habe. Und hätten er und sein Vorgesetzter die Mängel bei Vivy nicht veröffentlicht, hätte niemand etwas davon erfahren, denn eine Meldepflicht an Aufsichtsbehörden bestehe nicht.

Sicherheit sei ein Wettbewerbsnachteil, so Tschirsich weiter. Die Patientenakte, deren Spezifikationen jetzt von der gematik erstellt würden, sei zwar vielleicht sicher. Dies sei aber für Anbieter nicht relevant. Denn diese könnten genauso gut eine Gesundheitsakte anbieten, die diese Normen umgehen würde und zudem wohl mehr nachgefragt werde, da sie für Patienten über Smartphone einfacher nutzbar sei als eine Patientenakte mit Zugang über die elektronische Gesundheitsakte. Fazit: „Die sicher spezifizierte Akte wird niemand nutzen“. Die gematik wird daher bis Ende März Spezifikationen für eine Nutzung der elektronischen Patientenakte ohne die Versicherungskarte erstellen.

Ein grundlegendes Problem sei weiter, dass Gesundheitsdaten nicht mit Bankdaten gleichzusetzen seien. Es entstünde nicht unbedingt ein finanzieller Schaden, aber ein langfristiger sowie gesellschaftlich relevanter Schaden, weil

die Daten dann eben langfristig in der Welt und auch langfristig von Wert seien. Zugleich seien gesellschaftlich relevante Folgen möglich, wie etwa Einreiseverbote von Ländern für HIV-Infizierte. Er erinnerte dabei an die zukünftig vielleicht gegebene Möglichkeit, sequenzierte Genom-Daten auf Apps zu speichern. Ein Problem sei des Weiteren, dass keine kontinuierlich sicheren Datenspeicher existieren würden. Zur Frage, was Ärzten zum Datenaustausch denn sonst für die nächsten zehn Jahre angeboten werden könne, empfahl Tschirsich ein möglichst dezentrales Vorgehen, nicht über zentrale Datenspeicher wie aktuell vorgesehen. Dafür könne er nichts empfehlen. Das nüchterne Fazit eines IT-Spezialisten: „ausdrucken und mitnehmen“.

### **Drohung für die Zukunft**

Die elektronische Gesundheitsakte, abseits der Gesundheitskarte, wird also kommen. In einem Zeitungsbeitrag wurde sie bereits angemahnt: „Wer sich der elektronischen Gesundheitsakte bei erfolgreicher Implementierung trotz jeglicher Sicherheitsvorkehrungen verweigert, sollte zwar zunächst keinen spürbaren Qualitätsverlust der Behandlung per se erleiden, käme aber auch nicht in den Genuss eines schnelleren und bequemeren Behandlungsablaufs. Längerfristig muss man allerdings damit rechnen, dass mangelndes Vertrauen mit Einbußen in der Behandlungsqualität vergolten wird“ [10]. Mit Blick auf diese Zwangsdigitalisierung lohnt sich auch weiterhin eine kritische Bewertung der gegenwärtigen Allheilerwartungen an Internet und Elektronik.

#### **AUTOR**

**Dr. med. Andreas Meißner**

Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Tegernseer Land-  
straße 49  
81541 München

E-Mail: [psy.meissner@posteo.de](mailto:psy.meissner@posteo.de)



### Literatur

1. Schneider K. Umfrage des BFAV. 79 Prozent haben noch keinen TI-Anschluss. Auf [www.aend.de](http://www.aend.de), 20.11.2018.
2. k.A. Klinik schränkt nach Virusattacke Betrieb ein. In: Süddeutsche Zeitung, 16.11.2018.
3. Knoop S. Offener Brief nach Hackerangriff. KVB-Chef fordert Spahn zu „Umkehr und Neubestimmung auf“. Auf [www.aend.de](http://www.aend.de), 04.01.2019.
4. Kaiser T. Elektronische Patientenakte. Dorothee Bär will Datenschutz für Patienten lockern. In: WELT online, 23.12.2018.
5. Sorge T. Positionspapier „Datenspende könnten die Organspende des 21. Jahrhunderts werden“, auf: [www.tino-sorge.de](http://www.tino-sorge.de), abgerufen am 06.01.2019.
6. k.A. Trotz Groko-Krise: Lauterbach will jetzt erst recht durchziehen. Auf [www.aend.de](http://www.aend.de), 06.11.2018.
7. Schwarz T. Spahn: „2025 wird ärztliches Tun anders aussehen“. Auf [www.aend.de](http://www.aend.de), 01.11.2018.
8. Schwinn M., Tanriverdi H. Patientendaten in Gefahr. In: Süddeutsche Zeitung, 31.10.2018.
9. Tschirsich M. All Your Gesundheitsakten Belong To Us. „So sicher wie beim Online-Banking“: Die elektronische Patientenakte kommt – für alle. Vortrag beim Chaos Computer Club, 27.12.2018, auf: [https://media.ccc.de/v/35c3-9992-all\\_your\\_gesundheitsakten\\_are\\_belong\\_to\\_us#t=52](https://media.ccc.de/v/35c3-9992-all_your_gesundheitsakten_are_belong_to_us#t=52),
10. Abuba C. Elektronische Gesundheitsakte: Angst vor Datenmissbrauch hemmt Fortschritt im Gesundheitswesen. In: WELT online, 26.11.2018.



#### 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](mailto:bvdn.bund@t-online.de)

**D**er Anteil von teilzeitbeschäftigten Mitarbeiterinnen unter den medizinischen Fachangestellten nimmt immer weiter zu. Gleichzeitig sind Arzthelferinnen auf dem Arbeitsmarkt vor allem in Großstädten derzeit schwer zu finden. Viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen müssen lange suchen, bis sie eine neue Mitarbeiterin finden, die beispielsweise zur Vertretung während einer Schwangerschaft kommt oder das Team aufstockt. Daher bestimmen nicht nur die „weichen“ Praxismerkmale, wie kooperativer Führungsstil, Möglichkeit zu selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Tätigkeiten, Mitsprache bei Qualitätsmanagement, Dienst- und Urlaubszeiten, Praxisausflüge und attraktive Fortbildungen die Bonität des Arbeitsplatzes in einer Arztpraxis, sondern auch ökonomische Faktoren. In gefragten Ballungsgebieten wird häufig übertariflich bezahlt oder man nutzt steuerliche Vorteile aus. Hierzu haben wir bereits ausführlich berichtet (NeuroTransmitter 2018(29)7-8:20–21). Ab 2019 hat der Gesetzgeber einige Änderungen bei den Arbeitgeberleistungen beschlossen, die Sie beachten sollten.

#### Zuschuss für öffentliche Verkehrsmittel

Vom Arbeitgeber gewährte Zuschüsse und Sachbezüge zu den Aufwendungen der Arbeitnehmer für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel zwischen Wohnung und erster Arbeitsstätte sind seit dem 1. Januar 2019 steuerfrei, wenn sie zusätzlich zum geschuldeten Arbeitslohn ausgezahlt werden. Diese Steuerbe-

## Der Arzt als Arbeitgeber

# Das ändert sich in steuerlicher Hinsicht 2019

Der Gesetzgeber hat 2019 einige Änderungen bei den Arbeitgeberleistungen beschlossen. Nicht zuletzt um als Arbeitgeber attraktiv zu bleiben, sollten Sie erwägen, ob Ihre Angestellten von den neuen Regelungen profitieren könnten.

günstigung gilt auch für Privatfahrten im öffentlichen Nahverkehr. Die steuerfreien Leistungen der bisherigen Job-Tickets werden auf die Entfernungspauschale angerechnet. Es soll damit verhindert werden, dass eine Bevorteilung gegenüber Arbeitnehmern stattfindet, die diese Aufwendungen aus ihrem zu versteuernden Einkommen selbst bezahlen. Werden die gewährten Zuschüsse lediglich durch Umwandlung des ohnehin geschuldeten Arbeitslohns finanziert, sind sie nicht steuerbefreit.

#### Gleitzone nregelung

Beschäftigte mit einem geringen Verdienst sollen ab dem 1. Juli 2019 hinsichtlich ihrer Sozialbeiträge entlastet werden. Es wird der Begriff „Übergangsbereich“ geschaffen, der damit die bisherige „Gleitzone nregelung“ ablöst. Es handelt sich hierbei um Arbeitsentgelte zwischen 450,01 € und 1.300,00 € pro Monat (zuvor waren es 450,01 € bis 850,00 €). Dies trifft in unseren Praxen insbesondere für Schreibkräfte, Wiedereinstiegskräfte nach Schwangerschaft oder Kinderpause sowie Reinigungspersonal zu.

#### Neuer Mindestlohn

Der Mindestlohn bei einem Minijob wurde ab dem 1. Januar 2019 von 8,84 € auf 9,35 € pro Stunde angehoben. Am 1. Januar 2020 wird sich dann der Mindestlohn auf 9,90 € pro Stunde erhöhen. Damit wird also bei 450-Euro-Kräften die Verdienstgrenze rascher erreicht und die Stundenanzahl muss gegebenenfalls angepasst werden.

#### Förderung eines Dienstfahrrades

Der Arbeitgeber kann seit dem 1. Januar 2019 dem Arbeitnehmer ein betriebliches Fahrrad steuerfrei überlassen, sogar Elektrofahrräder sind einbezogen, sofern sie nicht schneller als 25 km/h fahren.

#### Gesundheitsförderung

Bis zu 500 € jährlich sind zur Gesundheitsförderung des Arbeitnehmers als Zuschuss durch den Arbeitgeber steuerfrei, sofern sie zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn bezahlt werden. Die gewählte Gesundheitsmaßnahme muss zertifiziert sein.

Bitte fragen Sie vor der Anwendung dieser Regelungen zuvor ihren Steuerberater, denn im Einzelnen sind weitere Bedingungen und „steuerliche Feinheiten“ zu beachten.

#### AUTOR

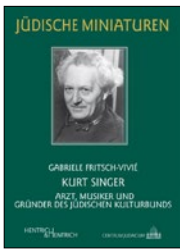
**Dr. med.  
Gunther Carl**

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

E-Mail: [carlg@t-online.de](mailto:carlg@t-online.de)



## Berührende Biografie Kurt Singers



Gabriele Fritsch-Vivié  
**Kurt Singer  
Arzt, Musiker und  
Gründer des  
Jüdischen  
Kulturbundes**

Verlag Hentrich &  
Hentrich, 2018  
Preis: 12,90 €  
ISBN: 978-3-95565-256-2

Vom Titel des kleinen Bändchens schaut uns mit verschmitztem Lächeln ein selbstbewusst wirkender grauhaariger Mann mit Künstlermähne an: Dr. Kurt Singer (1885–1944), der als „Arzt, Musiker und Gründer des jüdischen Kulturbundes“ vorgestellt wird.

Im Jahre 1908 begann Singer seine Weiterbildung in der Nervenlinik der Charité, zwischen 1910 und 1920 veröffentlichte er mehrere Beiträge zu neurologisch-psychiatrischen Themen.

Der erste Weltkrieg, in dem er in einer „Nervenstation des Kriegslazarets“ diente, war auch für Singer ein einschneidendes Erlebnis. 1918 beschrieb er in „Prinzipien und Erfolge der aktiven Therapie bei Neurosen“ seine Ideen zu therapeutischen Ansätzen bei „Kriegsneurosen“. Auch danach beschäftigte er sich noch mit den Folgen des Krieges und mit dem, was wir heute eine posttraumatische Belastungsstörung nennen würden. Seine Überlegungen veröffentlichte er unter dem Titel

„Wesen und Bedeutung der Kriegspsychosen“.

Der Großteil der Biografie ist dem Musiker und Theatermann Singer gewidmet, der sich mit seiner psychiatrischen Erfahrung sowie seiner Begabung und Begeisterung für die Musik besonders mit den speziellen Berufskrankheiten von Musikern beschäftigte. 1923 erhielt er einen Lehrauftrag an der Staatlichen Hochschule für Musik über die „Berufskrankheiten der Musiker und die Grenzgebiete zwischen Musik und Seelenleben“, 1926 erschien sein Buch „Die Berufskrankheiten der Musiker“.

Nach dem Ersten Weltkrieg bis 1933 war Singer als Kritiker, als Regisseur von Opern und schließlich auch als Intendant der Deutschen Oper in Charlottenburg tätig. 1933 war er Mitbegründer des „Jüdischen Kulturbundes“. Das alles wurde durch die Machtübernahme der Nationalsozialisten sowie das gesellschaftliche Klima immer weiter eingeschränkt oder ganz beendet.

Im Jahr 1938 reiste Singer in die USA und hoffte (vergeblich, wie sich zeigte), dass ihm ein „Transfer“ des jüdischen Kulturbundes in die USA gelingen könnte. In den USA erreichte ihn die Nachricht von den Nazi-Pogromen in Deutschland. Er wurde von Freunden davor gewarnt, nach Berlin zurückzukehren und reiste daraufhin nach Amsterdam. Von dort aus versuchte er verzweifelt, ein Visum für die USA zu bekommen, was ihm schließlich auch ge-

lang. Er konnte das Visum jedoch nicht mehr abholen, da inzwischen die USA in den Krieg eingetreten und die amerikanischen Konsulate geschlossen waren.

1943 wurde Singer nach Theresienstadt deportiert, wo er noch Vorträge hielt und Klavierkonzerte gab, bis er im Winter 1943/44 erkrankte und am 7. Februar 1944 starb.

Natürlich wissen wir alle etwas über die schreckliche Zeit der Nazidiktatur und die grauenvollen Dinge, die insbesondere den jüdischen Mitbürgern angetan wurden. Trotzdem ist es noch einmal anders berührend, die Geschichte dieses psychiatrischen Kollegen mit außergewöhnlichen musischen Begabungen zu lesen, und sich zu fragen, wie man selbst sich in einer ähnlichen Situation verhalten hätte. Und warum ist Singer 1938 aus freien Stücken nach Europa zurückgekehrt? Schätzte er die Situation falsch ein? Gab es in den USA niemanden, der ihm hätte helfen können, dort zu bleiben? Fühlte er sich verpflichtet, von seinem Lebenswerk in Deutschland zu retten was vielleicht zu retten war? Oder war es der Gedanke, lieber mit seinem Lebenswerk zusammen unterzugehen, als von Ferne dessen Untergang beobachten zu müssen? War es womöglich eine bewusste Suizidhandlung? Oder hoffte er gar, wider besseren Wissens, dass er irgendwie verschont bleiben würde? Alle diese Fragen werden offen bleiben müssen. Dennoch lohnt es jedenfalls, dieses kleine Bändchen zu lesen.

**Dr. med. Roland Urban, Berlin**  
Schriftführer des BVDN

## Kleinanzeigen aus der Praxis

### Praxisbörse

**FA für Neurologie oder Nervenheilkunde (m/w) in Berlin** für langfristige Anstellung über 10 bis 20 Stunden in der Woche ab April 2019 gesucht. **Kontakt:** 0176 80016388.

**Raum Bodensee. Arbeiten wo andere Urlaub machen.** Große Einzelpraxis mit neurologischem Schwerpunkt sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt FA für Neurologie/Psychiatrie (m/w) in Teilzeit bei

flexiblen Arbeitszeiten und sehr guter Bezahlung. **Kontakt:** alois.rauber@t-online.de oder telefonisch unter 07544 9523120 und 0170 4466905 (Dr. Alois Rauber, FA für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Gesundheitszentrum Markdorf: www.gz-markdorf.de)

*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: [bvdn.bund@t-online.de](mailto:bvdn.bund@t-online.de).

**Einsendeschluss: 22. März 2019**

# Fortbildung

Autofahren ist für viele Menschen ein Synonym für selbstbestimmte Mobilität.

Sicht der Fahrerlaubnisbehörde und die Umsetzung in der Praxis

# Fahreignung bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems

Kurt Tucholsky hat einmal gesagt: „Der Deutsche fährt nicht wie andere Menschen. Er fährt, um Recht zu haben.“ Dieses Zitat fasst im Prinzip die tägliche Praxis und die rechtlichen Problematiken der zirka 665 Fahrerlaubnisbehörden in Deutschland zusammen.

HARALD HOFSTETTER

Neben der Anordnung von medizinisch-psychologischen Gutachten bei Alkohol-, Betäubungsmittel- oder Verkehrsdelikten hat die Überprüfung von Fahrerlaubnisbewerbern respektive -inhabern mit fahreignungsrelevanten Erkrankungen in der vergangenen Jahren immer größere Bedeutung erlangt. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass die Forschung in der Humanmedizin in den vergangenen Jahrzehnten erhebliche Fortschritte gemacht hat, und dass dadurch nicht nur die Lebenserwartung der Bevölkerung gesteigert, sondern auch die Phase der Mobilität erheblich verlängert wurde.

Personen, die aufgrund bestimmter Erkrankungen noch vor 20 oder 30 Jahren komplett fahrungsunfähig waren, können heutzutage dank moderner Therapien unter Auflagen oder sogar uneingeschränkt ein Kraftfahrzeug führen. Jedoch ist die Vereinigung oder Umsetzung der bisherigen beziehungsweise der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse mit den geltenden Vorschriften des Straßenverkehrsgesetzes (StVG) und der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) eine wahre Sisyphusarbeit, mit der nicht nur die Mediziner, sondern auch die Sachbearbeiter in den einzelnen Fahrerlaubnisbehörden zu kämpfen haben.

## Allgemeine Grundsätze im Fahrerlaubnisrecht

### Eignung und Befähigung zum Führen von Kraftfahrzeugen

Die Fahrerlaubnisbehörden haben bei jedem Fahrerlaubnisbewerber beziehungsweise -inhaber zu prüfen, ob die beantragte Fahrerlaubnis erteilt oder eine erteilte Fahrerlaubnis entzogen werden muss. Um dies entscheiden zu können, muss immer geklärt werden, ob der Bewerber/Inhaber einer Fahrerlaubnis die erforderliche Eignung und/oder Befähigung zum Führen eines fahrerlaubnispflichtigen Fahrzeugs besitzt.

Die Befähigung zum Führen eines erlaubnispflichtigen Fahrzeugs setzt ausreichende Kenntnisse der Verkehrsregeln und Vertrautheit mit der Bedienung eines Fahrzeugs voraus; dies wird durch eine theoretische und praktische Prüfung dokumentiert (§ 15 Abs. 1 FeV). Die Fahreignung wird hingegen in der Regel nicht gesondert überprüft. Jedoch muss eine Person die geistigen, körperlichen und charakterlichen Anforderungen hierfür erfüllen, sodass bei jedem Fahrerlaubnisbewerber zumindest das Sehvermögen überprüft und eine Auskunft aus dem Fahreignungsregister angefordert wird. Gemäß § 2 Abs. 4 StVG ist

derjenige zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet, der die notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt und nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat. Die Eignung wird vom Gesetz positiv als Voraussetzung für die Erteilung der Fahrerlaubnis gefordert [1].

### Zweifel an der Fahreignung

Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen (§ 11 Abs. 2 Satz 1 FeV). In der Fahrerlaubnisverordnung wird in der Regel der Terminus „Fahrerlaubnisbewerber“ verwendet. Allerdings werden – mit wenigen Ausnahmen – an den Fahrerlaubnisinhaber dieselben Maßstäbe gesetzt wie an den Fahrerlaubnisbewerber. Dies ergibt sich aus dem § 46 Abs. 3 FeV. Er besagt, dass die §§ 11 – 14 Anwendung finden, wenn Tatsachen bekannt werden, die Bedenken

an der Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen eines Fahrerlaubnisinhabers begründen. Hierbei ist es wichtig, dass die Tatsachen nur Bedenken an der Kraftfahreignung begründen, sie jedoch nicht bereits beweisen müssen. Zwar dürfen die Fahrerlaubnisbehörden nicht „ins Blaue hinein“ die Beibringung ärztlicher Bescheinigungen fordern, aber es sind auch kein konkreter Nachweis eines Mangels [2] und keine „massiven Anhaltspunkte“ erforderlich [3]. Vielmehr muss sich für den Sachbearbeiter der Fahrerlaubnisbehörde in der Gesamtbeurteilung des Einzelfalls ein Zweifel an der Kraftfahreignung des Betroffenen ergeben.

Eine genaue rechtliche Definition von Eignungsbedenken begründenden Tatsachen gibt es in der FeV nicht. Die Fahrerlaubnisbehörden haben daher darauf zu achten, ob belast- und nachprüfbar oder nur wertende Angaben vorliegen. Ferner umschreibt § 11 Abs. 2 Satz 2 FeV für die körperliche und geistige Eignung, die zur Begründung von Zweifeln nötigen Tatsachen als solche, die auf eine Erkrankung oder einen Mangel nach der Anlage 4 oder 5 der FeV hinweisen [4]. Bei der Anlage 4 zur FeV handelt es sich um eine exemplarische Aufzählung von Erkrankungen, die geeignet sind, die Fahreignung einzuschränken oder gar komplett auszuschließen. Diese Aufstellung des Gesetzgebers ist aber nicht abschließend, sondern enthält die häufiger vorkommenden Erkrankungen und Mängel, welche die Kraftfahreignung über längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben (Nr. 1 der Vorbemerkung der Anlage 4 zur FeV). Vereinzelt werden die Fahrerlaubnisbehörden auch mit seltenen Krankheitsbildern konfrontiert, die in der Aufstellung des Gesetzgebers nicht erfasst sind, aber trotzdem für die Straßenverkehrssicherheit und somit auch für die Fahreignung des Betroffenen relevant sind. In Bezug auf Erkrankungen des ZNS sind die Nummern 6 und 7 der Anlage 4 für die Beurteilung der Kraftfahreignung maßgeblich. Neben der Anlage 4 zur FeV werden zur Beurteilung der körperlichen und geistigen Eignung auch die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, die seit dem 1. Mai 2014 Gesetzescharakter haben, sowie der Kommentar zu den Begutach-

tungsleitlinien herangezogen [5]. In den Rechtsnormen und der Fachliteratur spielt schließlich auch die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung für die Fahrerlaubnisbehörden eine große Rolle, die in den vergangenen zwei Jahrzehnten Eingriffsschwellen definiert und den Willen des Ordnungsgebers konkretisiert hat.

Vereinzelt kommt es auch vor, dass die Nichteignung des Betroffenen zur Überzeugung der Fahrerlaubnisbehörde feststeht und die Anordnung zur Beibringung eines Gutachtens unterbleibt (§ 11 Abs. 7 FeV). In diesem Fall würde die Fahrerlaubnis umgehend entzogen beziehungsweise die beantragte Fahrerlaubnis versagt werden. Da es sich bei der Eignungsaussage um eine Prognose handelt, setzt dies aber eine nahezu unumstößliche Tatsache voraus, an welche die Prognose anknüpft, von der sie abgeleitet wird. Daher müssen zur persönlichen Gewissheit des Sachbearbeiters in der Fahrerlaubnisbehörde auch Gegebenheiten hinzukommen, die diese Gewissheit intersubjektiv unumstößlich und nachvollziehbar machen. Erhält die Fahrerlaubnisbehörde – ohne deren Mitwirkung – zum Beispiel ein Attest oder ein Gutachten eines Fahrerlaubnisinhabers, bei dem aktuell eine sehr schwere Depression oder eine akute Manie festgestellt wird, steht nach Nr. 7.5.1 der Anlage 4 der FeV die Nichteignung des Betroffenen fest, sodass dem Sachbearbeiter anhand der Regelvermutung die Eignungsaussage respektive -prognose abgenommen wird und die Fahrerlaubnis ohne Beibringen eines Gutachtens entzogen werden kann. Ein Großteil der Entscheidungen der Fahrerlaubnisbehörden wird jedoch unter Anordnung und Zuhilfenahme ärztlicher Gutachten nach § 11 Abs. 2 Satz 1 FeV getroffen, da der einzelne Sachbearbeiter aufgrund der Vielzahl von fahreignungsrelevanten Erkrankungen nicht ausreichend sachkundig ist.

#### Instrumente zur Überprüfung der Fahreignung

Die Fahrerlaubnisbehörden verfügen in der Regel über drei Instrumente, um die Eignung von Fahrerlaubnisbewerbern oder -inhabern zu überprüfen: das ärztliche Gutachten, das medizinisch-psy-

chologische Gutachten und das Gutachten eines Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr (§ 2 Abs. 8 StVG, Nr. 2 der Vorbemerkung der Anlage 4 zur FeV). Im Fall körperlicher und geistiger Eignungszweifel haben die Fahrerlaubnisbehörden nach § 11 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 – 5 FeV zusätzlich die Möglichkeit zu bestimmen, welcher Facharzt beziehungsweise welche Stelle das ärztliche Gutachten erstellen soll. Infrage kommt zum einen ein Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation, ein Arzt des Gesundheitsamts, ein Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeits- oder Betriebsmedizin“ oder Facharzt für Rechtsmedizin. Zum anderen kommt auch ein Arzt bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung in Betracht. Hervorzuheben ist, dass nicht der Fahrerlaubnisbewerber/-inhaber bestimmt, wer das Gutachten beizubringen hat, sondern allein die Fahrerlaubnisbehörde. Zur Gewinnung möglichst verlässlicher Untersuchungsergebnisse, deren gutachterlichen Einschätzung und der besonderen Kenntnis im Bereich der Verkehrsmedizin, können Fahrerlaubnisbehörden im Rahmen ihres Auswahlermessens den Kreis der Gutachter einschränken [6]. Aus diesem Grund fordern Fahrerlaubnisbehörden notwendige Eignungsgutachten in der Regel bei den ärztlichen Fachkräften der amtlich anerkannten Begutachtungsstellen für Fahreignung oder bei Fachärzten mit verkehrsmedizinischer Qualifikation an. Einfache ärztliche Bescheinigungen oder Atteste dienen den Fahrerlaubnisbehörden meist nur für entsprechende Voraufklärungsmaßnahmen, um entscheiden zu können, ob noch eine tiefgreifendere Eignungsüberprüfung bei der betreffenden Person erforderlich ist.

#### Wann die Fahrerlaubnisbehörde tätig wird

Wer sich die Anlage 4 zur Fahrerlaubnisverordnung ausführlich zu Gemüte geführt hat, wird erkennen, dass es sich bei einem Großteil der aufgezählten Erkrankungen um „Volkskrankheiten“, wie Hypertonie, Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung et cetera handelt. Natürlich war es nicht der Wille des Gesetzgebers, dass sich jede Person, die an einer fahreignungsrelevanten Erkrankung

Hier steht eine Anzeige.



leidet und eine Fahrerlaubnis besitzt oder erwerben möchte, sich einer eingehenden Eignungsüberprüfung unterzieht. Dies wäre in der Praxis auch gar nicht umzusetzen. Allerdings sollen die vorgenannten Rechtsnormen und Instrumente es den Fahrerlaubnisbehörden ermöglichen, vor allem Personen zu überprüfen, die Auffälligkeiten im Straßenverkehr zeigen oder keine ausreichende Compliance oder Adhärenz hinsichtlich ihrer Erkrankung haben. Für die Einleitung einer Überprüfung müssen der Fahrerlaubnisbehörde zuallererst Tatsachen bekannt werden. Die Einleitung eines Verwaltungsverfahrens erfolgt in der Regel über Mitteilungen durch die zuständigen Polizeibehörden.

Die Polizei hat Informationen über Tatsachen, die auf nicht nur vorübergehende Mängel hinsichtlich der Eignung oder der Befähigung einer Person zum Führen von Kraftfahrzeugen schließen lassen, den Fahrerlaubnisbehörden zu übermitteln, soweit dies für die Überprüfung der Eignung oder Befähigung aus der Sicht der übermittelnden Stelle erforderlich ist (§ 2 Abs. 12 Satz 1 StVG). Vereinzelt kommt es auch vor, dass Fahrerlaubnisbehörden Tatsachen von Angehörigen, Ärzten oder sonstigen Stellen erhalten. Sobald der Fahrerlaubnisbehörde aber Tatsachen bekannt werden, die Zweifel an der Kraftfahreignung rechtfertigen, ist diese als Sicherheitsbehörde zum Handeln und zur Einleitung eines Überprüfungsverfahrens veranlasst. Bei der Datenübermittlung durch die Polizei handelt es sich um eine Initiativübermittlung, die aus deren Sicht auch erforderlich sein muss. Sinn und Zweck dieser Norm ist es, dem gefahrenabwehrenden Charakter des Fahrerlaubnisrechts Rechnung zu tragen. Die Verpflichtung zur Mitteilung kann sich auch auf Tatsachen außerhalb des Straßenverkehrs beziehen. Eine Bewertung der übermittelten Informationen oder Erkenntnisse der Polizei erfolgt dann ausschließlich durch die Fahrerlaubnisbehörde [7].

#### Mitwirkungspflicht des Betroffenen

Grundsätzlich wird bei einem Bewerber um eine Fahrerlaubnis die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen angenommen und – abgesehen vom Sehvermögen

– nicht gesondert überprüft. Lediglich der § 21 Abs. 3 FeV erfordert, dass der Antragsteller im Rahmen des Antragsverfahrens einen Sehtest nach § 12 Abs. 3 FeV oder bei Lkw- und Busklassen nach § 11 Abs. 9 FeV den Nachweis einer ärztlichen Untersuchung gemäß der Anlage 5 zur FeV zu erbringen hat. Für den Inhaber einer Fahrerlaubnis gibt es weder im Straßenverkehrsgesetz noch in der Fahrerlaubnis-Verordnung eine konkrete Norm, die den Betroffenen zur Mitwirkung verpflichtet. Allein der § 11 Abs. 8 FeV lässt bei analoger Betrachtung eine Mitwirkungspflicht des Fahrerlaubnisbewerbers respektive -inhabers beim Ausräumen von Fahreignungszweifeln erkennen. Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof und andere Verwaltungsgerichte führten dazu aber aus, dass die Anordnung – aufgrund von Tatsachen, die Fahreignungszweifel begründen, ein Gutachten über die Fahreignung beizubringen – die Forderung einschließt, an der Klärung der Fahreignung mitzuwirken. Dies beinhaltet insbesondere zweckdienliche Angaben zu der in Rede stehenden Erkrankung, sich erforderlichen Untersuchungen zu unterziehen und sonstige für die Fragestellung aussagekräftige Unterlagen beizubringen, gegebenenfalls durch Entbindung anderer Ärzte von der gesetzlichen Schweigepflicht [8].

Viele Betroffene neigen dazu, gegenüber der Fahrerlaubnisbehörde nur die notwendigsten Informationen preiszugeben oder eine Mitwirkung komplett zu verweigern. Jedoch vergessen sie dabei, dass die Fahrerlaubnisbehörde als Sicherheitsbehörde zwingend gebunden ist, die Fahreignung zu überprüfen und diese gegenüber dem Fahrerlaubnisbewerber oder -inhaber zu bestätigen oder zu verneinen. Eine unzureichende oder fehlende Mitwirkung führt immer dazu, dass die Fahrerlaubnisbehörde nach Aktenlage entscheiden muss und die Beibringung kostenintensiver Gutachten anordnet. Im weiteren Verlauf kann dies auch den Entzug oder das Versagen der Fahrerlaubnis nach § 11 Abs. 8 FeV bedeuten. Zwar werden die Fahrerlaubnisbehörden oft als „Feind“ angesehen, allerdings liegt das Augenmerk bei der Fahreignungsüberprüfung darauf, die Kraftfahreignung des Betroffenen zu be-

stätigen oder mit entsprechenden Auflagen herzustellen. Aus diesem Grund ist auch die Kommunikation zwischen der Fahrerlaubnisbehörde, dem Fahrerlaubnisbewerber oder -inhaber und den behandelnden Ärzten äußerst wichtig, um den Betroffenen die Angst vor dem Schwarz-Weiß-Denken (Bin ich geeignet oder nicht geeignet?) zu nehmen. Der heutige Stand der Medizin und der Technik erlauben es, dass nahezu jedem das Führen von Kraftfahrzeugen unter entsprechenden Auflagen oder Beschränkungen ermöglicht werden kann.

### Rechtliche Besonderheiten bei Erkrankungen des ZNS

#### Multiple Sklerose

Die Erkrankung Multiple Sklerose (MS) ist in der – wie erwähnt nicht abschließenden – Aufstellung der Anlage 4 zur FeV nicht aufgeführt [9]. In Bezug auf die motorischen Fähigkeiten wird die MS wie eine Erkrankung/Verletzung des Rückenmarks und deren Folgen gemäß Nr. 6.1 der Anlage 4 zur FeV behandelt und insoweit als fahreignungsrelevant betrachtet. Die MS führt nicht an sich zur Einschränkung oder Aufhebung der Fahreignung, sondern im Kontext mit dem progredienten Krankheitsverlauf sowie der Ausprägung der Symptomatik [10]. Ein milder Verlauf mit leichten Symptomen kann für die Fahreignung sogar vorerst irrelevant sein. Ist die MS aber soweit fortgeschritten, dass die bestehenden Beeinträchtigungen das Führen eines Kraftfahrzeugs erschweren oder unmöglich machen, ist durch eine nervenärztliche Untersuchung zu klären, ob die Symptome das Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 (Klassen AM, A1, A2, A, B, BE, L und T) noch erlauben. In diesem Fall müsste die Fahreignung für Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 (C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE und Fahrgastbeförderung) wohl regelmäßig automatisch abgesprochen werden, wenn man eine Analogie zur Regelvermutung bei Morbus Parkinson herstellt.

#### Morbus Parkinson

Wer unter einer extrapyramidalen (oder zerebellären) Erkrankung leidet, die zu einer herabgesetzten Leistungs- und Belastungsfähigkeit führt, ist nicht in der

Hier steht eine Anzeige.



Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen der Gruppe 2 gerecht zu werden. Die Fähigkeit, Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 sicher zu führen, ist nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichteren Fällen der Erkrankungen gegeben. Sie setzt die nervenärztliche/neurologische und – je nach den gegebenen Umständen – psychiatrische/psychologische Zusatzbegutachtung voraus. Nachuntersuchungen in Abständen von einem, zwei und vier Jahren sind je nach den Befunden, die der Einzelfall bietet, zur Auflage zu machen [11]. Die Nr. 6.3 der Anlage 4 zur FeV stellt bindend fest, dass im Regelfall keine Fahreignung für Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 besteht und Nachuntersuchungen in Abständen von einem, zwei und vier Jahren zwingend durchzuführen sind. Dies wurde auch vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof so bestätigt [12]. Entsprechende Ausnahmen oder Abweichungen von der Regelvermutung sind daher gesondert in einem Fahreignungsgutachten ausführlich zu begründen.

Die Erfahrungen der Fahrerlaubnisbehörden haben jedoch gezeigt, dass bei Parkinson-Patienten oft das Leistungsvermögen nicht unerheblich eingeschränkt ist. Das führt dazu, dass neben einem ärztlichen Gutachten im Einzelfall auch die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens (sogenannte Leistungs-MPU) und gegebenenfalls auch das Gutachten eines Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr erforderlich ist, falls das Fahrzeug des Betroffenen umgebaut oder umgerüstet werden muss (z. B. Umstellung auf Handgas, Veränderung der Bedienelemente).

### Kreislaufabhängige Störung der Hirntätigkeit

Wer an den Folgen einer Hirnblutung oder -ischämie leidet, ist bei Vorliegen relevanter neurologischer und/oder neuropsychologischer Ausfälle nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden [13]. Nach erfolgreicher Therapie kann, abhängig von den besonderen Umständen des Einzelfalls, angenommen werden, dass der Betreffende bedingt wieder in der Lage ist, Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 zu

führen. Allerdings ist die Fahreignung für Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 vom Gesetzgeber grundsätzlich ausgeschlossen (Nr. 6.4 der Anlage 4 zur FeV). Die Nr. 3 der Vorbemerkung der Anlage 4 zur FeV gewährt zwar Ausnahmen von der Regelvermutung, jedoch ist unklar, ob die Ausnahme 1 von 100 oder 1 von 1.000 Erkrankten bedeutet.

### Epilepsie

Wer epileptische Anfälle erleidet, ist nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden, solange ein wesentliches Risiko für Anfallsrezidive besteht. Grundsätzlich gilt, dass bei einer diagnostizierten Epilepsie die Kraftfahreignung erst bei einer einjährigen Anfallsfreiheit gegeben ist. Zwar werden in den Begutachtungsleitlinien auch Ausnahmen aufgeführt, zum Beispiel, dass bei langjähriger Anfallsfreiheit die Fahreignung nach einer dreimonatigen Fahrpause wieder gegeben sein kann, wenn Provokationsfaktoren eruiert und zukünftig ausgeräumt werden können. Jedoch vertritt auch die bayerische verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung die Auffassung, dass bei Epilepsie (d. h. nach wiederholten Anfällen) in der Regel eine einjährige Anfallsfreiheit zu fordern ist, bevor die Kraftfahreignung wiedererlangt werden kann. Dies ist so dann im Rahmen eines verkehrsmedizinischen Gutachtens zu klären [14].

### Demenz

Wer unter einer ausgeprägten senilen oder präsenilen Demenz oder unter einer schweren altersbedingten Persönlichkeitsveränderung leidet, ist nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen gerecht zu werden. Zwar gehen die Begutachtungsleitlinien und die Anlage 4 zur FeV davon aus, dass nur eine schwere Altersdemenz die Kraftfahreignung aufhebt. Doch die Praxis zeigt, dass selbst eine leichte oder mittelschwere Altersdemenz schon zu erheblichen Auffälligkeiten im Straßenverkehr führen können. Aufgrund des unvorhersehbaren Krankheitsverlaufs sieht selbst die gängige verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung die Überprüfung der Kraftfahreignung bei einer mittelschweren

Demenz oder leichten Demenz mit Verkehrsauffälligkeit für gerechtfertigt. Auch ist bei älteren Personen die Überprüfung der psychophysischen Leistungsfähigkeit mit computergestützten Testsystemen nicht unverhältnismäßig. Alternativ kann im Nachgang eine Fahrverhaltensbeobachtung erforderlich sein [15].

### Affektive Psychosen

Bei jeder sehr schweren Depression, die zum Beispiel mit depressiv-wahnhaften, depressiv-stuporösen Symptomen oder mit akuter Suizidalität einhergeht, und bei allen manischen Phasen sind die für das Kraftfahren notwendigen psychischen Fähigkeiten so erheblich herabgesetzt, dass ein ernsthaftes Risiko des verkehrswidrigen Verhaltens besteht. Kurze depressive Episoden (beispielsweise wegen Todesfall, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes) sind aber in der Regel für die Fahrerlaubnisbehörden beziehungsweise die Fahreignung nicht relevant, sondern erst Tatsachen die auf eine schwere Depression hinweisen [16]. Für die Fahrerlaubnisbehörden ist es daher ausschlaggebend, dass eine möglichst genaue Diagnose nach der geltenden ICD-10-Norm erfolgt, um die Fahreignung beurteilen zu können und zu entscheiden, ob weitere Maßnahmen ergriffen werden müssen.

### Schizophrene Psychosen

Bei schizophrenen Psychosen ist die Voraussetzung zum sicheren Führen von Kraftfahrzeugen beider Gruppen in akuten Stadien schizophrener Episoden nicht vorhanden. Die Fahreignung für Kraftfahrzeuge der Gruppe 1 kann bei abgelaufener Psychose wieder gegeben sein, ebenso, wenn keine Störungen (z. B. Wahn, Halluzinationen etc.) nachweisbar sind, die das Realitätsurteil beeinträchtigen. Bei der Behandlung mit Psychopharmaka ist die mögliche Beeinträchtigung der psychischen Funktionen zu beachten. Die Langzeitbehandlung mit Psychopharmaka schließt die positive Beurteilung der Fahreignung nicht aus, ist in manchen Fällen gar die Voraussetzung zur Wiedererlangung der Fahreignung. Für Kraftfahrzeuge der Gruppe 2 ist die Eignung in der Regel ausgeschlossen, außer bei besonders

günstigem Verlauf. Jedoch ist mir Raum Bayern kein solcher Fall bekannt.

### Grundsätze beim Erstellen von Fahreignungsgutachten

Wenn die Fahrerlaubnisbehörde Zweifel an der körperlichen oder geistigen Eignung eines Fahrerlaubnisbewerbers respektive -inhabers hat, dient die Erstellung und Vorlage von Eignungsgutachten der Fahrerlaubnisbehörde als Entscheidungshilfe. Rechtliche Maßnahmen wie die Entziehung oder Beschränkung einer Fahrerlaubnis können daher nur auf schlüssige und nachvollziehbare sowie rechtlich konform erstellte Gutachten gestützt werden. Aus diesem Grund müssen beim Erstellen von Fahreignungsgutachten entsprechende Grundsätze beachtet werden, die hauptsächlich in § 11 der FeV oder der Anlage 4a zur FeV zu finden sind. Zum Beispiel darf der begutachtende Arzt nicht zugleich der behandelnde Arzt sein (§ 11 Abs. 2 Satz 5 FeV). Das Gutachten darf auch nur unter Verwendung der Fahrerlaubnisakte erstellt werden (Nr. 1 Buchstabe a der Anlage 4a zur FeV), es muss in einer allgemeinverständlichen Sprache abgefasst sein (Nr. 2 Buchstabe a der Anlage 4a zur FeV) und es muss die wesentlichen Punkte der behördlichen Fragestellung beantworten (Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe b der Anlage 4a zur FeV). In der Praxis zeigt sich oft das Problem, dass die behördliche Fragestellung verkürzt oder sinnentstellend beantwortet wird. Zuletzt müssen im Gutachten die Vorgeschichte und die gegenwärtigen Befunden dargestellt und unterschieden werden (Nr. 2 Buchstabe c der Anlage 4a zur FeV). Auf diese Weise soll ein Gesamtüberblick geschaffen werden.

Für Mediziner ergibt sich oft die Schwierigkeit, dass rechtliche Vorgaben in der Anlage 4 zur FeV und in den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung nicht mehr den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen. Grundsätzlich sind bei der Erstellung von Eignungsgutachten jedoch die vorgegebenen Regelvermutungen des Gesetzgebers zu beachten. Mit der Nummer 3 der Vorbemerkung der Anlage 4 wird es dem Gutachter aber ermöglicht, aufgrund von neuen wissen-

schaftlichen Erkenntnissen, der besonderen menschlichen Veranlagung, der Gewöhnung oder Einstellung des Erkrankten von der Regelvermutung abzuweichen beziehungsweise Ausnahmen auszusprechen.

Macht ein Gutachter geltend, bei einer Person lägen die Voraussetzungen eines Ausnahmefalls im Sinn der Vorbemerkung 3 zur Anlage 4 vor, so bedarf es besonders eingehender Darlegungen, die sorgfältig und nachprüfbar aufzeigen, dass und warum die vom Ordnungsgeber vorgenommenen Wertungen, die ihrerseits auf sachverständigen Einschätzungen beruhen, im konkreten Fall nicht zutreffen [17]. Hierzu empfiehlt es sich, dass der Gutachter im ersten Schritt die Voraussetzungen strikt anhand der Vorgaben in der Anlage 4 und den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung prüft. Sollten sich sodann im Einzelfall tatsächlich Besonderheiten bei der betreffenden Person ergeben, die von der Regelvermutung respektive einer möglichen Nichteignung abweichen, müssen diese substantiell im Eignungsgutachten dargelegt werden. Nur so ist es dem Sachbearbeiter in der Fahrerlaubnisbehörde möglich, anhand des Gutachtens als Entscheidungshilfe einer Abweichung von der Regelvermutung zuzustimmen, weil ihm in der Regel die medizinische Sachkunde fehlt. Andernfalls ergeben sich unausweichlich Widersprüche zu den gesetzlichen Vorgaben und dem erstellten Eignungsgutachten.

### Zusammenfassung

In Bezug auf die körperliche und geistige Fahreignung ist schon der medizinische und der rechtliche Bereich jeweils für sich alleine betrachtet äußerst komplex. Die Herausforderung beim Erstellen von Fahreignungsgutachten liegt grundsätzlich darin, das medizinische Wissen der Ärzte in eine rechtlich verwertbare Tatsache zu konvertieren, damit die Fahrerlaubnisbehörde als Sicherheitsbehörde rechtmäßige Entscheidungen darauf stützen kann. Jedoch zeigt sich in der Praxis, dass Fachärzte mit verkehrsmedizinischer Qualifikation und die Fahrerlaubnisbehörden zu oft aneinander vorbei arbeiten.

Die Schwierigkeit für die Mediziner besteht darin, ihr medizinisches Fachwissen und die

Besonderheiten jedes Erkrankten in eine vorgegebene rechtliche Struktur als „Korsett“ einzubetten. Ärzte müssen berücksichtigen, dass die Sachbearbeiter in den Fahrerlaubnisbehörden aufgrund der Vielzahl von fahreignungsrelevanten Erkrankungen und dem dazugehörigen medizinischen Fachwissen oft nicht ausreichend sachkundig sind. Daher ist bei Eignungsgutachten darauf zu achten, dass diese für den durchschnittlich gebildeten Laien schlüssig und nachvollziehbar sind. Andererseits gilt für die Fahrerlaubnisbehörden der Grundsatz, dass ein Eignungsgutachten nur so gut sein kann wie die davor erstellte Anordnung zur Beibringung des Gutachtens. Denn eine ungenaue oder minimalistische Anordnung der Fahrerlaubnisbehörde führt in der Regel dazu, dass auch das erstellte Eignungsgutachten nur geringen Aussagewert hat. Somit sind die Mediziner wie auch die Sachbearbeiter in den Fahrerlaubnisbehörden in die Pflicht zu nehmen, bei der Beurteilung der Fahreignung genau und detailliert zu arbeiten. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die direkte Kommunikation zwischen den begutachtenden Ärzten und den Fahrerlaubnisbehörden ein wichtiger Bestandteil ist, um Missverständnisse und auch zusätzliche Mehrarbeit zu vermeiden.

### Literatur

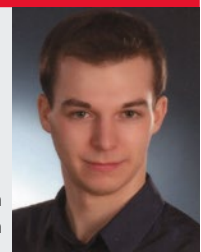
[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

### AUTOR

#### Harald Hofstetter

Verwaltungsfachwirt,  
Sachgebietsleiter  
„Fahreignung“ der  
Fahrerlaubnisbehörde  
im Landkreis München  
Landratsamt München  
Bretonischer Ring 1  
85630 Grasbrunn-  
Neukeferloh

E-Mail: [harald.hofstetter@lra-m.bayern.de](mailto:harald.hofstetter@lra-m.bayern.de)



### Literatur

1. Hentschel/König/Dauer, Straßenverkehrsrecht, 43. Auflage 2015, § 2 StVG - Rn. 41
2. VG Ansbach vom 22.09.2008, Az.: 10 S 07.01052 – Rn. 36
3. OVG Münster vom 30.06.2004, Az.: 19 B 195/04
4. Handbuch des Fahreignungsrechts – Patermann/Schubert/Graw; Kapitel 3 – Unter- nummer. 3 (S. 96)
5. Kommentar – Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung; Schubert/Schneider/Eisenmenger/Stephan
6. BayVGh vom 13.12.2005, Az.: 11 CS 05.1350
7. Handbuch des Fahreignungsrechts – Patermann/Schubert/Graw, Kapitel 3 – Unter- nummer. 5 (S. 126 ff.)
8. BayVGh vom 02.07.2013, Az.: 11 CS 13.1064 – Rn. 21; OVG Hamburg vom 27.8.2003, Az.: 3 Bs 185/03; BVerwG vom 11.06.2008, Az.: 3 B 99.07 – Rn. 5; VG Gelsenkirchen vom 02.12.2015, Az.: 7 K 3627/15
9. Hentschel/König/Dauer, Straßenverkehrsrecht, 42. Auflage 2013, § 11 FeV - Rn. 19
10. BayVGh vom 17.03.2008, Az.: 11 ZB 07.495; OVG Schleswig-Holstein vom 26.04.2017, Az.: 4 LA 4/17
11. Leitsatz Kapitel 3.9.3 in den Begutachtungs- leitlinien zur Kraftfahreignung
12. BayVGh vom 09.07.2012, Az.: 11 ZB 12.1052
13. Leitsatz Kapitel 3.9.4 in den Begutachtungs- leitlinien zur Kraftfahreignung
14. BayVGh vom 04.10.2016, Az.: 11 ZB 16.1535
15. BayVGh vom 30.01.2017, Az.: 11 CS 17.27
16. VG München vom 17.04.2014, Az.: M 6a S 14.418
17. BayVGh vom 09.07.2012, Az.: 11 ZB 12.1052 – Rn. 38

## Wichtiges Mittel zur Prävention von Aggression und Gewalt

# Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege

Die aktuelle S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ nimmt auch die Beziehungsgestaltung in den Blick und betont deren Wichtigkeit im Zusammenhang mit dem Thema Aggression. Der vorliegende Beitrag beleuchtet die besondere Bedeutung der Beziehungsgestaltung für psychiatrisch Pflegenden im Zusammenhang mit der Prävention von Aggression und Zwang.

ANDRÉ NIENABER, MICHAEL LÖHR, MICHAEL SCHULZ

**P**sychische Erkrankungen können sich für die Betroffenen sowohl auf ihren Alltag als auch auf persönliche sowie soziale Beziehungen auswirken. Vor diesem Hintergrund ist die Beziehungsgestaltung ein wesentlicher Aspekt der psychiatrischen Behandlung psychisch Erkrankter. Priebe und McCabe [1] zufolge basiert jegliche Form der Gesundheitsversorgung auf einer Beziehung zwischen professionellen Helfern und hilfebedürftigen Patienten. Sie beschreiben die Gestaltung der Beziehung als zentrales Element der psychiatrischen Versorgung, das sich indirekt

auf das Behandlungsergebnis auswirkt. In der psychiatrischen Pflege hat die Gestaltung einer interprofessionellen Beziehung zum Patienten eine lange Tradition und wurde bereits in den 1950er-Jahren von Hildegard Peplau als wesentlich beschrieben [2]. Im Hinblick auf die psychiatrische Behandlung nimmt die Beziehungsgestaltung eine zentrale Stellung ein, mit Verbindungen zu den Bereichen Zufriedenheit mit der Therapie, Medikamentenadhärenz oder auch Umsetzung von Behandlungsempfehlungen [3]. Der Begriff „Beziehung“ ist dabei definiert als psychologisches Konstrukt,

das durch die aufeinander bezogenen teilhabenden Individuen und ihre Interaktion gestaltet wird [1]. In der psychiatrischen Pflege ist die Gestaltung einer professionellen Beziehung zum Patienten eine Schwerpunktaufgabe [4, 5]. Sowohl die Pflege der Beziehung zu den Patienten als auch die Pflege der Beziehung zu anderen Beteiligten kann als „Kern der psychiatrischen Pflege“ [6, S. 339]) beschrieben werden. Im Folgenden wird auf den Zusammenhang zwischen der Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Pflege und den Bereichen Aggression und Gewalt eingegangen.

Dziopa und Ahern [7] identifizierten in ihrer Literaturübersicht neun Merkmale, die sich auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der psychiatrischen Pflege auswirken: Verständnis und Empathie, Individualität, Anbieten von Unterstützung, da sein (zur Verfügung stehen), echt sein, auf Augenhöhe kommunizieren, respektvoll sein, klare Grenzen aufrechterhalten sowie Selbstbewusstsein zeigen. Nachfolgend werden diese Merkmale kurz dargestellt.

Verständnis und Empathie sind wesentliche Bestandteile einer guten Beziehung wie auch einer guten Kommunikation [8]. Die Vermittlung von Verständnis lässt Patienten ein Gefühl ihrer Wichtigkeit erfahren und hilft ihnen, ihrerseits ein Verständnis für ihre Situation zu entwickeln und somit Einfluss auf die Behandlung zu nehmen. Yang et al.



**Verständnis und Empathie – zwei von acht Merkmalen, die eine fruchtbare Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten kennzeichnen.**

© flashpics / Fotolia

[9] zeigten, dass psychiatrisch Pflegende, die empathisch handeln, weniger Zwangsmaßnahmen anwenden.

Mit „Individualität“ beschreiben Dziopa und Ahern [7], dass es wichtig ist, den Patienten als Individuum mit einem Leben jenseits der psychischen Erkrankung wahrzunehmen. Beim Merkmal „Unterstützung anbieten“ geht es darum, dass der Patient sich sicher fühlt. Im Zentrum stehen die Herstellung einer unterstützenden Umgebung sowie die Förderung von Hoffnung als zentrales Element der psychiatrischen Therapie. Dies kann unter anderem durch Rückmeldungen oder Wiedergabe von Befürchtungen in eigenen Worten erfolgen. Auch Formen der physischen Unterstützung wie zum Beispiel das Hand-auf-die-Schulter legen gehören für uns dazu.

Ein komplexes Merkmal ist das „da sein“, also zur Verfügung stehen. Es geht darum, mit dem Patienten gemeinsam und ausreichend Zeit zu verbringen und diese zu gestalten. Der Faktor Zeit ist ein wichtiges Element der Beziehungsgestaltung. Insgesamt erinnern die Ausführungen an das „being with“ der Soteria [10]. Ein weiteres wesentliches Merkmal ist „echt sein“ (Authentizität). Die Pflegefachperson soll bei ihren Handlungen also authentisch und natürlich sein. Darüber hinaus soll ihr Verhalten mit ihren Werten und Überzeugungen übereinstimmen und kongruent sein. Auf die Wichtigkeit dieser Merkmale hat bereits Carl Rogers in seiner klientenzentrierten Gesprächsführung hingewiesen. Auch bei der motivierenden Gesprächsführung spielen sie eine zentrale Rolle [11].

„Auf Augenhöhe sein“ zielt auf den Abbau einer wahrgenommenen Ungleichheit in der Beziehung zwischen Patient und Pflegefachpersonal, die sich durch die Rollenzuschreibungen als Leidender oder Hilfesuchender und Hilferespektive Unterstützungsbietender ergibt. Ziel der Kommunikation auf Augenhöhe ist es, Partizipation und Teilhabe zu ermöglichen, zwei ebenfalls wesentliche Elemente der psychiatrischen Versorgung.

Für die Gestaltung einer qualitativ guten Beziehung zum Patienten ist es wichtig, dass der Patient sich als Person respektiert fühlt und mit seinen Anliegen

ernst genommen wird. Untersuchungen zeigen zum Beispiel, dass gerade Interaktionen von Mitarbeitern und Patienten ein erhebliches Potenzial für konflikthafte Situationen bergen und besonders Einschränkungen der persönlichen Freiheit oder die Ablehnung von Bitten oder Wünschen häufig Auslöser für aggressives oder gewalttätiges Verhalten sind [12]. In diesem Zusammenhang ist auch das Merkmal „Aufrechterhaltung klarer Grenzen“ zu betrachten, das heißt, dass Grenzen für die Patienten transparent und nachvollziehbar sein müssen. Sie bieten Schutz und können dazu beitragen, dass sowohl die Patienten als auch die Pflegefachpersonen sich sicher fühlen.

Beim Merkmal „Selbstbewusstsein von Pflegefachpersonen“ scheint es vor allem um die Aspekte Selbstreflexion und Selbstwirksamkeit der Pflegenden zu gehen: Sie können ihre Haltungen und Handlungen reflektieren und erleben sich selbst und ihr Handeln als wirksam.

Die von Dziopa und Ahern identifizierten Merkmale der Beziehungsgestaltung in der psychiatrisch pflegerischen Versorgung erfordern von den Pflegefachpersonen entsprechende Fähigkeiten und Kompetenzen. Besonders im Hinblick auf die Vermeidung von und den Umgang mit Aggression und Gewalt sind erweiterte Kompetenzen nötig, um auch in diesen Situationen eine professionelle Beziehung adäquat gestalten zu können.

Zugai, Stein-Parbury und Roche [13] beschreiben Partnerschaftlichkeit (im Sinne von Zusammenarbeit durch Aushandeln gemeinsamer Ziele und Aufgaben), Personenorientierung (im Sinne von Erkennen individueller Bedürfnisse und Unterstützen beim Erreichen individueller Ziele) sowie Empowerment (im Sinne von Ressourcenorientierung, Förderung von Selbstwirksamkeit und Unabhängigkeit) als zentrale Faktoren einer therapeutischen Beziehung oder einer Beziehung zwischen Patient und Pflegefachperson. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu den Patienten durch Rahmenbedingungen der Einrichtung (im Sinne einer Organisationskultur) gefördert und unterstützt wird [14].

## Einflüsse auf die Gestaltung der Beziehung

Die Darstellung des Zusammenhangs zwischen psychiatrischer Behandlung, Beziehungsgestaltung und Aggression/Gewalt erfordert einen kurzen Blick auf den Werdegang der Psychiatrie. Seit ihrer Entstehung Anfang des 19. Jahrhunderts muss sich die Psychiatrie mit einem doppelten Auftrag auseinandersetzen [15]: Einerseits ist es Aufgabe dieses Fachgebiets zu heilen, andererseits erfüllt es mehr oder weniger ausgeprägt eine gesellschaftliche Ordnungsfunktion mit den Aufgaben, die Gesellschaft zu sichern und zu schützen [16, 17]. Allerdings gibt es im Hinblick auf die zuletzt genannte Funktion durchaus unterschiedliche Auffassungen [18].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass psychiatrische Versorgung in einem Spannungsfeld des ethischen Grundkonflikts von Autonomie und Kontrolle stattfindet, und dass zwischen den Themen Gewalt, psychische Störungen und Psychiatrie gewisse gemeinsame Anknüpfungspunkte bestehen [19]. Dieses Spannungsfeld hat auch Auswirkungen auf die professionelle Beziehungsgestaltung. Björkdahl, Palmstierna und Hansebo [20] haben in ihrer Arbeit Merkmale von Mitarbeitern in der Beziehungsgestaltung beschrieben, die sie „Balletttänzer“ und „Bulldozer“ genannt haben. Allerdings sind die Erklärungsansätze für die Entstehung von Aggression und Gewalt in der Gesundheitsversorgung und auch in der psychiatrischen Versorgung wesentlich vielschichtiger; die Reduzierung auf einige wenige Faktoren ist aufgrund der Komplexität nicht möglich [21, 22]. Wie bereits zuvor beschrieben, wird Gewalt im Gesundheitswesen in der Mehrzahl der Fälle als „eskalierende Interaktion“ [21, S. 72] dargestellt. Betrachtet man dies vor dem Hintergrund, dass das Herstellen einer Beziehung, also das Interagieren, ein wesentlicher Aspekt der psychiatrischen Therapie ist, wird die Bedeutung des Themas deutlich. Roche et al. [3] zufolge ist eine reflektierte Gestaltung von Interaktionen und Beziehungen von psychiatrisch Tätigen eine notwendige Voraussetzung. Für die Gestaltung einer präventiven Beziehungsarbeit sind sowohl eine gute Selbstwahrnehmung der eige-

nen Einstellungen und emotionalen Reaktionen hilfreich als auch die Fähigkeit zur Selbstregulation; dies gilt vor allem in stressauslösenden Situationen [23, 24]. Systematische Möglichkeiten der Beziehungsreflexion wie Supervision und/oder Balint-Gruppen können eine reflektierende Beziehungsgestaltung unterstützen und fördern.

Soininen et al. [25] zufolge wünschen sich Patienten häufig mehr Beteiligung und Mitsprache bei ihrer Behandlung. Hierzu können eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen sowie Konzepte wie zum Beispiel Shared Decision Making oder Behandlungsvereinbarungen beitragen.

In ihrer Metaanalyse fand Fingfeld-Connett [26] heraus, dass in eskalierenden aggressiven Krisen ein intuitiv-verstehender und entdeckender Zugang zu den Betroffenen eher zu einem therapeutischen Ergebnis führt. Das heißt, es geht um die Suche nach Möglichkeiten, die der Krise zugrunde liegende Not zu verstehen und den situativen Kontext zu nutzen. Zinkler [27, S. 220] zufolge versucht eine gewaltfreie Psychiatrie zu verstehen. Wirkt das Auftreten von Mitarbeitern unflexibel, restriktiv, autoritär, distanziert, unbeteiligt oder gar provokativ, begünstigt dies hingegen eher ein untherapeutisches Ergebnis, das sowohl bei den Patienten als auch bei den Mitarbeitern zu erhöhter Anspannung und Angst führen kann [26].

Psychiatrische Pflegefachpersonen gewährleisten im stationären Rahmen eine Versorgung über 24 Stunden am Tag und an den sieben Tagen der Woche. Diese Rahmenbedingungen ermöglichen eine besondere Nähe zu den Patienten, erfordern aber in speziellen Situationen womöglich eine freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahme.

### Intensive Begleitung und Betreuung

Patienten erleben Zwangsmaßnahmen als negativ. Armgart et al. [28] berichten, dass Patienten mit freiheitentziehenden Maßnahmen Gefühle wie Ärger, Wut, Verzweiflung und Hilflosigkeit verbinden. Sie beschreiben die Ereignisse als hochgradig belastend und äußern, dass sie dabei auch Aspekte von Machtdemonstration und Disziplinierung erle-

ben [29]. Die Leitlinie des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) nennt den frühen Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung sowie die sensible Wahrnehmung von Stimmungen und Bedürfnissen als wichtige Bestandteile einer primären Prävention [30]. Zur Vorbeugung von Zwangsmaßnahmen können darüber hinaus auch intensive Betreuungen beitragen [31]. Dabei handelt es sich um eine besondere Form der Begleitung und Betreuung von Menschen in akuten Krisen, die nicht ausschließlich als pflegerische oder pflegespezifische Intervention angesehen werden soll. Vielmehr muss diese Art der Begleitung in den Gesamtbehandlungskontext eingebettet sein. Allerdings kommt den psychiatrischen Pflegefachpersonen aufgrund der dargestellten organisatorischen Voraussetzungen hierbei eine besondere Bedeutung zu. Eine einheitliche Definition oder Bezeichnung für diese Maßnahme existiert in der Praxis nach wie vor nicht [32, 33]. In Deutschland sind die Bezeichnungen „Eins-zu-Eins-Betreuung“ oder „Intensivbetreuung“ gebräuchlich. Leider findet sich in der Praxis immer wieder auch der Begriff „Sitzwache“, der vor allem den sichernden Aspekt in den Fokus rückt und einem Verständnis der Intervention als passive Maßnahme mit den Aufgaben „sitzen“ und „wachen“ Vorschub leistet [33, 34, 35].

Insgesamt sollte eine freiheitsbeschränkende Intervention vor allem als eine nachgehende und aktive Begleitung und Betreuung von Patienten mit dem Ziel der Unterstützung im Fall einer akuten Gefahr der Schädigung der eigenen Person oder Dritter verstanden werden [36, 37]. Damit geht die Intervention über allgemein übliche therapeutische und pflegerische Kontakte hinaus. Als Ziele werden einerseits die Herstellung von Sicherheit für die Betroffenen und andererseits der Aufbau einer unterstützenden Beziehung zur Überwindung der Krise genannt [38, 39]. Ein wissenschaftlicher Nachweis für die Wirksamkeit der Intervention durch randomisiert kontrollierte Studien existiert nicht [40]. Empfehlungen des NICE formulieren, dass es in den Institutionen Richtlinien für die Durchführung geben sollte, die sowohl eine Definition als

auch Beschreibungen von Rahmenbedingungen enthalten sollen: Wer kann die Maßnahme auslösen, reduzieren, intensivieren oder beenden? Wie häufig wird die Notwendigkeit der Maßnahme überprüft? Wie werden die Erfahrungen von Patienten einbezogen? Zudem sollten die Institutionen über Informationsmaterial für Patienten und Angehörige verfügen.

### Fazit für die Praxis

Die Beziehungsgestaltung spielt in der psychiatrischen Versorgung und besonders im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit eine wichtige Rolle [41]. Im Hinblick auf Aggression und Gewalt in der psychiatrischen Behandlung wurde die besondere Bedeutung einer professionellen Beziehungsgestaltung für Pflegefachpersonen dargestellt. In der aktuellen S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ wird dieser besonderen Bedeutung Rechnung getragen und eine Empfehlung für eine kooperative und partnerschaftliche Gestaltung der Beziehung zum Patienten ausgesprochen, die auf Kommunikation und Vertrauen basiert. Abschließend sei aber darauf hingewiesen, dass die Beziehungsgestaltung in der psychiatrischen Behandlung nicht allein ein pflegespezifisches Thema ist. Die stationäre psychiatrische Behandlung erfolgt vielmehr berufsgruppenübergreifend im multiprofessionellen Team.

### Literatur

[www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

### AUTOREN

**Dr. rer. medic.  
André Nienaber**

FH der Diakonie,  
Professur Psychische  
Gesundheit/Psychiatrische  
Pflege

E-Mail: andre.  
nienaber@fhdd.de



**Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr**  
LWL-Klinikum Gütersloh

**Prof. Dr. rer. medic. Michael Schulz**  
LWL-Klinikum Gütersloh  
Bethelweg 8, 33617 Bielefeld

## Literatur

1. Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *Int Rev Psychiatry*. 2008;20(6):521-6.
2. Peplau H, editor. Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber; 2009.
3. Roche E, Madigan K, Lyne JP, Feeney L, O'Donoghue B. The therapeutic relationship after psychiatric admission. *The Journal of nervous and mental disease*. 2014;202(3):186-92.
4. Cahill J, Paley G, Hardy G. What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2013;20(9):782-91.
5. Myers RE. Mental Health Nursing Services. In: Singh NN, Barber JW, van Sant S, editors. *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Switzerland: Springer; 2016. p. 259-77.
6. Wolff S. Pflegebeziehung und Interaktion. In: Sauter D, Abderhalden C, Needham I, Wolff S, editors. *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2011. p. 309-46.
7. Dziopa F, Ahern K. What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 2008;10(1).
8. Priebe S, Dimic S, Wildgrube C, Jankovic J, Cushing A, McCabe R. Good communication in psychiatry--a conceptual review. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2011;26(7):403-7.
9. Yang CP, Hargreaves WA, Bostrom A. Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric services*. 2014;65(2):251-4.
10. Mosher LR, Hendrix V, Fort DC. Dabeisein: das Manual zur Praxis in der Soteria: Psychiatrie-Verlag; 1994.
11. Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. Breisgau: Lambertus; 2009.
12. Papadopoulos C, Ross J, Stewart D, Dack C, James K, Bowers L. The antecedents of violence and aggression within psychiatric inpatient settings. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(6):425-39.
13. Zugai JS, Stein-Parbury J, Roche M. Therapeutic alliance in mental health nursing: an evolutionary concept analysis. *Issues in mental health nursing*. 2015;36(4):249-57.
14. Wyder M, Ehrlich C, Crompton D, McArthur L, Delaforce C, Dziopa F, et al. Nurses experiences of delivering care in acute inpatient mental health settings: A narrative synthesis of the literature. *International journal of mental health nursing*. 2017;26:527-40.
15. Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J. Introduction. In: Kallert TW, Mezzich JE, Monahan J, editors. *Coercive Treatment in Psychiatry - Clinical, legal and ethical aspects*. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2011. p. xi-xxii.
16. Steinert T. Ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie - Pro. *Psychiatrische Praxis*. 2013;40(6):304-5.
17. Braunschweig S. Zwischen Aufsicht und Betreuung - Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt Zürich: Chronos; 2013.
18. Pollmächer T. Ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie - Kontra. *Psychiatrische Praxis*. 2013;40(6):305-6.
19. Steinert T, Traub HJ. Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2016;59(1):98-104.
20. Björkdahl A, Palmstierna T, Hansebo G. The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010;17(6):510-8.
21. Richter D. Theorien und Modelle für Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: Walter G, Nau J, Oud N, editors. *Aggression und Aggressionsmanagement*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber; 2012. p. 62-88.
22. Whittington R, Richter D. Introduction. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings - Causes, Consequences, Management*. New York: Springer; 2006. p. 1-7.
23. Bilgin H. An evaluation of nurses' interpersonal styles and their experiences of violence. *Issues in mental health nursing*. 2009;30(4):252-9.
24. Walter G, Nau J, Oud N, editors. *Aggression und Aggressionsmanagement - Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. 1. Auflage ed. Bern: Verlag Hans Huber; 2012.
25. Soininen P, Valimäki M, Noda T, Puukka P, Korkeila J, Joffe G, et al. Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment. *International journal of mental health nursing*. 2013;22(1):47-55.
26. Finfgeld-Connett D. Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. *Issues in mental health nursing*. 2009;30(9):530-7.
27. Zinkler M. Zur Vision einer gewaltfreien Psychiatrie. In: Zinkler M, Laupichler K, Osterfeld M, editors. *Prävention von Zwangsmaßnahmen - Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2016. p. 220-9.
28. Armgart C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, Jendreyeschak J, et al. Negative Emotionen und Verständnis - Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. *Psychiatrische Praxis*. 2013;40(5):278-84.
29. Pieters V. Macht - Zwang - Sinn. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2003.
30. NICE NifHaCE. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings 2015 [Available from: nice.org.uk/guidance/ng10]
31. Hemkendreis B, Löhr M, Schulz M, Nienaber A. Praxisempfehlung Intensivbetreuung 2013 [Available from: [http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Praxisempfehlung\\_Intensivbetreuungen.pdf](http://www.dfpp.de/archiv/dfpp/DFPP-Praxisempfehlung_Intensivbetreuungen.pdf)].
32. Zehnder U, Rabenschlag F, Aplanalp K. Intensivbetreuung zwischen Kontrolle und Therapie: Aktive Auseinandersetzung mit den persönlichen Haltungen und den damit verbundenen Konsequenzen. In: Hahn S, Hegedüs A, Finklenburg U, Needham I, Stefan H, Schulz M, et al., editors. „Schwellen, Grenzen und Übergänge“ - Perspektiven und Herausforderungen für Betroffene, Angehörige, im Versorgungssystem, in der Forschung und Entwicklung, in der Gesellschaft. Bern: Verlag Berner Fachhochschule; 2014. p. 286-9.
33. Nienaber A, Schulz M, Hemkendreis B, Löhr M. Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. *Psychiatrische Praxis*. 2013;40(1):14-20.
34. Dewing J. Special observation and older persons with dementia/delirium: a disappointing literature review. *International journal of older people nursing*. 2013;8(1):19-28.
35. Buchanan-Barker P, Barker P. Observation: the original sin of mental health nursing? *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2005;12(5):541-9.
36. Stewart D, Bowers L. Under the gaze of staff: special observation as surveillance. *Perspectives in psychiatric care*. 2012;48(1):2-9.
37. Chu S. Special Observations in the Care of Psychiatric Inpatients: A Review of the Literature and Developments in Practice. *ARC Journal of Psychiatry*. 2016;1(1):21-31.
38. Jones J, Eales S. Practising safe and effective observation. In: Callaghan P, Playle J, Cooper L, editors. *Mental Health Nursing Skills*. New York: Oxford University Press; 2009. p. 173-81.
39. Whittington R, Baskind E, Paterson B. Coercive Measures in the Management of Imminent Violence: Restraint, Seclusion and Enhanced Observation. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings*. New York: Springer; 2006. p. 145-72.
40. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2006(3):CD002084.
41. Zuaboni G, Nienaber A, Schulz M. Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie - Sicherheit und Prävention durch Beziehung und professionnelle Begleitung. *Case Management*. 2017(1):8-12.

# Ein Fall mit fehlenden Vorbefunden

## Erste Vorstellung

Ein 64-jähriger Patient in gutem Allgemeinzustand beklagt eine langdauernde Lumboischialgie, außerdem eine zunehmende Taubheit der Füße, vor allem der lateralen Zehen beidseits. Deshalb war er schon in der Universitätsklinik ohne Erfolg untersucht, medikamentös behandelt und auch am Tarsaltunnel operiert worden, ebenfalls ohne Erfolg. Im Liegen gehe es einigermaßen, berichtet der Patient. Im Stehen würden die Beschwerden hingegen schlimmer. Es komme dann zu Unsicherheit und Parästhesien an den Oberschenkeln, einem Schwächegefühl. Manchmal trete ein „Surren“ beidseits auf, das sich „wie Stromschläge“ anfühle. Unterlagen zu den Voruntersuchungen hat der Patient leider nicht dabei, ist jedoch beunruhigt, weil jemand etwas von einer möglichen Borreliose gesagt habe.

## Neurologischer Befund

Freies Gehen und Entkleiden. Keine manifesten Paresen, leichte Adipositas. Unauffällige Hirnnervenfunktion, an der oberen Extremität seitengleiche mittel-lebhafte Muskeleigenreflexe. Pallhypästhesie rechts an der Großzehe erloschen, am Malleolus 4/8, links inklusive Malleolus erloschen, an der Tibia 4/8, Achillessehnenreflex (ASR) abgeschwächt. Zehenspreizen nicht möglich, keine relevanten trophischen Störungen. Hoffmann-Tinel-Phänomen über der Leiste positiv, über dem Tarsaltunnel negativ.

## Vorläufige Einordnung

Der Patient berichtet Symptome, die an eine Polyneuropathie (PNP) erinnern, aber auch eine lageabhängige Komponente mit Verschlechterung im Stehen und Gehen sowie lumbalen Schmerz beinhalten, sodass differenzialdiagnostisch neben der PNP eventuell auch an eine überlagernde lumbale Wirbelsäulenpro-

blematik zu denken ist. Ein Tarsaltunnelsyndrom ist bekannt und operiert und könnte ebenfalls einen Teil der Beschwerden erklären. Das positive Hoffmann-Tinel-Phänomen über der Leiste belegt eine Meralgia paraesthetica.

## Weiteres Vorgehen

### Frage 1

Welche diagnostischen Schritte halten Sie zunächst für angebracht?

- a. Anfordern von Vorbefunden
- b. Nervenleitgeschwindigkeit (NLG)
- c. Nadel-Elektromyografie (EMG)
- d. Somatosensibel evozierte Potenziale (SEP) des Nervus (N.) tibialis
- e. Magnetresonanztomografie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS)

### Lösung

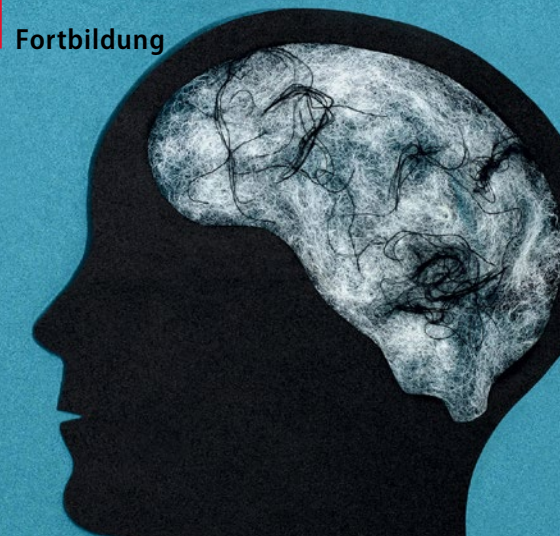
Die Antworten a, b, d und e sind richtig.

Die Vorbefunde zu kennen ist auf jeden Fall hilfreich. Der Patient will diese zum nächsten Termin mitbringen.

Die Messung der motorischen NLG des N. peroneus links ergibt eine distale motorische Latenz (DML) von 4,5 ms. Die Amplitude beträgt 3 mV, die NLG 41 m/s. Die entsprechenden Befunde des N. tibialis links: 5,4 ms, 1 mV, über dem Tarsaltunnel 30 m/s, proximal 37 m/s; N. tibialis rechts: 3,3 ms, 2 mV, über dem Tarsaltunnel 33 m/s, proximal 41 m/s. Die Ableitung der sensiblen NLG des N. suralis misslingt (nicht sicher pathologisch zu werten). Insgesamt ergeben sich Hinweise auf ein beidseitiges Tarsaltunnelsyndrom und auf eine leichte demyelinisierende sensomotorische PNP.

Zum Untersuchungszeitpunkt sehe ich keine Veranlassung zur invasiven EMG-Ableitung.

Die Ableitung der Tibialis-SEP ergibt gering artefaktgestörte Potenziale, aus-



## 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 1-2/2019

Schwer behandelbare Depression

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

### Das Online-Archiv unter

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



reichend reproduzierbar mit einer Latenz der P40 von rechts 40 ms und links 39 ms. Dieser Befund wird als normal bewertet.

Die MRT der LWS (**Abb. 1**) zeigt bei der MR-Myelografie eine relative spinale Enge mit punctum maximum hinter LWK 3/4. Ursächlich erkennt man eine hypertrophe Spondylarthrose, jedoch ohne Hinweis auf Instabilität. Ausreichend weite Neuroforamina sind keine Anhaltspunkte für eine relevante Arthritis der Iliosakralgelenke (ISG).

## Vorläufige Diagnose und Therapieversuch

### Frage 2

Welche vorläufige(n) Diagnose(n) und welche therapeutische(n) Konsequenz(en) halten Sie für angebracht?

- PNP, Therapieversuch mit Gabapentin
- Tarsaltunnelsyndrom, erneute Operation
- Claudicatio spinalis, Vorstellung beim Chirurgen
- Claudicatio spinalis, Physiotherapie

- Diagnose anhand der bislang vorliegenden Befunde nicht möglich
- Verdacht auf Borreliose, Lumbalpunktion

### Lösung

Die Antworten a und e sind richtig.

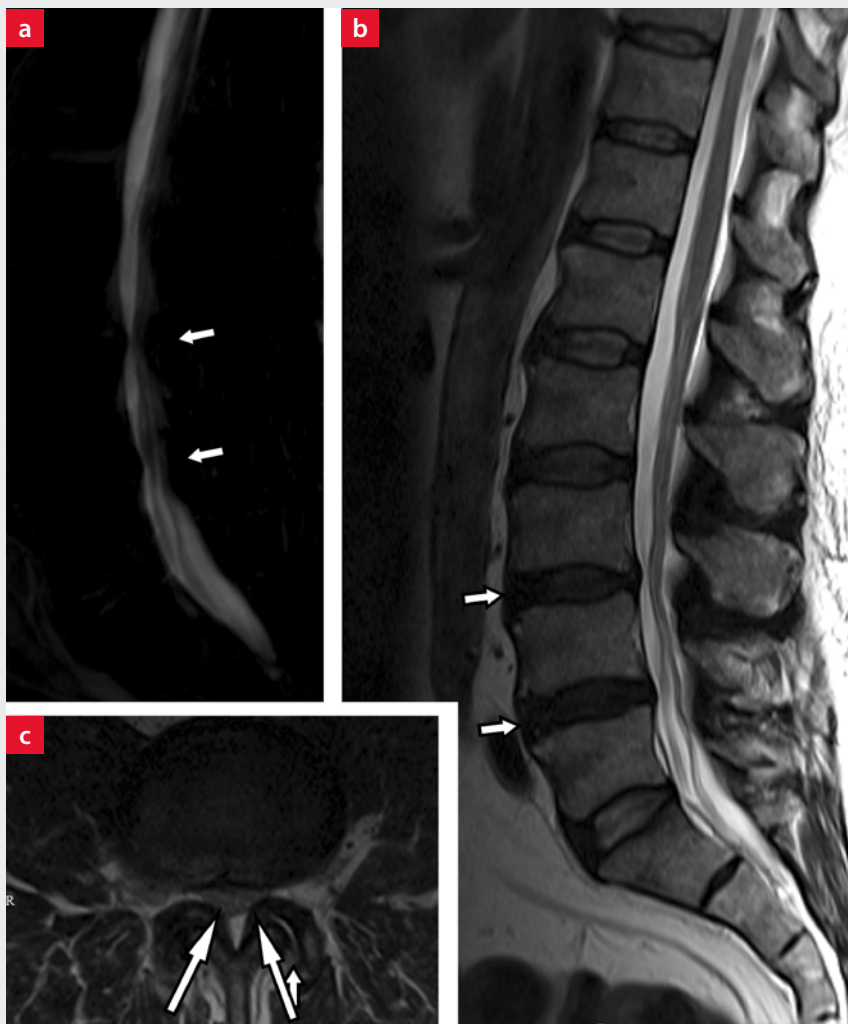
Klinik und NLG-Befunde lassen an eine PNP denken. Im Verdachtsfall sind gemäß der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) weitere diagnostische Schritte, insbesondere Laboruntersuchungen sinnvoll. Weil der Patient von einer stattgehabten universitären stationären Abklärung berichtet, wird über eine weitere Abklärung erst in Kenntnis der Vorbefunde entschieden. Nachdem der Leidensdruck des Patienten hoch ist und er seinen Angaben zufolge noch nicht mit Gabapentin behandelt worden war, erfolgt ein Therapieversuch mit 300 mg abends, bei Bedarf steigerbar bis zur Wiedervorstellung.

Ein Tarsaltunnelsyndrom liegt zweifelsfrei vor. Beweisend sind die deutlich verzögerten NLG über dem Tarsaltunnel. Allerdings stehen die Beschwerden des Patienten damit nicht im Einklang. Daher wird diese Fährte zunächst nicht weiter verfolgt. Die MRT zeigt zwar eine relative spinale Enge. Ein solcher Befund findet sich jedoch häufig auch bei symptomarmen oder -freien Patienten. Das Ausmaß in diesem Fall ist eher gering und es fehlen Zeichen der Instabilität (Facettengruss oder -deformität größeren Ausmaßes mit Wirbelgleiten). Daher ist das Vorgehen sicherlich konservativ.

Für eine Claudicatio spinalis sind die geklagten Symptome nicht typisch. Zu erwarten wären eher zunehmende Beschwerden bei längerem Stehen oder Gehen, mit dem Drang, sich zu setzen oder zu versuchen, die Enge mechanisch „zurechtzurütteln“. Physiotherapie wird nicht schaden, aber auch nicht nutzen.

Bis auf den diffus geäußerten Verdacht gibt es nichts, was den Verdacht auf eine Borreliose erhärtet. Die Lumbalpunktion ist sicherlich in der Universitätsklinik durchgeführt worden, sodass hier neugieriges Abwarten auf die Vorbefunde gerechtfertigt ist, mit umfassender Aufklärung des Patienten über den Nutzen der Mitarbeit seinerseits.

Zusammenfassend ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt tatsächlich nicht



**Abb. 1:** MRT der LWS. Die MR-Myelografie zeigt relative Engen auf den Höhen LWK 3/4, mehr als auf 4/5 (Pfeile), mit jeweils noch vorhandenem Liquorsignal (a). Die T2-Wichtung sagittal 4 mm zeigt dehydrierte Bandscheiben mit minimalen Vorwölbungen auf den Höhen LWK 3/4 und 4/5 (Pfeile von ventral. b: In der T2-Wichtung transversal 4 mm sind die hypertrophe Spondylarthrose mit diskret hyperintensem Erguss links (kurzer Pfeil) und die hypertrophen Ligamenta flava (lange Pfeile) erkennbar (c).

möglich, eine hinlänglich sichere Diagnose zu stellen. Den Therapieversuch mit Gabapentin halte ich aus den oben dargelegten Gründen für vertretbar.

### Kontrolltermin drei Monate später

Der Patient berichtet von Verträglichkeit, aber nur geringer Wirkung des Gabapentin auf die Schmerzen. Die störende Unsicherheit und Schwäche sind unverändert. Die erbetenen Vorbefunde hat der Patient dabei. Hier ist vor allem der Befund einer Universitätsklinik erwähnenswert, in dem eine nicht dystrophe Myotonie sowie eine axonale PNP nachgewiesen worden waren.

Auf Nachfragen betont der Patient dann doch noch myotone Aspekte seiner Beschwerden mit geringer Zehensteife und myotonen Reaktionen auf bestimmte Bewegungen, die unter anderem beim Tennisspielen sehr störend seien. Er könne oft gar nicht gerade auf den Fußsohlen stehen, weil sich die Zehen so verkrampfen. Auch sein Vater habe ähnliche Beschwerden (Muskelkrämpfe) gehabt und sein Sohn womöglich ebenso.

Die neurologische Untersuchung erbrachte seitengleich schwache Muskelseigenreflexe, eine deutliche Gangataxie, eine geringe Steifigkeit der Muskulatur sowie zum Teil eine myotone Delle bei Perkussion.

### Bewertung und weiteres Vorgehen

#### Frage 3

Welche Diagnostik ist nun angebracht?

- Kritisches Reflektieren der Arzt-Patient-Kommunikation
- Elektromyografie
- Humangenetische Abklärung
- Lumbalpunktion und Borrelia-Serologie
- Medikamentöser Therapieversuch

#### Lösung

Alle Antworten sind richtig.

Dieser Verlauf hat mich schon zum Grübeln über meine Kommunikationsfähigkeit gebracht. Offenbar gilt bedrohlich das Motto der Dumont-Reiseführer auch im Sprechzimmer: Man sieht nur, was man weiß. Dem Patienten waren die Verdachtsdiagnosen Polyneuropathie und Borreliose erinnerlich und vor diesem Hintergrund filterten wir beide sei-

ne Symptome, sodass sich ein scheinbar schlüssiges Bild ergab. Im Nachhinein sind die Symptome nun viel besser zu verstehen und der Patient kann viel freier berichten. Wobei er nebenbei auch noch eine störende erektile Dysfunktion erwähnt.

Angesichts der geänderten Gesamtsituation wird nun eine Nadel-EMG vom M. vastus medialis rechts und M. tibialis anterior links durchgeführt. Befunde: Jeweils deutliche verlängerte Einstichaktivität, myotone Serien mit charakteristischem Geräusch bei Perkussion, aber auch bei Willkürinnervation, Interferenz aber relativ gut. Die Symptome sind so charakteristisch und ausgeprägt, dass auf eine längere Untersuchung verzichtet wird. Damit ist der Nachweis der Myotonie erbracht.

Die Abklärung der Universitätsklinik war umfassend; die genetische Testung wäre zu vertreten, wurde dem Patienten auch angeboten, aber abgelehnt.

Lumbalpunktion und Borrelia-Serologie waren an der Universitätsklinik bereits durchgeführt worden. Eine Wiederholung ist ohne richtungsweisende Symptomenänderung nicht nötig. Insbesondere wurde eine Neuroborreliose ausreichend sicher ausgeschlossen.

Ein Behandlungsversuch mit dem Natriumkanalblocker Mexiletin war wegen Nebenwirkungen abgebrochen worden. Es gibt aber eine interessante Studie zum Einsatz von Lamotrigin (ebenfalls ein Natriumkanalblocker, aber deutlich besser verträglich) bei nicht dystropher Myotonie [Andersen et al, Brain, 2017; 140 (9) 2295ff; <https://academic.oup.com/brain/article/140/9/2295/4096694>]. Daraufhin erfolgte nach schriftlich bestätigter Off-Label-Aufklärung der Antrag bei der Krankenkasse und nach Genehmigung die Behandlung mit der üblichen einschleichenden Dosierung mit initial 25 mg/Tag und zweiwöchentlich schrittweiser Erhöhung bis auf 2 × 100 mg. Unter dieser Medikation besserten sich die Hauptbeschwerden deutlich. Zusätzlich erfolgt die tropfenweise Eindosierung von Amitriptylin gegen die nächtlichen Parästhesien, was der Patient früher schlecht vertragen hatte. Die erektile Dysfunktion wird versuchsweise mit Sildenafil behandelt. Es wurden jedoch nicht alle genannten Medikamente

auf einmal neu eingeführt, sondern über die Monate jeweils nach Beobachtung des Therapieeffekts der zuletzt hinzugefügten Substanz.

### Neurologische Diagnosen

Zusammenfassend liegen bei dem Patienten folgende Erkrankungen vor:

- Nicht dystrophe Myotonie
- Leichte sensomotorische demyelinisierende PNP mit erektiler Dysfunktion
- Meralgia paraesthetica (derzeit nicht relevant)
- Tarsaltunnelsyndrom (derzeit nicht relevant)
- Relative lumbale spinale Enge bei degenerativen LWS-Veränderungen mit Lumbago, aber ohne Claudicatio (derzeit nicht relevant)

### Kontrolle neun Monate nach der Erstvorstellung

Unter der Behandlung mit 2 × 100 mg Lamotrigin und drei Tropfen Amitriptylin kann der Patient gut schlafen und wacht lediglich einmal pro Nacht auf. Die Beschwerden infolge der Verkrampfung der Füße sind deutlich geringer, allerdings hat er jetzt manchmal das Gefühl, fast nach vorn zu kippen, wenn er am Waschbecken steht. Er kann es kaum fassen, dass die Füße nicht mehr so steif den geraden Stand verhindern und ist sehr zufrieden.

Sildenafil hat gegen die erektile Dysfunktion gut geholfen, das möchte der Patient (weil Lifestyle Medikament auf Privatrezept) weiterverordnet bekommen.

Lamotrigin konnte im weiteren Verlauf bei ausreichender Wirkung auf 50–0–100 mg reduziert werden.

#### AUTOR

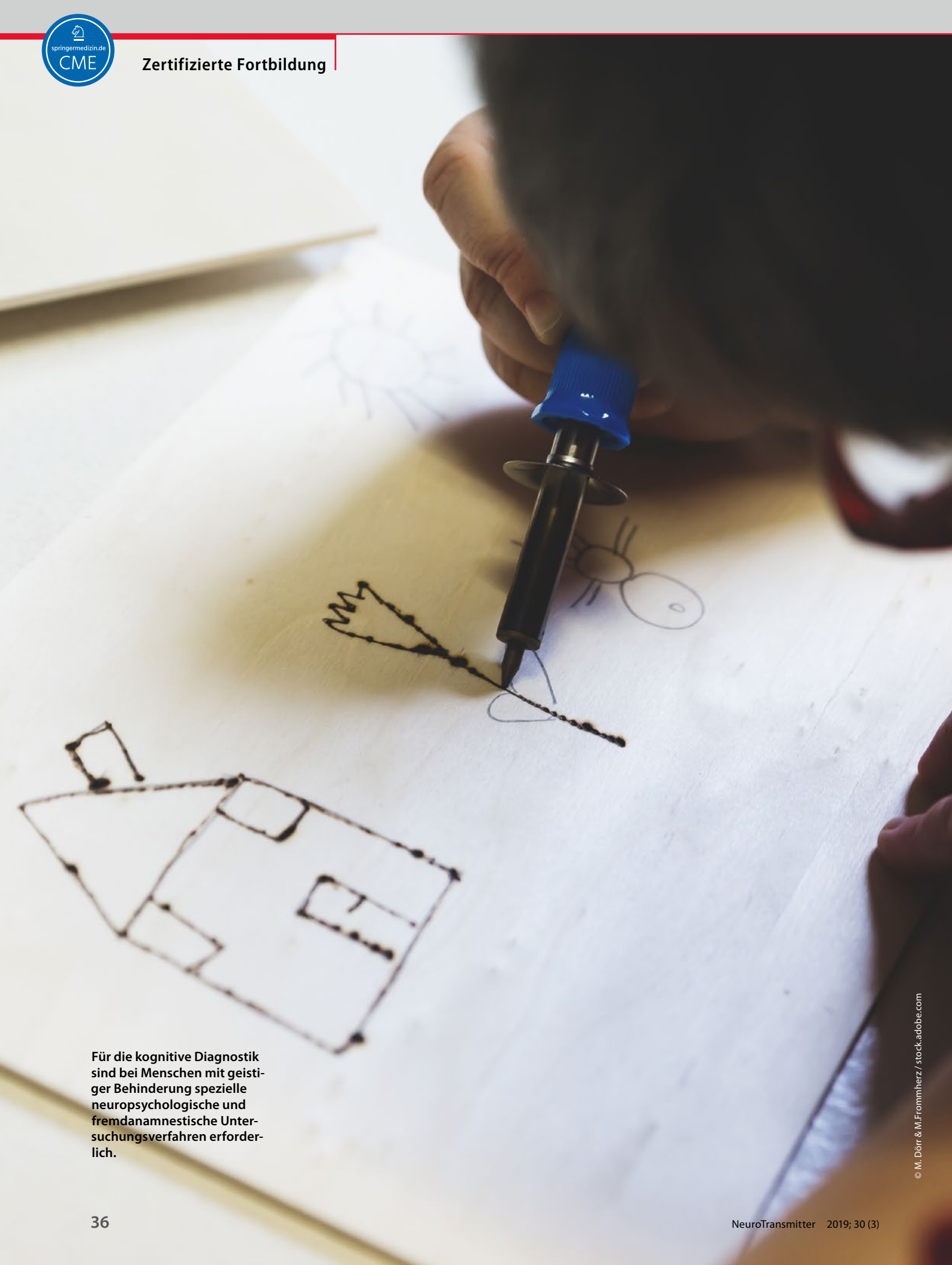
Prof. Dr. med.  
Wolfgang Freund

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

E-Mail: [freund@neurologie-biberach.de](mailto:freund@neurologie-biberach.de)



© W. Freund



Für die kognitive Diagnostik sind bei Menschen mit geistiger Behinderung spezielle neuropsychologische und fremdanamnestiche Untersuchungsverfahren erforderlich.

## Schwierige Differenzialdiagnose

# Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit einer geistiger Behinderung werden immer älter und alterstypische Erkrankungen treten bei ihnen daher häufiger auf, so auch Demenzen. Die Symptomatik und der diagnostische Prozess unterscheiden sich allerdings deutlich im Vergleich zu Menschen ohne geistige Behinderung. Für eine adäquate Behandlung und Begleitung ist das Erkennen der Diagnose jedoch essenziell.

BJÖRN KRUSE, SANDRA VERENA MÜLLER, TANJA SAPPOK

**M**enschen mit geistiger Behinderung (MmgB) machen in Deutschland zirka 1 % der Gesamtbevölkerung aus [1]. Dabei ist das Erreichen des 60. Lebensjahres bei MmgB in Deutschland ein relativ neues Phänomen [2]. Die Ursachen sind vielfältig, vor allem sind diese wohl in der besseren medizinischen Versorgung zu sehen, doch auch die systematischen Ermordung der Vorgängergeneration im Dritten Reich ist ein Grund. Nach einer Studie aus Westfalen-Lippe betrug der Anteil der über Sechzigjährigen MmgB 2010 zirka 10 %, für 2030 wird ein Anstieg auf über 30 % prognostiziert [3]. Mit dem Alter steigt auch die Inzidenz von Demenzen, bei MmgB sogar überproportional stark. Dabei unterscheidet sich die klinische Symptomatik teils deutlich von der bei Menschen ohne geistige Behinderung [4, 5]. In den nächsten Jahren ist mit einem starken Anstieg an neurologisch-psychiatrischen Vorstellungen älterer MmgB zu rechnen, deren neu aufgetretene Beschwerden möglicherweise auf eine Demenz zurückzuführen sind.

### Klinisches Bild

Die klinische Präsentation von Demenzen unterscheidet sich in Abhängigkeit vom Grad der geistigen Behinderung [4]:

#### Leichte bis mittelgradige geistige Behinderung

Bei dieser Patientengruppe ist die klinische Symptomatik häufig ähnlich wie bei Menschen ohne geistige Behinderung. In Abhängigkeit von der Demenzform stehen mnestiche, aphasische, apraktische, affektive, halluzinatorische und weitere Symptome mit den jeweils typischen Verhaltensproblemen im Vordergrund. Die Symptome treten jedoch teils weniger deutlich als bei Menschen ohne geistige Behinderung auf und es können Symptome wie bei Menschen mit mittelgradiger bis schwerer geistiger Behinderung im Vordergrund stehen.

#### Mittelgradige und schwerere geistige Behinderung

Mit zunehmendem Maß der geistigen Behinderung ändert sich das klinische Bild: Die klassischen Demenzsymptome treten in den Hintergrund oder sind gar nicht zu erheben. Stattdessen

zeigen viele Betroffene initial eine unspezifische Verschlechterung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens mit wachsender Inaktivität und sozialem Rückzug. So können zum Beispiel zuvor beherrschte Fähigkeiten wie Körperpflege nicht mehr im gewohnten Maße eigenständig durchgeführt werden und der Unterstützungsbedarf nimmt zu. Hinzu kommt ein fortschreitender Verlust von Interessen sowie Abnahme der Kommunikation. Bereits initial können Veränderungen im Schlafverhalten auftreten. Daneben treten weitere, unspezifische Symptome, etwa im Tiefensehen auf, sodass Betroffene zum Beispiel Ängste vorm Treppensteigen entwickeln können [6]. Ein weiteres häufiges Kernsymptom ist eine deutliche motorische Unruhe mit „Wandern“ (Tab. 1).

Erschwerend kommt bei der diagnostischen Einordnung dieser Symptome hinzu, dass sich mit zunehmendem Grad der geistigen Behinderung die Symptomatik bei verschiedenen Erkrankungen klinisch ähnlich präsentiert. So kann ein Rückzug oder die Abnahme der alltagspraktischen Fähigkeiten sowohl auf einer Demenz als auch auf zum Beispiel einer Depression oder auch körperlichen Erkrankungen wie Schmerzsyndromen beruhen [7]. Eine suffiziente differenzialdiagnostische Abklärung ist daher wichtig, die Umsetzung ist europaweit gegenwärtig jedoch unbefriedigend [8, 9].

#### Down-Syndrom

Unabhängig vom Grad der geistigen Behinderung treten die in Tab. 1 aufgeführten Symptome bei Menschen mit Down-Syndrom häufig in einem frühen Stadium der Erkrankung auf. Der Verlauf ist oft deutlich schneller als bei Menschen ohne Down-Syndrom [10] und es kommt deutlich häufiger zu epileptischen Anfällen. Initial sind dies meist myoklonische, später auch generalisiert tonisch-klonische Anfälle [11]. Das Auftreten der Anfälle scheint dabei ein prognostisch ungünstiger Faktor zu sein: In einer Studie von Prasher trat der Tod durchschnittlich drei Jahre nach dem ersten Auftreten von Anfällen auf [12]. Einschränkung ist dabei die kleine Fallzahl und das retrospektive Design der Studie; umfangreichere Untersuchungen zu dem Thema liegen bisher nicht vor.

**Tab. 1: Häufige Demenzsymptome bei Menschen mit geistiger Behinderung**

|                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| — Verschlechterung der Aktivitäten des alltäglichen Lebens                                              |
| — Desorientiertheit, Verwirrtheit                                                                       |
| — Wachsende Inaktivität/sozialer Rückzug                                                                |
| — Verlust von Interessen                                                                                |
| — Abnahme der Kommunikation                                                                             |
| — Affektive Auffälligkeiten (z. B. Stimmungsschwankungen, Gereiztheit)                                  |
| — Veränderungen im Schlafverhalten                                                                      |
| — Motorische Unruhe/„wandern“                                                                           |
| — Weitere unspezifische Symptome (z. B. Schwierigkeiten im Tiefensehen etwa bei Treppenstufen)          |
| — Neu auftretende Anfälle                                                                               |
| — „Klassische“ Symptome (Aphasie, Apraxie, Gedächtnisstörung im eigentlichen Sinn) erst spät im Verlauf |

## Inzidenz

Die grundsätzlichen Erkrankungsrisiken sind bei Menschen mit und ohne geistige Behinderungen gleich [13]. So treten Demenzen mit steigendem Lebensalter häufiger auf, die Auswirkungen des Alters und der geistigen Behinderung können sich dabei addieren. Das Ausmaß der geistigen Behinderung hat aber keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens von Demenzen [14, 15]. Zusätzlich ist die medizinische Versorgung der MmGB trotz aller Fortschritte häufig weniger gut als in der nicht betroffenen Allgemeinbevölkerung, sodass zum Beispiel Diabetes Mellitus, arterieller Hypertonus oder Schmerzen oft länger unerkannt bleiben [16]. In der Folge ist die Inzidenz von Demenzen bei MmGB (ohne Personen mit Down-Syndrom) auf das fünffache gegenüber der Allgemeinbevölkerung gesteigert [17]. Aufgrund der perspektivisch zu erwartenden, steigenden Zahl betagter MmGB ist auch eine weitere Steigerung der Inzidenz von MmGB und zusätzlicher Demenz zu erwarten.

Bei Menschen mit Down-Syndrom tritt die Demenz nochmals deutlich früher auf: Im Alter von 30 bis 39 Jahren leiden 2 %, mit 50 Jahren bereits die Hälfte der Menschen mit Down-Syndrom unter einer Demenz [18]. Unter den älteren Menschen mit Down-Syndrom ist sie die häufigste Todesursache [19].

## Ursachen

Die Ursachen für Demenzen unterscheiden sich nicht grundsätzlich bei Menschen mit und ohne geistige Behinderung. Entsprechend gibt es primäre und sekundäre Demenzen sowie dementielle Syndrome auch im Rahmen psychischer Erkrankungen.

### Primäre Demenzen

Die häufigste primäre Demenzform ist die Demenz vom Alzheimer-Typ [20], wobei neuroanatomisch die Demenzen mit gemischten neurodegenerativen und vaskulären Hirnveränderungen weitaus häufiger sind [21]. Daneben treten mit abnehmender

Häufigkeit vaskuläre, Lewy-Körperchen- und Parkinson-Demenzen auf. Untersuchungen zur Häufigkeit der unterschiedlichen Demenzformen speziell bei MmGB gibt es bisher nicht.

### Sekundäre Demenzen

Sekundäre Demenzen treten in Abhängigkeit von verschiedenen internistischen Grunderkrankungen und als Medikamentennebenwirkungen auf [22]. Typische internistische Erkrankungen sind dabei kardiovaskuläre Erkrankungen, Endokrinopathien (z. B. Hyper-/Hypothyreose), Vitamin-B<sub>12</sub>- oder Folsäuremangel und Niereninsuffizienzen. Wie oben geschrieben, sind diese Erkrankungen bei MmGB aufgrund der weiterhin durchschnittlich schlechteren medizinischen Versorgung unterdiagnostiziert, sodass sie tendenziell häufiger zu dementiellen Syndromen führen können. Spezielle Untersuchungen liegen hierzu ebenfalls nicht vor.

Psychische Erkrankungen zeigen sich klinisch bei MmGB häufig wie Demenzen mit unspezifischen Symptomen [23]. Insbesondere affektive Erkrankungen, die im höheren Lebensalter häufiger auftreten, können wie eine Demenz imponieren.

### Chromosom 21 und Amyloid-Vorläufer-Protein

Eine besondere Gruppe bilden die Menschen mit Down-Syndrom: Die Häufung von Demenzen vom Alzheimer-Typ wird auf das dreifache Vorliegen des Chromosom 21 zurückgeführt, auf dem das Gen für das Amyloid-Vorläufer-Protein liegt [24]. Entsprechend kommt es zu verstärkter Transkription des Gens, was zu vermehrter Bildung des Proteins führt. Aus dem Protein entsteht dann  $\beta$ -Amyloid, das sich in verstärktem Maße extrazellulär abgelagert und damit zu den Alzheimer-typischen extrazellulären Veränderungen führt, mit nachfolgendem vermehrten Nervenzelluntergang. Diese Veränderungen sind bereits spätestens ab dem 35. Lebensjahr im Gehirn von Menschen mit Down-Syndrom nachweisbar [25] und treten initial nicht wie sonst üblich mesiotemporal, sondern eher frontobasal auf, was auch als mögliche Mitursache für die atypische klinische Präsentation gesehen wird [26].

### Schilddrüsenfunktionsstörungen

Darüber hinaus treten noch andere Erkrankungen bei Menschen mit Down-Syndrom deutlich gehäuft auf: Große Relevanz haben hier Hypothyreosen und Autoimmunthyreoididen, teils auch mit Autoimmunenzephalopathien (steroid-sensitive Autoimmunenzephalopathie, SREAT) [27, 28, 29], die jeweils zu einem potenziell reversiblen dementiellen Syndrom führen können. Infolge der Entzündungsreaktion in der Schilddrüse kann es außerdem zur Schädigung der C-Zellen mit einer Störung des Kalziumstoffwechsels kommen, die ebenfalls zu einem potenziell reversiblen dementiellen Syndrom führen kann [30].

## Diagnostik

Die Diagnostik erfolgt entsprechend der Leitlinien der DGPPN/DGN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/Deutsche Gesellschaft für Neurologie) [31], ergänzt durch die Empfehlungen entsprechend des „Diagnostic manual –intellectual disability“ [32] (**Tab. 2**). Dabei fehlen in den Leitlinien spezifische Maßga-

ben für MmgB. Es bedarf aber aufgrund der dargestellten unterschiedlichen klinischen Symptomatik und der Heterogenität der prämorbid kognitiven Fähigkeiten der MmgB einiger Anpassungen gegenüber Menschen ohne geistige Behinderung. Außerdem sind einige der von den Leitlinien vorgeschlagenen diagnostischen Prozeduren bei MmgB nicht umsetzbar:

Da sich die Symptomatik oft zwischen MmgB und Menschen ohne geistige Behinderungen unterscheidet, muss die Anamnese neben dem Abfragen der typischen Demenzsymptome besonders auch die in **Tab. 1** geschilderten Symptome umfassen.

Die körperliche Diagnostik zum Ausschluss symptomatischer demenzieller Syndrome muss noch diffiziler erfolgen als bei Menschen ohne geistige Behinderung, da die Selbstreportfähigkeit für Symptome anderer Erkrankungen deutlich geringer ist und diese nicht zuletzt dadurch häufig nicht diagnostiziert werden [19]. Spezielle Populationen wie Menschen mit Down-Syndrom entwickeln dabei deutlich häufiger als der Durchschnitt der Bevölkerung bei der Entstehung demenzieller Syndrome relevante Erkrankungen, sodass der somatischen Diagnostik ein hoher Stellenwert zukommt. Entsprechend sollte die Neigung zu speziellen Erkrankungen auf dem Boden bestehender Syndrome oder Grunderkrankungen eruiert und gezielt auf diese Erkrankungen untersucht werden. Beispielsweise sollte bei Menschen mit spastischen Paresen nach schmerzhaften Kontrakturen oder bei Menschen mit Down-Syndrom unter anderem nach Schilddrüsenfunktionsstörungen als Ursache für Verhaltensänderungen gesucht werden.

### CT/MRT

Eine Bildgebung ist bei der Diagnostik demenzieller Syndrome obligat [31]. Aufgrund der häufig gesteigerten Irritabilität ist dabei ohne Anästhesie oder tiefe Sedierung meist nur eine Computertomografie (CT) möglich, insbesondere bei jüngeren und ausreichend kooperativen Patienten sollte jedoch eine Kernspintomografie (MRT) bevorzugt werden.

### Lumbalpunktion

Ebenso kann die Lumbalpunktion mit Erhebung der Demenzmarker (Tau, Phospho-Tau, Beta-Amyloid inkl. 1-42/1-40-Ratio) differenzialdiagnostisch hilfreich sein. Eine ruhige, zugewandte Atmosphäre mit ausreichend Zeit kann auch bei zunächst wenig kooperativen Personen die Durchführung einer Lumbalpunktion ermöglichen. Bei Menschen mit Down-Syndrom ist dabei einschränkend zu berücksichtigen, dass die Beta-Amyloid-Werte auf Grund der Stoffwechselbesonderheiten auch ohne Vorliegen einer Demenz meistens erhöht sind, eigene Normwerte für diese Klientel existieren nicht. Die Tau-Proteine sind von diesen Veränderungen nicht betroffen [33].

### Neuropsychologische Testinstrumente

Die bei Menschen ohne geistige Behinderung zum Einsatz kommenden neuropsychologischen Testinstrumente beziehungsweise ihre Normierungen sind für MmgB nicht einsetzbar. Die kognitiven Fähigkeiten dieser Klientel sind heterogen und die gestellten Aufgaben können wegen der bereits prämorbid bestehenden kognitiven Defizite häufig nicht adäquat bearbeitet werden. Daher sollten spezielle Verfahren verwendet wer-

**Tab. 2: Diagnostisches Vorgehen zur Demenzabklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung (mod. nach [48])**

#### Schritte der Demenz-Diagnostik

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Anamnese</b>                      | demenzspezifische Anamneseerhebung und Screening-Fragebogen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Klinische Untersuchung</b>        | allgemeine körperliche, psychiatrische und neurologische Untersuchung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Labordiagnostik</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>entsprechend den Leitlinien der DGPPN/DGN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/Deutsche Gesellschaft für Neurologie)</li> <li>BB, Na, K, Ca, Nüchtern-BZ, TSH, Blutsenkung, GOT, gGT, Kreatinin, Harnstoff, Vitamin B<sub>12</sub></li> <li>zusätzlich: Folsäure, HbA1c, Borrelien-, TPHA-Serologie</li> <li>bei klinischem Verdacht: Schilddrüsen-Autoantikörper)</li> <li>Liquordiagnostik bei differenzialdiagnostischer Relevanz</li> </ul> |
| <b>Testpsychologische Diagnostik</b> | Kombination aus Fremdbefragung und neuropsychologischer Testung (z. B. Demenzttest für Menschen mit Intelligenzminderung, DTIM)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Zerebrale Bildgebung</b>          | kraniale Computertomografie oder Magnetresonanztomografie (cCT/cMRT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

den, die teils auf Fremdbeobachtungen und teils auf einer direkten Untersuchung der Patienten beruhen, und nur zum Teil auf Deutsch zur Verfügung stehen (nach [34]):

#### Fremdbeobachtungsverfahren

- CEDIM (Checkliste zur Erfassung von demenziellen Entwicklungen bei Menschen mit Intelligenzminderung [35]): Kurzfragebogen aus sechs Items und einem Anamnesebogen. Einsetzbar als regelmäßiges Screening-Instrument durch nicht speziell geschulte Personen, zum Beispiel Betreuende in den Wohneinrichtungen.
- DLD (Dementia Questionnaire for People with Learning Disabilities [36]): Fragebogen aus 50 Fragen, nicht auf Deutsch verfügbar. Der Fragebogen wird durch Befragung von Betreuenden durch eine geschulte Person erhoben.
- DSDS (Dementia Scale for Down's Syndrom [37]): Bogen aus 60 Fragen speziell für Menschen mit Down-Syndrom, nicht auf Deutsch verfügbar. Der Fragebogen wird ebenfalls durch Befragung von Betreuenden durch eine geschulte Person erhoben.
- DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities [38]): 53 Fragen und ein Anamnesebogen, als Teil des DTIM (s. u.) demnächst auf Deutsch verfügbar. Er kann durch Betreuungspersonen ausgefüllt und ausgewertet werden, eine jährliche Durchführung als Screening wird empfohlen.
- NTG-EDSD (National Task Group-Early Detection Screen for Dementia [39]): überarbeitete Version des DSQIID, 63 Fragen und zwei Anamneseteile, auf Deutsch verfügbar. Er kann ebenfalls durch Betreuungspersonen ausgefüllt und

ausgewertet werden, eine jährliche Durchführung als Screening wird empfohlen.

#### Kombination Fremdbefragung/neuropsychologische Tests

Alle diese Testverfahren müssen von geschultem Fachpersonal durchgeführt werden.

- **Test battery** for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability [40], nicht in Deutsch verfügbar.
- **CAMDEX-DS** (Cambridge Examination for Mental Disorders of Older People with Down's Syndrome and Others with Intellectual Disabilities [41]), nicht in Deutsch verfügbar.
- **DTIM** (Demenztest für Menschen mit Intelligenzminderung [42]), erstes und einziges Instrument in Deutsch, demnächst verfügbar.

Die „Test battery“ und der DTIM erfordern zwei Untersuchungen im Abstand von mindestens sechs Monaten, um über eine intraindividuelle Normierung gegebenenfalls einen kognitiven Abbau nachweisen zu können. Beide Verfahren greifen wie die CAMDEX-DS auch auf eine retrospektive Befragung des Helfersystems zurück, erhöhen durch die Wiederholungsuntersuchung jedoch die diagnostische Sicherheit.

#### Therapie

Die Datenlage für die Therapie von Demenzen bei MmGB ist unbefriedigend: Weder für die medikamentösen noch für die nicht medikamentösen Therapieverfahren liegen ausreichende Studien vor.

#### Medikamentöse Therapie

Speziell für Patienten mit Down-Syndrom und Demenz gibt es relativ umfangreiche Daten bei allerdings nicht zufriedenstellender Qualität der Studien [43], sodass letztlich ausschließlich

über Donepezil und Memantine Aussagen getroffen werden können: Donepezil brachte dabei keine eindeutige Besserung bei leicht erhöhter Nebenwirkungsrate gegenüber Placebo. Memantine erbrachte in der Metaanalyse im Vergleich zu Placebo weder eine Besserung der kognitiven Funktionen noch des Verhaltens, auch die Verträglichkeit unterschied sich nicht signifikant.

#### Grundsätze wie bei Menschen ohne geistige Behinderung

Aufgrund der unzureichenden Datenlage folgt die Therapie der Demenz bei MmGB daher denselben Grundsätzen wie bei Menschen ohne geistige Behinderung: Medikamentös kommen bei leichter bis mittelschwerer Demenz Acetylcholinesterasehemmerstoffe (Donepezil, Galantamin und Rivastigmin) zum Einsatz. Nach unserer Erfahrung werden diese Medikamente in der Regel gut vertragen, nicht selten kommt es insbesondere bei Patienten mit Down-Syndrom sogar zu einer vorübergehenden deutlichen Besserung der Demenzsymptome. Für die mittelschwere bis schwere Demenz ist NMDA-Rezeptor-Antagonist Memantine zugelassen. Eine spezielle Zulassung oder Behandlungseinschränkung bei MmGB besteht nicht. Wie beim Einsatz von Neuroleptika (s. u.) sind auch bei dieser Substanzgruppe die Grundzüge der leitliniengerechten Pharmakotherapie bei MmGB zu berücksichtigen (**Tab. 3**), außerdem sollte mit einer niedrigen Dosis begonnen werden und nur langsame Dosissteigerung erfolgen [44].

#### Vaskuläre Risikofaktoren

Insbesondere bei bestehender vaskulärer Demenz sollten die vaskulären Risikofaktoren (vor allem erhöhter Bluthochdruck, Blutfette, Blutzuckerwerte) konsequent medikamentös behandelt werden, um ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern oder zu verlangsamen [31]. Wie erwähnt muss hier berücksichtigt werden, dass körperliche Erkrankungen bei MmGB häufig jahrelang nicht diagnostiziert bleiben und daher eine umfassende Diagnostik erfolgen sollte.

#### Psychiatrische Begleitsymptome und Verhaltensstörungen

Im Verlauf der Erkrankung kann versucht werden, auftretende psychiatrische Begleitsymptome und Verhaltensstörungen symptomorientiert psychopharmakologisch entsprechend der S3-Leitlinie Demenz zu behandeln. Dabei müssen ebenfalls die Grundlagen der Psychopharmakologie bei MmGB berücksichtigt werden (**Tab. 3**) [45]. Symptomorientiert können Antidepressiva (z. B. SSRI) oder Neuroleptika (z. B. Risperidon, Aripiprazol, ggf. auch Haloperidol) eingesetzt werden, wobei Präparate mit anticholinergem Potenzial (insbesondere Trizyklien, Olanzapin und Quetiapin) vermieden werden sollten. Benzodiazepine sollten aufgrund ihres Abhängigkeits- und Nebenwirkungspotenzials nur in Ausnahmefällen und nur vorübergehend eingesetzt werden.

#### Nicht medikamentöse Therapie

Ebenso wichtig ist die nicht medikamentöse Therapie: Zentral ist die Milieugestaltung mit Schulung der Unterstützungspersonen und Gestaltung einer demenzfreundlichen Umgebung wie bei Menschen mit Demenz ohne geistige Behinderung. Soweit möglich, sollten die Betroffenen in der gewohnten Umge-

**Tab. 3: Leitliniengerechte Psychopharmakotherapie bei MmGB [45]**

|                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| — Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung                                                                                   |
| — Einbeziehung des Umfelds                                                                                                               |
| — Umfassende Diagnostik und Indikationsstellung vor Behandlungsbeginn                                                                    |
| — Aufklärung und Einwilligung des Patienten, gegebenenfalls des gesetzlichen Betreuers und der Bezugspersonen                            |
| — Definition von Zielsymptomen; regelmäßige Dokumentation und Überprüfung                                                                |
| — Monotherapie bevorzugen; off-label vermeiden; Bedarfsmedikation (Indikation; Dosis; Intervalle definieren)                             |
| — Einnahmевorschriften beachten und sicherstellen                                                                                        |
| — Monitoring: Regelmäßige Prüfung von Indikationsstellung, Wirkung und Nebenwirkungen inkl. Interaktionen; Labor; EKG; Umgebungsfaktoren |
| — Zeitliche Befristung, regelmäßige Absetzversuche, gegebenenfalls Beendigung                                                            |
| — Berücksichtigung nicht pharmakologischer Behandlungsoptionen (Psychotherapie; Heilpädagogik; Umfeld assoziiert/sozial)                 |

bung wohnen bleiben („Ageing in place“ [46]). Da die MmGB häufig schon in vollstationären Einrichtungen leben, erscheint dies zunächst unproblematisch, ist aufgrund der häufig fehlenden Ausrichtung auf Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf jedoch in der Praxis teils schwierig. Hier bedarf es gegebenenfalls Mitarbeiterschulungen zum Thema Demenz, auch kann zusätzliche pflegerische Kompetenz erforderlich werden, insbesondere in der finalen Phase der Demenz. Daneben kann es Schwierigkeiten mit der weiteren Finanzierung der bestehenden Wohnsituation durch die Kostenträger geben [47].

### Hin zum „Unterstützen und Begleiten“

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass MmGB in den stationären Einrichtungen häufig schon über Jahre oder Jahrzehnte eine umfassende, fördernde Unterstützung erhalten. Mit Eintreten der Demenz ist es essenziell, dass Betreuungspersonen das Wesen der Erkrankung mit fortschreitendem Abbau der Fähigkeiten akzeptieren und damit die Betreuung vom „Fördern und Fordern“ hin zum „Unterstützen und Begleiten“ ausrichten [48]. Dies wird teils erschwert durch die von den Kostenträgern der Einrichtungen geforderten Hilfebedarfsplanungen. In den zur Anwendungen kommenden Instrumenten zur Darstellung des Kostenaufwands mittels Einordnung in eine Hilfebedarfsgruppe („HMBW-Verfahren“: Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen) werden Förderziele aufgestellt. Dabei ist es teils schwierig, das Ziel „Unterstützen und Begleiten“ so zu formulieren, dass es von den Kostenträgern akzeptiert und damit eine weitere Begleitung in der Einrichtung möglich wird [47]. In der Begleitung sollten die Grundlagen des Umgangs mit Menschen mit Demenz berücksichtigt werden: Zentral ist ein validierender Umgang, der zum Beispiel nach den Grundregeln der Selbsterhaltungstherapie erfolgen sollte [49]. Auch die Angehörigen, die häufig mit viel Engagement die Entwicklung der Fähigkeiten begleitet haben, bedürfen hier einer guten Aufklärung und Begleitung.

### Psychosoziale Therapieformen

Darüber hinaus nennt die aktuelle S3-Leitlinie Demenz eine Vielzahl psychosozialer Therapieformen, neben kognitiven Verfahren wird das gesamte Spektrum der Therapieformen (Ergotherapie, körperliche Aktivität, künstlerische Therapien, sensorische und multisensorische Verfahren, Lichttherapie) empfohlen. Ausreichend belastbare Daten speziell für MmGB und Demenz gibt es gegenwärtig nicht [50].

### Handouts und Gruppenangebote

Es existieren allerdings eine Vielzahl von sehr hilfreichen Handreichungen zur Begleitung: Speziell entwickelte Broschüren informieren über die inhaltliche Gestaltung von allgemeinen Gruppenangeboten (z. B. [51]). Spezifische Gruppenangebote zum Erhalt der Lebensqualität und zur kulturellen Teilhabe umfassen beispielsweise das kreative Geschichtenerfinden [52] oder das Rezitieren von Gedichten („Weckworte“) [53]. Für die Biografiearbeit gibt es speziell für Menschen mit Behinderung erarbeitete Materialien, zum Beispiel die „Tecklenburger Biographie-Methode“ [54].

### Fazit für die Praxis

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung wegen des Abbaus alltagspraktischer Fähigkeiten vorgestellt werden, sollte eine Demenz abgeklärt werden – insbesondere im höheren Lebensalter sowie bei Vorliegen eines Down-Syndroms. Neben einer spezifischen Anamnese sollte die leitliniengerechte Abklärung eine gründliche somatische Diagnostik beinhalten. Für die kognitive Diagnostik sind spezielle neuropsychologische und fremdanamnestiche Untersuchungsverfahren erforderlich, die zweizeitig durchzuführen sind (intraindividuelle Referenzierung).

Die Therapie erfolgt entsprechend der Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie Demenz. Dabei sind neben den psychopharmakologischen Optionen auch nicht medikamentöse und milieutherapeutische Maßnahmen sowie die Aufklärung und Schulung von Betreuungspersonen und gegebenenfalls Mitbewohnern essenziell.

**Literatur:** [www.springermedizin.de/neurotransmitter](http://www.springermedizin.de/neurotransmitter)

### Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. S. V. Müller erklärt die geplante Herausgabe des Demenztests für Menschen mit Intelligenzminderung 2019 im Hofgrete Verlag. T. Sappok erklärt den Erhalt von Honoraren vom Hogrefe-Verlag für die Publikation von Büchern und Testverfahren. Daneben erhält Sie ein Honorar von Trägern der Behindertenhilfe, ggW. die Lebenshilfe für Referententätigkeit. Die von Bodelschwinghschen Stiftungen unterstützen wissenschaftliche Studien zum Thema „emotionale Entwicklung“. Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags von zwei unabhängigen Gutachtern geprüft wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung. Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produkttempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.

### AUTOREN

#### Dr. med. Björn Kruse

Behandlungszentrum  
für psychische Gesundheit  
bei Entwicklungsstörungen  
Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth  
Herzberge gGmbH  
Herzbergstraße 79,  
10365 Berlin

E-Mail: [b.kruse@keh-berlin.de](mailto:b.kruse@keh-berlin.de)

#### Prof. Dr. habil. rer. nat. Sandra Verena Müller

Ostfalia Hochschule für angewandte  
Wissenschaften, Hochschule Braunschweig/  
Wolfenbüttel Fakultät Soziale Arbeit  
AE Demenz und geistige Behinderung

#### PD Dr. med. Tanja Sappok

Chefärztin des Behandlungszentrums für  
psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen,  
Evangelisches Krankenhaus  
Königin Elisabeth Herzberge gGmbH



# CME-Fragebogen

## Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung

### 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 29.03.2019:

**NT1903dj**

Dieser CME-Kurs ist zwölf Monate auf SpringerMedizin.de/CME 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/s15016-019-6594-y

### ? Welche der folgenden Angaben zu Menschen mit geistiger Behinderung (gB) trifft *nicht* zu?

- ☐ Zirk 1 % der deutschen Gesamtbevölkerung hat eine gB.
- ☐ 2010 betrug der Anteil von Menschen mit gB mit einem Alter von über 60 Jahren 10%.
- ☐ Für 2030 wird ein Anteil von 15 % von Menschen mit gB mit einem Alter von über 60 Jahren erwartet.
- ☐ Die systematische Ermordung von Menschen mit gB im Dritten Reich ist ein Grund, weshalb es bisher weniger alte Menschen mit gB in Deutschland gab.
- ☐ Durch die bessere medizinische Versorgung von Menschen mit gB hat sich die Lebenserwartung von Menschen mit gB in den letzten Jahrzehnten erhöht

### ? Welche der folgenden Aussagen zu Besonderheiten bei Menschen mit Down-Syndrom trifft *nicht* zu?

- ☐ Alzheimer-Demenzen treten relativ früh auf.
- ☐ Alzheimer-typische Veränderungen finden sich im Gehirn ab dem 35. Lebensjahr.
- ☐ Durch das dreifache Vorliegen des Chromosoms 21 wird vermehrt  $\beta$ -Amyloid gebildet.
- ☐ Die Verteilung der Alzheimer-typischen Veränderungen im Gehirn ist gleich wie bei Patienten in der Allgemeinbevölkerung.

- ☐ Autoimmunenzephalitiden sind häufiger als bei anderen Patienten.

### ? Was gehört *nicht* typischerweise initial zum klinischen Bild bei Demenz bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung (gB)?

- ☐ Verlust der alltagspraktischen Fähigkeiten
- ☐ Sozialer Rückzug
- ☐ Aphasische Symptome
- ☐ Inaktivität
- ☐ Verlust zuvor beherrschter Fähigkeiten

### ? In Ihre Sprechstunde kommt ein nicht sprachkompetenter 65-jähriger Patient mit geistiger Behinderung und dem Verdacht auf eine Demenz. Welche Untersuchungen sind *nicht* angezeigt?

- ☐ Körperliche Untersuchung
- ☐ Blutuntersuchungen
- ☐ Zerebrale Bildgebung
- ☐ Neuropsychologische Untersuchung mit CERAD, DemTect und Mini-Mental-Status-Test
- ☐ Ausführliche Fremdanamnese

### ? Welche der folgenden Aussagen zu Demenzen oder demenziellen Syndromen bei Menschen mit geistiger Behinderung (gB) ist *falsch*?

- ☐ Grundsätzlich bestehen dieselben Erkrankungsrisiken wie bei Menschen ohne gB.

- ☐ Der Grad der gB hat keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens einer Demenz.
- ☐ Somatische Ursachen sind häufiger als bei Menschen ohne gB.
- ☐ Die klinische Symptomatik kann sich deutlich von betroffenen Menschen ohne gB unterscheiden.
- ☐ Die Häufigkeit ist doppelt so hoch wie bei Menschen ohne gB.

### ? Welche Aussage zur Liquordiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung (gB) trifft *nicht* zu?

- ☐ Sie kann differenzialdiagnostische Hinweise zur Einordnung der Demenz geben.
- ☐ Bei Menschen mit Down-Syndrom sind die  $\beta$ -Amyloid-Werte schwer beurteilbar.
- ☐ Sie ist bei Menschen mit gB in der Regel nicht durchführbar.
- ☐ Bei Menschen mit gB ohne Down-Syndrom gelten in der Regel dieselben Normbereiche.
- ☐ Bei Autoimmunenzephalitiden finden sich gegebenenfalls spezifische Antikörper im Liquor.

### ? Welche der folgenden Aussagen zur neuropsychologischen Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung (gB) ist *falsch*?

- ☐ Es kommen nur Fremdbeurteilungsbögen zum Einsatz.



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 SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780-777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

- Nur wenige Verfahren sind auf Deutsch verfügbar.
  - Als Screening-Test eignet sich gut der CEDIM.
  - Ein ausführlicheres Screening kann mit dem DSQIID erfolgen.
  - Ein validiertes, umfassendes deutschsprachiges Testinstrument liegt bisher nicht vor.
- ? Sie planen, eine 72-jährige Patientin mit geistiger Behinderung (gB) und diagnostizierter Demenz medikamentös antidementiv zu behandeln. Welche Aussage dazu ist *nicht* richtig?**
- Wenn eine leichte bis mittelschwere Demenz vom Alzheimer-Typ besteht, können Acetylcholinesterase-Hemmstoffe zum Einsatz kommen.
  - Wenn eine mittelschwere bis schwere Demenz vom Alzheimer-Typ besteht, kann Memantine zum Einsatz kommen.
- ? Welche Aussage zu allgemeinen Prinzipien der Pharmakotherapie bei einer 72-jährigen Patientin mit geistiger Behinderung (gB) und diagnostizierter Demenz ist *falsch*?**
- Es gibt spezielle Zulassungen und Behandlungseinschränkungen für Menschen mit gB.
  - Es sollte mit einer niedrigen Dosis begonnen werden.
  - Es sollte eine langsame Dosissteigerung erfolgen.
  - Psychopharmaka sollen in der Regel als Kombinationstherapie eingesetzt werden.
  - Patient und gegebenenfalls Betreuer müssen über die Behandlung aufgeklärt werden und in die Behandlung einwilligen.
  - Konkrete Zielsymptome müssen benannt und regelmäßig evaluiert werden.
- ? Insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung (gB) gelten bestimmte nicht medikamentöse Therapieprinzipien. Welche der folgenden Aussagen trifft darauf *nicht* zu?**
- Das Umfeld sollte in die Behandlung mit einbezogen werden.
  - Nicht pharmakologische Behandlungsoptionen sollen berücksichtigt werden.
  - Ageing in place sollte soweit möglich ermöglicht werden.
  - Betroffene sollten intensiv gefördert werden, um Fähigkeiten zu erhalten.
  - Der Umgang sollte validierend sein.
  - Die Begleitpersonen sollten intensiv über die Erkrankung und die Besonderheiten im Umgang informiert sein.
  - Es steht eine Vielzahl psychosozialer Therapieformen zur Verfügung.

## Aktuelle CME-Kurse aus der Psychiatrie

### ► Klinische Wirksamkeit der Schematherapie bei Depressionen

aus: NeuroTransmitter 12/2018  
 von: M. L. Rein, D. Höhn, M. E. Keck  
 zertifiziert bis: 6.12.2019  
 CME-Punkte: 2

### ► Biologische Grundlagen bei ADHS und bipolarer Störung

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

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

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

Diese Fortbildungskurse finden Sie, indem Sie den Titel in das Suchfeld auf [SpringerMedizin.de/CME](http://SpringerMedizin.de/CME) 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 [SpringerMedizin.de/CME](http://SpringerMedizin.de/CME)  
 14 Tage lang kostenlos und unverbindlich  
 mit einem e.Med-Abo:  
[www.springermedizin.de/eMed](http://www.springermedizin.de/eMed)



## Literatur

- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2010; 21: 655–79
- Driller E, Pfaff H. Soziodemographische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Krueger F, Degen J (Hg.): *Das Alter behinderter Menschen*. Freiburg i. Br.: Lambertus, 2006, 26–117
- Dieckmann F, Giovio C, Offergeld J. The Life Expectancy of People with Intellectual Disabilities in Germany. *Journal of applied research in intellectual disabilities*. 2015;28:373–82
- Moss S, Patel P. Psychiatric Symptoms associated with dementia in older people with learning disability. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167: 663–7
- Müller SV, Wolff C. Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Teilhaber* 2012; 51: 154–60
- Urv TK, Zigman WB, Silverman W. Psychiatric symptoms in adults with Down syndrome and Alzheimer's disease. *American journal on intellectual and developmental disabilities* 2010; 115: 265–276
- Kuske B, Wolff C, Gövert U, Müller SV. Besonderheiten der Demenzdiagnostik bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Müller SV, Gärtner C (Hg.): *Lebensqualität im Alter*. Wiesbaden: Springer, 2016, 143–7
- Fisher K, Kettl P. (2005). Aging with mental retardation. Increasing population of older adults with MR require health interventions and prevention strategies. *Geriatrics* 2005; 60: 26–9
- Whitehouse, R.; Chamberlain, P. Dementia in people with learning disability: a preliminary study into care staff knowledge and attributions. *British Journal of Learning Disabilities* 2000; 28: 148–53
- Prasher VP, Krishnan VHR. Age of onset and duration of dementia in people with Down syndrome. A study of 98 reported cases. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1993; 8, 915–22
- Martin P. Epilepsie im Verlauf einer Demenz vom Alzheimer-Typ bei Trisomie 21. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung* 2011; 8, 46–56
- Prasher V. End-Stage Dementia in Adults with Down Syndrome. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1995; 10, 1067–9
- McCarron M, Swinburne J, Burke E et al. Patterns of multimorbidity in an older population of persons with an intellectual disability: results from the intellectual disability supplement to the Irish longitudinal study on aging (IDS-TILDA). *Research in developmental disabilities* 2013; 34, 521–7
- Strydom A, Hassiotis A, King M et al. The relationship of dementia prevalence in older adults with intellectual disability (ID) to age and severity of ID. *Psychological medicine* 2009; 39: 13–21
- Holland AJ, Hon J, Huppert FA et al. Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 1998; 172: 493–8
- Amor-Salamanca A, Menchon JM. Pain underreporting associated with profound intellectual disability in emergency departments. *Journal of intellectual disability research* 2017; 61, 341–7
- Strydom A, Chan T, King M et al. Incidence of dementia in older adults with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities* 2013; 34: 1881–5
- Desai AK, Grossberg GT. Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Expert review of neurotherapeutics* 2005; 5: 563–580
- Coppus AM, Evenhuis HM, Verberne GJ et al. Survival in elderly persons with Down syndrome. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008; 56: 2311–6
- Dubois B, Picard G, Sarazin M. Early detection of Alzheimer's disease: new diagnostic criteria. *Dialogues in clinical neuroscience* 2009; 11): 135–9
- Förstl H. Was ist Demenz? In: *Demenzen in Theorie und Praxis*. Mit 46 Tabellen. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2009, 8
- Förstl H. Behandelbare somatische Risikofaktoren. In: *Demenzen in Theorie und Praxis*. Mit 46 Tabellen. 2. Aufl. Heidelberg: Springer; 2009, 317–36
- Myrbakk E, von Tetzschner S. Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in developmental disabilities* 2008; 29: 316–32
- Hea E, Lott IT. Down syndrome and beta-amyloid deposition. *Current opinion in Neurology* 2004; 17: 95–100
- Mann DM. Alzheimer's Disease and Down-Syndrome. *Histopathology* 1988; 13: 125–37
- Hof PR, Bouras C, Perl DP et al. Age-related distribution of neuropathologic changes in the cerebral cortex of patients with Down's syndrome. Quantitative regional analysis and comparison with Alzheimer's disease. *Archives of Neurology* 1995; 52:379–91
- Karlsson B, Gustafsson J, Hedov G et al. Thyroid dysfunction in Down's syndrome: relation to age and thyroid autoimmunity. *Archives of Disease in Childhood* 1998; 79: 242–5
- Zori RT, Schatz DA, Ostrer H et al. Relationship of autoimmunity to thyroid dysfunction in children and adults with Down syndrome. *American Journal of Medical Genetics* 1990; 7: 238–41
- Ivarsson SA, Ericsson UB, Gustafsson J et al. The impact of thyroid autoimmunity in children and adolescents with Down syndrome. *Acta Paediatrica* 1997; 86: 1065–7
- Lima MA, Santos BM, Borges MF. Quantitative analysis of C cells in Hashimoto's thyroiditis. *Thyroid* 1998; 8: 505–9
- <https://www.dgn.org/leitlinien/3276-leitlinie-diagnose-und-therapie-von-demenzen-2016>
- Fletcher L, Loschen E, Stavrakaki C, First M (Hg). *Diagnostic manual–intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Kingston, NY: NADD Press, 2007
- Sparks DL, Mehta N, Morrison JH. Cerebrospinal fluid biomarkers for Alzheimer's disease in Down syndrome. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 2017; 8: 1–10.
- Kuske B, Müller SV. Demenzdiagnostik. In: Sappok T (Hg). *Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung*. Stuttgart: Kohlhammer, 2018
- [https://www.demenz-service-westliches-ruhrgebiet.de/tl\\_files/westliches\\_ruhrgebiet/Meldungen/edbMed0211\\_SA\\_SchanzeChecklisten.pdf](https://www.demenz-service-westliches-ruhrgebiet.de/tl_files/westliches_ruhrgebiet/Meldungen/edbMed0211_SA_SchanzeChecklisten.pdf)
- Evenhuis HM, Kengen MMF, Eurlings HAL. *Dementia Questionnaire for People with Learning Disabilities (DLD)*. London: Pearson; 2006
- Gedye A (Hg.). *Dementia Scale for Down Syndrome Manual*. Vancouver: Gedye Research and Consulting; 1995
- Deb S, Hare M, Prior L et al. Dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190: 440–4
- Esralev L, Janicki MP, DiSipio M et al. National Task Group Early Detection Screen for Dementia: Manual. Deutsche Version. [http://aadmd.org/sites/default/files/NTG-EDSD\\_deutsch-7'16'13.pdf](http://aadmd.org/sites/default/files/NTG-EDSD_deutsch-7'16'13.pdf)
- Burt DB, Aylward EH. Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2000; 44: 175–80
- Ball SL, Holland AJ, Huppert FA et al. The modified CAMDEX informant interview is a valid and reliable tool for use in the diagnosis of dementia in adults with Down's syndrome. *Journal of intellectual disability research* 2004; 48: 611–20
- Kuske B, Wolff C, Gövert U, Müller SV. Early detection of dementia in people with an intellectual disability - A German pilot study. *Journal of applied research in intellectual disabilities* 2017; 30: 49–57
- Livingstone N, Hanratty J, McShane R, Macdonald G (2015) Pharmacological interventions for cognitive decline in people with Down syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 10: doi: 10.1002/14651858.CD011546.pub2.
- Gaedt C. Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Došen A (Hrsg). *Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen*. Stuttgart: Gustav Fischer 1997
- National Guideline Alliance (UK). *Mental Health Problems in People with Learning Disabilities: Prevention, Assessment and Management*. London: National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines (UK) 2016
- Jokinen N, Janicki MP, Keller SM et al. Guidelines for structuring community care and supports for people with intellectual disabilities affected by dementia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2013; 10: 1–24
- Wolff C, Gövert U, Kuske B, Müller SV. *Das HMB-W-Verfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz*. Teilhaber 2015; 54: 122–8
- Kruse B, Heinrich M, Diefenbacher A et al. Demenz bei Down-Syndrom: Ein häufiger psychiatrischer. Vorstellungsgrund. *Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie* 2018; 86: 402–9

49. Romero B, Eder G. Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. *Geropsych* 1992; 4: 267-282
50. Fonseca LM, Navatta ACR, Bottino CMC, Miottob EC. Cognitive Rehabilitation of Dementia in Adults with Down Syndrome: A Review of Non-Pharmacological Interventions. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*. 2015; 5: 330–40
51. [https://www.demenz-service-nrw.de/tl\\_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Veroeffentlichungen/15\\_12\\_18%20Band%2016%20%20Internetversion.pdf](https://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Veroeffentlichungen/15_12_18%20Band%2016%20%20Internetversion.pdf)
52. Müller SV, Vocke V. „Weckworte“ – Alzpoetry zur Steigerung der Lebensqualität von älteren Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. *Teilhabe* 2016; 54: 68-71
53. Müller SV, Aust J. Kreatives Geschichtenerfinden in kleinen und großen Gruppen. Möglichkeit zum Erhalt der Kommunikationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und Demenz. *Zeitschrift Erwachsenenbildung und Behinderung* 2017; 28: 29-40
54. Lindemeier B, Oermann L. Biographiearbeit mit behinderten Menschen im Alter. Weinheim: Beltz Juventa 2017

### Neuer Erstattungsbetrag für Perampanel

Das Unternehmen Eisai und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) haben sich auf einen neuen Erstattungsbetrag für das Antiepileptikum Perampanel (Fycompa®) geeinigt. Seit 2015 ist Perampanel auch für die Zusatztherapie primär generalisierter tonisch-klonischer Anfälle (pGTKA) bei Epilepsiepatienten ab zwölf Jahren mit idiopathischer generalisierter Epilepsie zugelassen. Im Rahmen dieser Zulassungserweiterung hatte Perampanel erneut das AMNOG-Verfahren durchlaufen. Im Anschluss an die Nutzenbewertung durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde neu verhandelt. Die neuen Erstattungsbeträge gelten für gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten für alle zugelassenen Indikationen. Damit steht Fycompa® Patienten weiterhin verlässlich im Rahmen der Regelversorgung zur Verfügung. **red**

#### Nach Informationen von Eisai

### Exklusiver Anbieter für Nortriptylin

Nortriptylin Glenmark Filmtabletten sind indiziert zur Behandlung depressiver Erkrankungen (Episoden einer Major Depression) erwachsener Patienten. Mit der Einführung des Präparats ist Glenmark in Deutschland exklusiver Anbieter für Nortriptylin. Erwachsene beginnen mit 10 mg Nortriptylin Glenmark Filmtabletten drei- bis viermal täglich und erhöhen bei Bedarf bis zur üblichen Dosis von drei- bis viermal täglich 25 mg. Alternativ können sie die Gesamttagesdosis einmal täglich einnehmen. Bei Gesamttagesdosen von mehr als 100 mg sollten die Plasmawerte von Nortriptylin kontrolliert und im Optimalbereich von 50 bis 150 ng/ml gehalten werden. Dosierungen von mehr als 150 mg/Tag sind nicht empfohlen. Älteren und ambulanten Patienten werden niedrigere Dosierungen (30–50 mg/Tag in aufgeteilten Dosen) empfohlen als hospitalisierten Patienten, die engmaschig ärztlich überwacht werden. Zur Beendigung der Therapie sollte Nortriptylin über mehrere Wochen hinweg schrittweise ausgeschlichen werden.

Nortriptylin Glenmark Filmtabletten kommen in den Packungsgrößen mit 50 Stück (10-mg-Dosis) sowie 24, 50 und 100 Stück (25-mg-Dosis) auf den Markt. **red**

#### Nach Informationen von Glenmark

## MS: Wunsch nach Individualisierung der Therapie

➔ Zur Behandlung von Multipler Sklerose (MS) werden stetig neue Therapieansätze entwickelt, und gleichzeitig wird der Wunsch nach einer individualisierten Therapie immer größer. Hier setzen Mediziner wie Dr. Jacqueline Palace, Universität in Oxford, England, auf Biomarker: „Biomarker können uns helfen, die Individuen vorherzusagen, die von einer Behandlung profitieren werden oder für die ein Risiko bei einer Behandlung besteht.“

Neben genetischen Markern und metabolischen Signaturen eignen sich auch Neurofilamente (NfL) als Biomarker in der MS-Therapie. NfL sind Proteinbestandteile des axonalen Zytoskeletts. Werden neuronale Strukturen zerstört, gelangen vermehrt NfL in Liquor und Blut. Ihre Konzentration lässt sich einfach und schnell bestimmen.

Von NfL als Biomarker bei MS sind auch Prof. Dr. Fredrik Piehl, Klinische Neurowissenschaften am Karolinska-Institut in Stockholm, Schweden, und Prof. Dr. Maria Pia Sormani, Universität Genua, Italien, überzeugt. Zudem könnten NfL als Endpunkte bei klinischen Studien dienen, da ihre Konzentration in Blut und Liquor durch die MS-Therapie beeinflusst wird. So hatte die Reanalyse der Daten aus den Phase-III-Studien FREEDOMS und TRANSFORMS mit

Fingolimod (Gilenya®) ergeben, dass die NfL-Level bei MS-Patienten, die für sechs bis 24 Monate mit Fingolimod behandelt wurden, signifikant stärker sanken als bei Patienten unter Placebo und nahezu das Level einer gesunden Vergleichsgruppe erreichten. Auch ließ sich aus NfL-Leveln Krankheitsaktivität und Langzeitprognose im Vorfeld ableiten: So hätten Patienten mit einem hohen NfL-Level im Serum, verglichen mit solchen mit einem niedrigen NfL-Level, ein 1,5-fach erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung der Behinderung sowie ein zweifach erhöhtes Risiko, dass sich die MS zu einer sekundär progredienten MS entwickelt. Sormani erläuterte, dass sich anhand des NfL-Spiegels auch der Therapieerfolg verschiedener Medikamente vergleichen ließe. So führte die Behandlung von Patienten mit Fingolimod in den Studien FREEDOMS- und TRANSFORMS auch zu einer signifikant stärkeren Reduktion der NfL-Serumkonzentration im Vergleich zu einer Behandlung mit IFN-β1a [Kuhle J et al. Neurology 2019, Feb 8; Epub ahead of print].

**Dr. Lamia Özgör**

Satellitensymposium „Committing to patients, impacting individuals: towards an individualised approach for patients with MS“, ECTRIMS 2018, Berlin, 11.10.2018; Veranstalter: Novartis

## THC/CBD in der Schmerztherapie

➔ Mit dem Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften wurde für Menschen mit einer schwerwiegenden Erkrankung und chronischen Schmerzen, für deren Behandlung keine Alternativen verfügbar sind, der Zugang zu Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD) erleichtert. Es sollte aber ein standardisiertes Fertigarzneimittel bevorzugt werden. „Allein für ein THC/CBD-Oromukosalspray liegen ausreichend Daten aus qualitativ hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien vor, die den Einsatz zur Behandlung schwierig zu therapierender Schmerzen rechtfertigen“, erklärte PD Dr. Michael Überall, Präsident der Deutschen Schmerzliga und medizinischer Direktor des Instituts für Neurowissenschaften, Algesiologie und

Pädiatrie in Nürnberg. „Real-World-Daten“ liefern zusätzliche praxisrelevante Ergänzungen zu den Ergebnissen klinischer Studien. Überall stellte Daten aus dem von der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) e.V. initiierten PraxisRegister Schmerz vor [Überall M et al. THC:CBD Oromukosalspray – Wirksamkeit & Verträglichkeit in der Schmerzmedizin. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von Bestandsdaten des PraxisRegister Schmerz]. Von 1.224 mit Cannabinoiden behandelten Patienten hatten 800 (65,4%) das THC/CBD-Spray (Sativex®) erhalten. Dabei handelte es sich vorwiegend um Patienten mit chronischen dysfunktionalen Schmerzen, meist mit neuropathischen (62,5%) beziehungsweise gemischten (30,8%) Schmerzen.

Die retrospektive Längsschnittanalyse zeigte nach zwölf Wochen im Vergleich zum Ausgangsbefund eine signifikante Besserung des 24-Stunden-Schmerzindex (SIX:  $46,8 > 20,0$  mm VAS), der schmerzbedingten Alltagsbeeinträchtigungen, der körperlichen/seelischen Lebensqualität, des allgemeinen Wohlbefindens sowie von Depres-

sivität, Angst und Stress (alle  $p < 0,001$ ). Bei der Gesamtbewertung der Beschwerdeänderung profitierten vor allem Patienten mit erfahrungsgemäß schwierig zu behandelnden neuropathischen Schmerzen von dem THC/CBD-Spray. „Diese Real-World-Daten des PraxisRegisters Schmerz bestätigen die verfügbare Evidenz aus RCT für den Einsatz

des THC/CBD-Sprays bei therapieschwierigen chronischen Schmerzen“, so das Fazit von Überall.

Dr. Kirsten Westphal

Symposium „Cannabinoide in der Neurologie – Chancen & Risiken“, Neurowoche 2018, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Almirall Hermal

## MS: Langzeitsicherheit zur Impulstherapie

➡ Langzeitdaten zur Impulstherapie mit Cladribin-Tabletten bei Patienten mit Schubförmiger Multipler Sklerose (MS) und hoher Krankheitsaktivität zeigen keine neuen Sicherheitssignale. Auch unter Alltagsbedingungen bestätigte sich die vergleichsweise gute Verträglichkeit.

Die Therapie mit Cladribin-Tabletten (Mavenclad®), die auf die Lymphozyten abzielt, sei auch über einen Zeitraum von zehn Jahren gut verträglich gewesen und habe ein gutes Sicherheitsprofil gehabt, erklärte Prof. Dr. Sven Meuth, Institut für Translationale Neurologie des Universitätsklinikums Münster. Die von ihm vorgestellte Analyse basiert auf den Phase-III-Studien CLARITY, CLARITY EXT und ORACLE-MS sowie dem Sicherheitsregister PREMIERE [Cook S et al. P1142,ECTRIMS 2017]. Die Infektionsrate sei vergleichbar mit Placebo, es gebe kein erhöhtes Risiko für schwere oder opportunistische Infektionen und es sei keine progressive multifokale Leukenzephalopathie aufgetreten, sagte Meuth (Abb. 1). Jedoch war die Häufigkeit von Herpes-zoster-Infektionen unter Cladribin erhöht, sodass insbesondere bei ausgeprägter Lymphopenie auf eine Zoster-Prophylaxe zu achten sei. Ein günstiges Sicherheitsprofil ergab auch eine Analyse von 95 Patienten aus der Klinik von Prof. Dr. Christoph Kleinschnitz, Klinik für Neurologie der Universitätsklinik Essen, die seit sechs Monaten mit Cladribin-Tabletten behandelt wurden. Die vorläufigen Real-World-Daten würden die klinischen Studien bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit widerspiegeln, erklärte er. Es habe jedoch weniger höhergradige Lymphopenien und häufiger Herpes-zoster-Erkrankungen als in der CLARITY-Studie gegeben. Zudem berichtete er von haut- und haarassoziierten Nebenwirkungen sowie von transientser Fatigue.

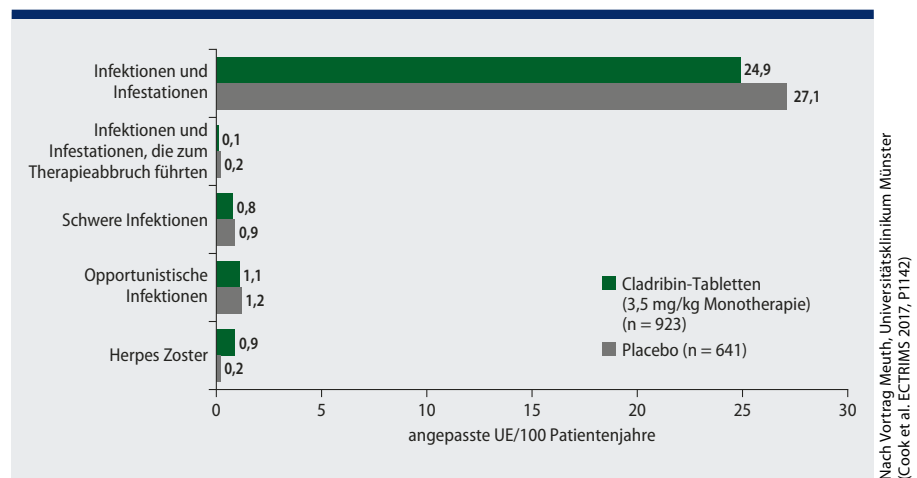


Abb. 1: 13 Jahre klinische Erfahrung in Studien und Register: Infektionsinzidenzraten (AESI) vergleichbar mit Placebo.

Prof. Dr. Gerd Fätkenheuer, Klinik für Innere Medizin der Universitätsklinik Köln, hob die Bedeutung von Impfungen beim Einsatz von Immunsuppressiva hervor. In Bezug auf Varicella zoster empfahl er, den Serostatus vor Therapiebeginn zu überprüfen und bei negativem Status eine Impfung vorzunehmen – wobei es sich um eine Lebendimpfung handelt, bei der ein Abstand zur Im-

muntherapie eingehalten werden muss. Eine Aciclovir-Prophylaxe sollte bei Einnahme von Cladribin nach seinen Angaben nur nach individueller Abschätzung erfolgen.

Petra Eiden

Symposium „Multiple Sklerose: Aktuelle immuntherapeutische Konzepte und deren Relevanz in der Praxis heute“, Neurowoche 2018, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Merck Serono

### Reanalyse zu Johanniskrautpräparat

Der Wirkeintritt hochdosierter Johanniskrautpräparate zur Behandlung leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden ist vergleichbar mit dem synthetischer Antidepressiva. Eine Reanalyse [Volz HP et al. Psychopharmakotherapie (PPT) 2018;25:170–6] zu dem Johanniskrautpräparat Laif® 900 zeigt, dass eine statistisch signifikante Verbesserung der Beschwerden nach drei Wochen zu beobachten ist. Erste, sich aus dem HAMD-Score ableitende positive Symptomveränderungen ließen sich bereits nach einer siebentägigen Behandlung mit Laif® 900 feststellen.

red

Nach Informationen von Bayer Vital

### Neuaufgabe Ratgeber Epilepsie

Unter welchen Voraussetzungen dürfen Epilepsiepatienten Auto fahren, welche Rechte und Pflichten ergeben sich durch die Erkrankung im Berufsleben? Dies sind Fragen, die für Patienten mit Epilepsie relevant sind. Antworten darauf liefert der Ratgeber „Epilepsie“ von der neuraxFoundation gGmbH, der aktualisiert und neu aufgelegt wurde. Darüber hinaus liefert der Hauptratgeber „Sozialrecht“ weitere übergreifende Informationen zu sozialrechtlichen Fragestellungen, mit denen sich Patienten häufig an ihre Ärzte wenden. Broschüre und Hauptratgeber können kostenlos unter [www.neuraxWiki.de](http://www.neuraxWiki.de) heruntergeladen oder bestellt werden. **red**

Nach Informationen der neuraxFoundation

### Prüfmedikament bei SMA

Das Prüfmedikament Risdiplam hat in den klinischen Entwicklungsstudien FIRE-FISH und SUNFISH wegweisende Ergebnisse für die Therapie von Patienten mit spinaler Muskelatrophie (SMA) erbracht. Sie zeigen, dass Säuglinge mit SMA Typ I unter der Therapie mit Risdiplam neue Meilensteine der kindlichen Entwicklung, bis hin zum Sitzen ohne Unterstützung, erreichen. In der SUNFISH-Studie verbesserten sich bei Patienten mit SMA Typ II/III unter Risdiplam motorische Funktionen. In beiden Studien wurde bisher ein positives Sicherheitsprofil für das Prüfmedikament bestätigt. Risdiplam ist ein oral verabreichter Wirkstoff mit SMN2-spleiß-modifizierendem Wirkmechanismus, der die Bildung von funktionsfähigem SMN-Protein auf Basis des SMN2-Gens erhöht und damit die Ursache der Erkrankung adressiert. **red**

Nach Informationen von Roche Pharma

### Zulassung für Galcanezumab

Der gegen das Calcitonin Gen-Related Peptid (CGRP) gerichtete monoklonale Antikörper Galcanezumab (Emgality®) hat die Zulassung der Europäischen Kommission zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen pro Monat erhalten. Verabreicht wird das Medikament als subkutane Injektion einmal monatlich mittels Fertigpen. **red**

Nach Informationen von Lilly

## Antikörpertherapie im Fokus bei PPMS

➔ Der anti-CD20-Antikörper Ocrelizumab wirkt nicht nur bei schubförmigen Formen der Multiplen Sklerose (RMS = RRMS + rSPMS), sondern auch bei der primär progredienten Form (PPMS). Er bietet eine sichere Therapiemöglichkeit, die für ein breites Patientenspektrum geeignet ist.

Die Therapie der PPMS stellt Ärzte vor eine große Herausforderung. Viele Medikamente, die bei der RRMS eingesetzt werden können, zeigen bei PPMS keine Wirkung. Seit Januar 2018 aber gibt es mit Ocrelizumab (Ocrevus®) eine gegen B-Zellen gerichtete Immuntherapie, die sowohl für aktive RMS als auch frühe PPMS zugelassen ist.

Zwar hat das Medikament seine Wirksamkeit in Studien bewiesen [Montalban X et al. N Engl J Med 2017;376:209–20], aber welche Patienten profitieren davon tatsächlich in der Praxis? Diese Frage beantwortete Prof. Dr. Ingo Kleiter, Ärztlicher Leiter der Marianne-Strauß-Klinik in Kempfenhausen, auf einem Symposium der Firma Roche während des DGN-Kongresses in Berlin. Hier könne man sich an den „Leitplanken“ aus der Fachinformation des Herstellers orientieren. Gemäß dieser sei die Therapie mit Ocrelizumab für frühe PPMS-Patienten von 18 bis 55 Jahren mit einem EDSS von 3,0–6,5 und Entzündungsaktivität im MRT empfohlen.

Weiterhin berücksichtigen sie die Erkrankungsdauer seit dem Auftreten der ersten Symptome. Demnach ist Ocrelizumab geeignet für Patienten mit einer Erkrankungsdauer von weniger als zehn Jahren bei einem EDSS von  $\leq 5,0$  sowie für Patienten mit einer Erkrankungsdauer von weniger als 15 Jahren bei einem EDSS von  $> 5,0$ . Jedoch seien „diese Leitplanken keine immer einzuhaltenden Regeln, sondern vielmehr Handreichungen, die zeigen sollen, für welche Patienten Ocrelizumab besonders gut geeignet ist“, betonte Kleiter.

Hinsichtlich der gefürchteten Nebenwirkung progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML) gab Prof. Dr. Martin Marziani, Chefarzt der Klinik für Neurologie am Isar-Amper-Klinikum in München, Entwarnung: „Es gibt insgesamt sechs PML-Fälle (Stand Februar 2019: sieben Fälle) unter Ocrelizumab, aber alles sind Carry-over-Fälle aus Therapien mit Natalizumab oder Fingolimod. Kausal gibt es keine Fälle, die sich auf die Ocrelizumab-Therapie alleine zurückführen ließen.“

Dr. Lamia Özgör

1. Symposium „Ocrelizumab – die praktische Anwendung b-leuchtet: aus der Praxis in Ihre Praxis“, DGN-Kongress 2018, Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Roche Pharma

## MS: Bei mangelnder Wirksamkeit frühzeitig wechseln

➔ Zeigt sich unter der initialen MS-Therapie noch Krankheitsaktivität, votieren Experten dafür, frühzeitig auf eine andere Behandlung zu wechseln.

Dass sowohl ein möglichst frühzeitiger Therapiebeginn als auch eine frühzeitige Optimierung der Therapie bei unzureichender Wirksamkeit der initialen Medikation mit einer besseren Prognose im Krankheitsverlauf verknüpft ist, rief Prof. Dr. Patricia Coyle, Director Multiple Sclerosis Comprehensive Care Center Stony Brook University New York/USA, auf einem Sanofi-Genzyme-Symposium beimECTRIMS-Kongress 2018 anhand von Studiendaten in Erinnerung [Giovannoni G et al. Mult Scler Relat Disord 2016: S5–S48; Ziemssen T et al. J Neurol

2016; 263:1053–65]. Als zweites „Window of opportunity“ bezeichnete sie die frühzeitige Umstellung auf eine andere Therapie, falls noch Krankheitsaktivität nachweisbar ist. Denn bei der MS gebe es keine benigne Form.

Ist ein Wechsel der Medikation indiziert, kann Teriflunomid (Aubagio®) eine Option darstellen. Selbst nach zwei oder mehr Vorthérapien war die Schubrate unter dieser oralen Therapie noch um 47 % und die Wahrscheinlichkeit für eine Krankheitsverschlechterung um 79 % reduziert (relative Risikoreduktion), erläuterte Prof. Dr. Tjalf Ziemssen, Zentrum für Klinische Neurowissenschaften am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden, mit Verweis auf

eine aktuelle Studie von Freedman et al. [Freedman MS et al. Mult Scler 2018;24: 535–9].

Ziemssen referierte zudem „Real-World“-Daten der Studie TAURUS-MS I mit Teriflunomid [Rosenkranz T et al. Mult Scler J 2018;24(S2):328–529, P918]. Von 1.128 Patienten hatten 75,2% mindestens eine Vortherapie gehabt. Der Großteil (59%) hatte wegen Nebenwirkungen der vorherigen Medikation gewechselt, etwa ein Viertel wegen mangelnder Wirksamkeit und 16,2%, weil sie eine orale Therapie wollten. 24 Monate nach der Umstellung war die mittlere Schubrate verglichen mit dem Zeitraum vor Baseline signifikant ge-

sunken (0,4 vs. 0,9 zur Baseline,  $p < 0,0001$ ). Der EDSS-Wert war stabil geblieben (4,1 vs. 4,2,  $p = 0,0192$ ) und die Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie war angestiegen (TSQM global satisfaction: 78,3 vs. 65,0,  $p < 0,0001$ ). Teriflunomid wurde laut Ziemssen generell gut vertragen und das Nebenwirkungsprofil war mit dem aus den klinischen Zulassungsstudien vergleichbar.

Dr. Gunter Freese

Symposium „Switching MS Treatments: Patient Trajectory, Prior Response and Real-World Evidence to Inform Decision-Making. 34. ECTRIMS-Kongress, Berlin, 12.10.2018; Veranstalter: Sanofi Genzyme

### Infos zu Impfungen bei MS

Die Informationsbroschüre „Kleiner Pikser, große Wirkung: Impfen bei MS“ stellt den aktuellen Wissensstand zum komplexen Thema Impfen bei Multipler Sklerose (MS) für Patienten verständlich dar und fasst die STIKO-Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zusammen. Die Broschüre kann kostenlos unter der Telefonnummer 0800 7324344 (Montag bis Freitag, 8:00–20:00 Uhr) bestellt werden und steht ab sofort online zum Download bereit: [www.leben-mit-ms.de/service/patientenbroschueren](http://www.leben-mit-ms.de/service/patientenbroschueren). red

Nach Informationen von Merck

## Aktiv wach sein, wenn es nötig ist

➡ Das Therapieziel bei Hypersomnien ist „active wakefulness“: wach zu sein, wenn Wachheit nötig ist und das mit so wenig Medikation wie möglich und so viel wie nötig, erklärte Dr. Anna Heidbreder, Oberärztin an der Klinik für Schlafmedizin der Universitätsklinik Münster in Nürnberg. Eine Narkolepsie mit oder ohne Kataplexie wird individualisiert symptomatisch behandelt. Die Therapie muss die vorherrschenden Symptome, aber auch Essgewohnheiten, Gewichtszunahme, Stimmung, Angst oder psychosoziale Aspekte einbeziehen sowie immer wieder überprüft und angepasst werden. Unterstützend sind tagesstrukturierende Maßnahmen wie feste Bettzeiten und geplante Tagesschlafchen, dazu regelmäßige sportliche Aktivität, Ernährungstipps und Rehabilitationsmaßnahmen zu besprechen.

Erste Wahl zur medikamentösen Therapie der exzessiven Tagesschläfrigkeit stellen die Stimulanzien Modafinil und Pitolisant dar [Kallweit U, Bassetti CL. Expert Opin Pharmacother 2017;18:809–17]. Pitolisant (Wakix®) ist sowohl hinsichtlich Wachheit als auch Kataplexiereduktion wirksam. In einer Netzwerkmetaanalyse war Pitolisant in einer Dosis von bis zu 40 mg/Tag (als Hydrochlorid, entsprechend 36 mg freie Pitolisant-Base) vergleichbar gut gegen die exzessive Tagesschläfrigkeit wirksam wie Modafinil (200–400 mg/Tag) oder Natriumoxybat (9 g/Tag) [Lehert P, Falissard B. Sleep 2018; 41(12)]. Pitolisant in einer Dosis von 40 mg/Tag redu-

Nach Szakacs Z et al. Lancet Neurol 2017;16:200–7



Abb. 1: Veränderungen der wöchentlichen Kataplexierate (geometrisches Mittel) von Behandlungsbeginn bis Woche 7

ziert zudem Kataplexien ebenso gut wie Natriumoxybat (9 mg), weist aber ein günstigeres Sicherheitsprofil auf. Die Netzwerkmetaanalyse bewertet das Nutzen-Risiko-Profil von Pitolisant in einer Dosis von 40 mg/Tag als am günstigsten von diesen drei Narkolepsie-Therapieoptionen. In der randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie HARMONY I verringerte Pitolisant die exzessive Tagesschläfrigkeit nach der Epworth Sleepiness Skala signifikant stärker als Placebo (Mittelwertdifferenz –3,33; 95%-Konfidenzintervall [KI] –5,83 bis –0,83;

$p < 0,05$ ) [Dauvilliers Y et al. Lancet Neurol 2013;12:1068–75]. In einer Post-hoc-Analyse verringerte sich auch die Zahl der kataplexischen Episoden in der Pitolisant-Gruppe im Vergleich zu Placebo relevant. Das wurde in der Studie HARMONY CTP bestätigt (Abb. 1) [Szakacs Z et al. Lancet Neurol 2017;16: 200–7].

Friederike Klein

„Neue Hoffnung bei Narkolepsie – Der Histaminweg“, 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin 2018, Nürnberg; Veranstalter: Bioprojekt Deutschland GmbH

# Journal

Ganz ohne Strafe noch zu Lebzeiten kam Josef Mengele nicht davon. Getrieben von der Angst, doch noch entdeckt zu werden, versteckte sich der einst so gepflegte, selbstsichere Mann zuletzt verwahrlost, schlaflos und krank in den Favelas von São Paulo.



# Biopic eines Monsters

## Olivier Guez Roman „Das Verschwinden des Josef Mengele“

Josef Mengele war zweifellos eine der schrecklichsten und unmenschlichsten Gestalten nicht nur in der Geschichte der Medizin, sondern auch in der Geschichte des 20. Jahrhunderts. Berühmt-berüchtigt als „Engel von Auschwitz“ floh er nach Kriegsende, regelmäßig finanziell und ideell unterstützt aus der Heimat, nach Südamerika und hielt sich in den Ländern Argentinien, Paraguay und Brasilien auf, nicht ohne für kurze Zeit nach Europa zurückzukehren. Er wurde zwar gesucht, konnte aber nie gefasst und vor Gericht gestellt werden. „Im Spektrum der NS-Verbrecher gehörte er zu den höflichen und gebildeten Überzeugungstätern, repräsentierte prototypisch das Oxymoron des kultivierten Barbaren“ (FAZ).

**Z**u den großen Verkaufserfolgen des Bücherherbstes 2018 zählt der Tatsachenroman „Das Verschwinden des Josef Mengele“ von Olivier Guez, der sein Werk einen „roman-vrai“ nennt. Der französische Journalist und Schriftsteller (geboren 1974) studierte in Straßburg „Internationale Beziehungen“, setzte seine Studien in diesem Fach an der London School of Economics fort, widmete sich in einem Parallelstudium an der Universität Lille der Jurisprudenz und machte am Collège d'Europe in Brügge seinen Master im Fach „Europäische Politik und Verwaltung“. Für die OSZE war er als Wahlbeobachter in Bosnien-Herzegowina tätig. Er arbeitete für die Zeitung „Libération“ in Brüssel und als Mitarbeiter für Wirtschaftsfragen für „La Tribune“ sowie für diverse nationale und internationale Presseorgane. Ein Stipendium führte ihn als Gast an die FU Berlin. Die französische Regierung entsandte ihn als Leiter einer Beobachtermission nach Afghanistan und Pakistan.

Guez lebt in Paris und schreibt für die „Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung“ und die FAZ. Zwei seiner bisher sechs erschienenen Bücher wurden ins Deutsche übersetzt. Für den Roman „Das Verschwinden des Josef Mengele“ wurde ihm 2017 der Prix Renaudot zuerkannt. Für das Drehbuch des Filmes

„Der Staat gegen Fritz Bauer“ mit Burghart Klaußner in der Hauptrolle wurde ihm der deutsche Filmpreis verliehen.

### Vielfache Rezeptionen – literarisch und filmisch

Guez' Roman schließt sich als literarische Bearbeitung an eine Reihe von Vorgängern an. Bereits Friedrich Dürrenmatt maskiert Mengele als Arzt Nehle in seinem Kriminalroman „Der Verdacht“ (1953). Die Reihe setzt sich fort mit Peter Schneiders Roman „Vati“ (1987), Martin Amis' Roman „Time's Arrow“ (1991), Lucia Puenzos Roman „Wakolda“ (2012) und Affinity Konars Roman „Mischling“ (2017). Die filmische Rezeption der historischen Figur des KZ-Arztes Mengele ist noch weitaus umfangreicher. Sie beginnt mit „Der Marathon-Mann“ (1976) mit Laurence Olivier als KZ-Arzt, und sie erweitert sich mit „The Boys from Brazil“ (1978) mit Gregory Peck als Josef Mengele, mit „Und die Geigen verstummen“ (1988), „Schindlers Liste“ (1993) mit Daniel del Ponte als Mengele, „Nichts als die Wahrheit“ (1999) mit Götz George als Mengele, „Die Grauzone“ (2001), „Der Stellvertreter“ (2001) mit Ulrich Mühle als Mengele, „My Father, Rua Alguem 5555“ (2003) mit Charlton Heston als Mengele, „Im Labyrinth des Schweigens“ (2014).

Niklas Bender bemerkt eingangs seiner Rezension von Guez' Roman: „Der Nazi-Roman ist in Frankreich ein florierendes Genre, das viel von sich reden macht. Nach frühen Anfängen – Robert Merle, „Der Tod ist mein Beruf“ (1952) – haben zuletzt Autoren wie Jonathan Littell („Die Wohlgesinnten“) oder Laurent Binet („HHhH“) Aufmerksamkeit damit erregt. Als Tendenzen kann man eine wachsende Freiheit im Umgang mit der Vergangenheit sowie eine vertiefte Reflexion auf das Verhältnis von Literatur und Geschichte ausmachen. Beiden folgt Guez nicht: „Das Verschwinden des Josef Mengele“ vermittelt den Eindruck eines nüchtern-dokumentarischen Umgangs mit dem historischen Material. Auch der Appell am Ende des Romans legt nahe, es gehe dem Autor vor allem um mahnende Erinnerungsarbeit: „Immer nach zwei oder drei Generationen, wenn das Gedächtnis verkümmert und die letzten Zeugen der vorherigen Missetaten sterben, erlöscht die Vernunft, und Menschen säen wieder das Böse.“

Hier sollen nun aber andere Fragestellungen maßgeblich sein, die in erster Linie mit den Problemen bei der Fiktionalisierung des Grauens zusammenhängen. Daran knüpfen sich sowohl literarisch-ästhetische als auch moralisch-ethische Diskussionspunkte. In seinem



Olivier Guez

### Das Verschwinden des Josef Mengele

Aus dem Französischen von Nicola Deniu  
Aufbau Verlag GmbH & Co. KG  
Preis: 20,00 €  
ISBN 978-3-351-03728-4

Nachwort schreibt Guez: „Dieses Buch zeichnet Josef Menges Geschichte in Südamerika nach. Manche Schattenzonen werden vermutlich nie ganz ausgeleuchtet werden. Nur mit der Form des Romans konnte ich dem makabren Leben des Nazi-Arztes möglichst nahekommen.“ In diesen drei Sätzen stecken bereits eine ganze Reihe von Fragestellungen: Der Roman „zeichnet“ eine Geschichte nach. Was heißt das? Folgt er wissenschaftlich gewissenhaft den authentischen Spuren Menges oder arrangiert und komponiert er bisweilen die Fakten, sodass sie eine „Nachzeichnung“ ergeben, die – wie auch immer – vom „Original“ abweicht. Der Autor spricht im zweiten Satz von „Schattenzonen“, die „vermutlich nie ganz ausgeleuchtet werden“. Hier schränkt er die Nachzeichnung bereits ein und bekennt, dass sich nicht alles „ausleuchten“ ließ. Es bleiben also dunkle Stellen. Wie verfährt Guez damit? Er greift zum Mittel der Fiktion, nennt seine „Nachzeichnung“ einen „Roman“ und exkulpiert sich nicht nur im Sinne der Geschichtswissenschaft, sondern er eröffnet sich damit alle dem Genre Roman zu Gebote stehenden Mittel der Fiktionalisierung. Damit ist aber der Anspruch des reinen Tatsachenberichtes vom Tisch.

Die Freiheiten des Romans bedeuten aber auch Einschränkungen hinsichtlich ästhetischer Ansprüche. Guez „interessiert sich nur für Menges Exil: Das Vorleben – Studium, Waffen-SS, die Arbeit in den Lagern, die erste Ehe mit Irene – wird in Rückblenden, Diskussionen oder Berichten präsentiert. Der Fokus liegt nicht auf den Taten, sondern auf dem Umgang des Betroffenen mit seiner Vergangenheit“, notiert Niklas Bender und bemerkt hierin „eine erste Schwäche des Romans, denn bei Mengele ist diesbezüglich wenig zu holen: Er schwankt zwischen opportuner Vertuschung und andauerndem Stolz. So zu Sohn Rolf im Herbst 1977: „Meine Pflicht“, sagt er rundheraus, meine Pflicht als Soldat der deutschen Wissenschaft: die biologisch-organische Gemeinschaft schützen, das Blut reinigen und von seinen Fremdkörpern befreien.“ Die Schwäche zeige sich bei Guez jedoch auch im stilistischen und erzählstrategischen Gegenteil: „Der nüchtern berichtende Duktus ist hinderlich. Allgemein fragt man sich, was an einem Text, der im Reportage-Stil das Leben der Hauptfigur nacherzählt, romanesk sein soll. Guez behauptet zwar im Nachwort: „Nur mit der Form des Romans konnte ich dem makabren Leben des Nazi-Arztes möglichst nahekommen.“ Der Text zeigt dem Leser den Vorteil einer literarischen Form allerdings nicht“ (Bender).

Guez hat sein Werk in drei Teile geteilt: „Der Pascha“ (die Zeit Menges in Ar-

*»Dieses Storytelling kann man als Marketinginstrument lesen, aber auch als Symptom, wie Literatur heute medial mit Infotainment und Journalismus gerahmt wird.«*

gentinien unter Perón), „Die Ratte“ (das unstete, immer stärker ins Elend absinkende Leben in Paraguay und Brasilien) und den Epilog unter dem Titel „Das Phantom“. Allemal problematisch bleibt der Schluss, nachdem Guez beinahe genüsslich davon berichtet hat, dass Menges Knochen als „Lehrinstrumente für angehende Mediziner an der Universität von São Paulo“ zur Verfügung stehen. Was dann folgt, ist eine als geschichtsphilosophische Erkenntnis getarnte

Warnung für kommende Generationen mit altväterlich erhobenem Zeigefinger. Fabula docet: „Immer nach zwei oder drei Generationen, wenn das Gedächtnis verkümmert und die letzten Zeugen der vorherigen Massaker sterben, erlöscht die Vernunft, und Menschen säen wieder das Böse.“ Abgesehen davon, dass es „erlischt“ heißen muss, wird hier einem nicht näher begründeten anthropologischen Geschichtspessimismus das Wort geredet und ausgerechnet mit einem Gebet verstärkt, mit dem der Vater Menges seinen Sohn vor schlechten Träumen schützen wollte: „Fern mögen weichen die Traumgebilde trügerischer Vorstellungen der Nacht.“ Bei Guez heißt das: „Nehmen wir uns in Acht, der Mensch ist ein formbares Geschöpf, nehmen wir uns vor den Menschen in Acht.“

Besonders im ersten Teil erscheint Mengele, der sich in dieser Phase Helmut Gregor nennt, nur an wenigen egoistischen Zielen orientiert: „Im Grunde hat er sich nie wirklich für Politik interessiert und trotz seiner vorgeblichen Liebe zu Deutschland und seiner Treue zum Nationalsozialismus von Kindheit an vor allem an sich selbst gedacht und einzig sich selbst geliebt.“ Also genießt er sein Leben, scheffelt Geld und heiratet die Witwe seines Bruders, „zwar keine schöne, aber immerhin sinnliche Fünfunddreißigjährige“, die Mengele schon aus Rache am Verstorbenen mit Leidenschaft begattet: „Geld scheffeln und Martha bimsen.“ Aber gerade wenn es um Menges Sexualität geht, greift Guez oft daneben. Der „Alchimist des neuen Menschen“ bewundert sich im Spiegel, und Guez attestiert ihm „immer noch einen ansehnlichen Ständer“. Seine Tätigkeit als illegaler

Abtreibungsarzt liest sich bei Guez so: „(...) pfiffigen Bürgerstöckern zu helfen, in Buenos Aires diskret ihre Sünden loszuwerden“. Bisweilen hält dieser Gregor Ausschau nach „Sirenen mit Indianerhaar“, geht in einen „schummrigen Club“ zu einer „lechera, einer Schwanzbläserin (...), verbietet den gefügigen Mädchen, seine Haut zu berühren, nur seinen Schwanz, (...) er zahlt, spritzt ab und geht.“ Eichmann verachtet er und nennt ihn zugleich „Großinquisitor und

Zar der Juden“, immer wieder denkt er an Martha, „die ihn mürbe macht“, dann aber wieder „sanft und geduldig“ ist und ihn „als Liebhaberin und Geliebte entführt auf unentdeckte Seitenwege“. Im Kreis der anderen Nazis langweilt sich Mengele, weil „das pulsierende Geschlecht seiner Frau ihm deutlich lieber ist als die nach schlechtem Schnaps riechende Männergesellschaft.“ Eine neue Aufgabe erwartet ihn: Er soll einen Düngerstreuer aus dem elterlichen Betrieb verkaufen, „der in Europa ein Bombenerfolg (!) ist“. Schon in Brasilien, als Martha längst getrennt von ihm in Meran lebt, taucht eine neue Frau auf: die Ungarin Gitta. Mengele liegt krank zu Bett, Gitta aber „streichelt und strafft das eingefallene Glied des Kranken. Mengele bäumt sich auf und stöhnt, als die ungarische Bäuerin sich mit hochgerafftem Rock rittlings auf ihn setzt (...) mit ihren zweiundvierzig Jahren hat sie noch immer feste Beine, einen aufrechten Oberkörper und keck gewölbte Hinterbacken.“ Guez nennt sie eine „Tropen-Bovary“, und Mengele, in Simon Wiesenthals (und Guez') Augen ein „Jetsetter mit der Gabe der Ubiquität“, kann ihr sexuell „nichts abschlagen“. Und noch im letzten Drecksloch, das wie zum Hohn „Eldorado“ heißt, gibt es eine Elsa, die den mittlerweile kranken und prädezenten Mengele, der jetzt Don Pedro heißt, „verwöhnt und bemuttert“: „Eldorado! Die Endstation für den Eugeniker aus gutem Hause auf der chaotischen, rassendurchmischten Insel; bald werden ihn die Eingeweide Brasiliens verschlingen.“ Aber da ist ja immer noch diese Frau: „Elsa, stets auf Don Pedros Wohl bedacht, gehorcht und beginnt, seinen Kolben zu berühren, sanft zu streicheln und energisch zu bearbeiten, doch er schwillt nicht an, im Gegenteil, er schrumpft zusammen wie eine Schnecke“. Das ist alles andere als ein „ästhetisches, moralisches Kunstwerk“, das Felix Stephan in der SZ (21. August 2018) darin erkannt haben will. Das Intime des monströsen Verbrechers wird hier mit untauglichen Mitteln im Pornojargon beschrieben, anstatt sich auf die Psychopathologie, die Angst und schließlich die Paranoia eines verfolgten Verfolgers vor dem Entdecktwerden etwa durch Wiesenthal oder den Mossad zu konzentrie-

ren. Daraus allerdings wie Maxim Biller zu folgern (SZ vom 28. Dezember 2018), Guez zeige, dass jeder Deutsche Mengele war oder jederzeit wieder werden könnte“, ist schlichtweg Unsinn.

### Nur ein billiger Groschenroman

Das alles sind Beispiele nicht einer ernsthaften literarischen Auseinandersetzung mit Josef Mengele, sondern es handelt sich hier um Kitsch auf der Ebene eines Groschenromans des Billigmusters Sex & Crime. Es verwundert, dass dies den Juroren des Prix Renaudot und den überwiegend jubelnden deutschen Literaturkritikern entgangen sein soll. Kitschig sind nämlich auch die Träume, die Guez seinen Protagonisten träumen lässt, partiell angereichert sogar mit antisemitischen Klischees, die durch Hinweise auf Hieronymus Bosch und klassische Musik gestützt werden sollen. KZ-Kitsch ist der schlimmstmögliche Kitsch, den man sich denken kann. Hier verifiziert sich Benders Einwand: Der Roman „entwickelt keine spezifisch literarische Perspektive, hat keine Vorstellung von Wesen und Antrieb ihres Protagonisten. Es finden sich lediglich schüchterne Versuche, wie der einer Metaphorisierung Mengeles als „moderner, rastloser Kain“. Sie wirken so erratisch wie manche Erklärungsversuche.“ Daran ändert auch der Epilog des Buches nichts, der von einem Tribunal gegen Mengele in Yad Vaschem 1985 berichtet.

Trotz all der intertextuellen Verarbeitungen von Hannah Arendt oder Dantes „Inferno“ und Spenglers „Untergang des

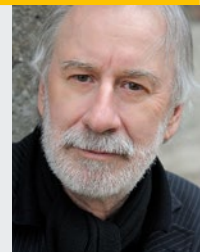
Abendlands“, Kafkas „Verwandlung“ und Joseph Conrads „Herz der Finsternis“ bleibt das Ergebnis weder ein ästhetisch anspruchsvoller Roman noch eine kühl wissenschaftlich dokumentierende Laborstudie, sondern, wie Alain Dreyfus im „Magazine littéraire“ (584/2017) schreibt, ein „Biopic über einen Prominenten“. Mit dem Regensburger Romanisten Kai Nonnenmacher, der in den „Romanischen Studien (Beiheft 4/2018) nach dem Verhältnis von Quelle und Erinnerung bei Guez fragt, darf man hinzufügen: „Dieses Storytelling kann man als Marketinginstrument lesen, aber auch als Symptom, wie Literatur heute medial mit Infotainment und Journalismus gerahmt wird.“ Und dies bei einem Stoff, der sich eigentlich gegen eine Fiktionalisierung sträubt, „weil Verkürzung und Stilisierung als Darstellungsmittel ausfallen. Wenn man dem Holocaust etwas fortnimmt, gerät man in Gefahr, ihn relativieren zu wollen.“

#### AUTOR

**Prof. Dr. phil.  
Gerhard Köpf**

Literaturwissenschaftler und Schriftsteller  
Ariboweg 10,  
81673 München

E-Mail:  
aribo10@web.de



ANZEIGE

Hier steht eine Anzeige.



## Das Archiv Geiger – Teil 2

# Farbe erleben

Rupprecht Geigers Farbvisionen überleben nicht nur in seinen Werken. Hautnah sind sein Leben und sein Schaffen im wunderbaren Archiv Geiger in München-Solln zu erleben.

In der Peripherie Sollns, dort wo der Münchner Vorort in die malerische bayerische Feld- und Wiesenlandschaft übergeht, liegt direkt neben einem Reiterhof das Archiv Geiger. Zu dem im Sinne der Bauhausarchitektur errichteten Bungalow gelangt man über einen kleinen Garten. Vorbei an einer malerischen Jurte, die für Veranstaltungen und Workshops genutzt wird und von einem von Geigers Söhnen sowohl entworfen als auch gebaut wurde, erreicht man die ehemaligen Atelierräume des extrem produktiven Künstlers. Seit dem ersten

Todestag Rupprecht Geigers 2010 wird der Flachbau mit den großen, lichten Räumen als Archiv genutzt. Dort werden seine Arbeiten verwahrt und in wechselnden Ausstellungen präsentiert. Und es sind Expertisen sowie Beratung für öffentliche und private Kunstsammlungen bei Ausstellungen zu Geigers Werken erhältlich. Neben den öffentlichen und individuellen Archivführungen, Workshops und der Kunstvermittlung für Kinder können sogar Radtouren zu den Werken Geigers in Münchens öffentlichem Raum gebucht werden.

### Essenz der Farbe

Das Archiv lebt und vermittelt Geigers aktive und einnehmende Herangehensweise an die Kunst und die Farbe. Er wollte die Kunst durch sich selbst sprechen lassen und stellte sich selbst so weit wie möglich hinter sein Werk zurück. Auch vermied er es, die direkte Wirkung seiner Werke durch Aufmerksamkeit bindende und bedeutungsschwangere Titel zu verwässern. Deshalb dominieren in seinen Werkverzeichnissen nur kurze Titel, die meist einer Nomenklatur gehorchen, die eine Reihennummer oder



**Pigmentraum  
im Archiv Geiger  
in Solln**

© Oliver Heissner

die Technik wiedergeben, mit der das Objekt geschaffen wurde. Beispielsweise steht ein E für ein Ei-Tempera-Gemälde.

Die vielfältigen Malmaterialien und Skizzenbücher, die im Archiv ausgestellt werden, geben einen direkten Einblick in Geigers Schaffen. Es existiert sogar ein Pigmentraum, in dem leuchtende Pigmente in Fässern zu sehen sind, die Geiger sich lange Zeit extra aus den USA liefern ließ.

Geiger war die Wirkung der Farbe auf den Betrachter sehr wichtig, weswegen er sich ausgiebig mit den Pigmenten, den Formen und der Präsentation der Werke beschäftigte und diese in allen Spielarten durchdeklinierte. Erst im Archiv Geigers erschließen sich die komplexen Schaffensprozesse seiner oft im Vergleich zu seinen Zeitgenossen im guten Sinne einfach wirkenden Werke. Im guten Sinne, weil er genau dorthin gelangen wollte, zur Essenz der Farbe, ohne Ablenkung. Wie mühsam der Weg hin zu etwa einem kraftvollen „Roten Rund“ war, ist seinen Werken jedoch nicht anzusehen.

### Farbräume für Farbräume

Geigers Schaffen in Reproduktionen vor Augen zu führen ist schwer, da es nicht den Intellekt, sondern die Emotion anspricht. Jedes digitale Druckerzeugnis schmälert und verfälscht die Wirkkraft der Farben. Um sich Geigers Werk also zu nähern, ist demnach ein Museums- oder der Atelierbesuch unabdingbar, dies auch, wenn die Gelegenheit fehlt, eines seiner begehbaren Kunstwerke beispielsweise in Taufkirchen zu erfahren. Vor dem dortigen Bezirksklinikum hat er einen für jeden frei zu betretenden meditativen Farbraum hinterlassen, der Besuchern schon von weitem entgegenstrahlt. Völlig umgeben von Farbe können sich darin Patienten und Passanten für eine Weile vom Alltagsgeschehen zurückziehen und Farbe tanken (Park im Isar-Amper-Klinikum, Bräuhäusstraße 5, Taufkirchen/Vils). Weitere Farbräume von Geiger gibt es unter anderem noch in der Münchner U-Bahnstation Machtfingerstraße oder auch teils bei Ausstellungen in Form einer Trombe, die mit Unterstützung seines Sohnes Florian entstand. In dieser Hinsicht erinnert Geiger ein wenig an den viel populäreren amerikanischen Künstler James Tur-

**Rupprecht und Florian Geiger, Rote Trombe, 1985, Archiv Geiger, München**



© Archiv Geiger

**„Meditationsraum“ in Taufkirchen (Vils), Bezirkskrankenhaus, Acryl/Beton, zirka 215 × 805 × 550 cm  
Auftraggeber: Bezirk Oberbayern**



© Archiv Geiger

rell, wobei es diesem vor allem um die Beziehung Licht/Raum und intellektuelle Auseinandersetzung mit menschlicher Wahrnehmung geht, während der eher wortkarge Geiger, der wenig Schriftliches hinterließ, die Emotionen und das Unbewusste ansprechen möchte.

Eine Empfehlung zum Schluss: Wer auch privat Farbe tanken will und kein Monopol für Sonnenuntergänge gepachtet hat, könnte einen Geiger-Kunstdruck erwerben. Da gerade Geiger Kunst nicht für die Reichen, sondern für jedermann machen wollte, sind viele seiner Kunst-Druck-Originale in recht großer Auflage erschienen und gut erschwinglich.

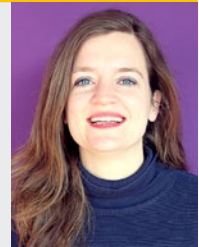
**Mehr Informationen:** <http://blog.archiv-geiger.de>  
<http://www.archiv-geiger.de>

### AUTORIN

**Dr. Angelika Otto**

Freie Journalistin  
München

E-Mail: [angelika.s.otto@gmail.com](mailto:angelika.s.otto@gmail.com)

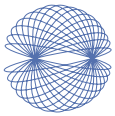


## Veranstaltungen BVDN/BDN/BVDP-Landesverbände 2019

| Datum / Ort / Zeit                                                                                                    | Landesverband / Titel / Themen                                                                                                                                                                                                                                                     | Anmeldung                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>28. – 30.3.2019, Köln</b><br><b>CME-Punkte</b><br>Park Inn by Radisson,<br>Innere Kanalstr. 15<br>9:00 – 15:00 Uhr | <b>Neurologen- und Psychiatertage 2019</b><br>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<br>Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld<br>Tel.: 02151 45469-21<br>E-Mail: bvdn.bund@t-online.de       |
| <b>10.4.2019, Düsseldorf</b><br>KV Düsseldorf,<br>Tersteegenstr. 9                                                    | <b>Landesverband Nordrhein</b><br><b>Jahreshauptversammlung des BVDN NOR</b>                                                                                                                                                                                                       | Cortex – Geschäftsstelle Krefeld<br>Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld<br>Tel.: 02151 45469-21, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de         |
| <b>26. – 28.4.2019, Greifswald</b><br>Kulturnahnhof Greifswald,<br>Osnabrückerstr. 3                                  | <b>Landesverband Mecklenburg-Vorpommern</b><br><b>Jahrestagung des BVDN MV</b>                                                                                                                                                                                                     | Cortex – Geschäftsstelle Krefeld<br>Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld<br>Tel.: 02151 45469-21, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de         |
| <b>11.5.2019, Nürnberg</b><br><b>5 CME-Punkte</b><br>Avena Park-Hotel,<br>Görlitzer Str. 51<br>9:30 – 16:00 Uhr       | <b>Bayerische BVDN-BDN-BVDP</b><br><b>Frühjahrstagung</b><br>— Leitlinien in der ambulanten Neurologie und Psychiatrie aus medizinischer und juristischer Sicht<br>— Mitgliederversammlung                                                                                         | Athene Akademie, Gabriele Schuster<br>Traubengasse 15, 97072 Würzburg<br>Tel.: 0931 20555-26<br>E-Mail: g.schuster@athene-qm.de |
| <b>13. – 14.9.2019, Bayreuth</b><br><b>8 CME-Punkte</b><br>Hotel Rheingold, Austr. 2                                  | <b>92. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte</b><br>Fortbildung und Mitgliederversammlung                                                                                                                                                                                       | Veranstalter: Bezirksklinikum Bayreuth<br>Nordring 2, 95445 Bayreuth<br>Tel.: 0921 283-0, E-Mail: bayreuth@gebo-med.de          |

## Fortbildungsveranstaltungen 2019

|                                                                                                                  |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>21. – 22.3.2019, Koblenz</b>                                                                                  | <b>Deutscher Interdisziplinärer Notfallmedizin Kongress 2019 (DINK)</b>                                                                        | MCN, Katharina Fischer<br>Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg<br>Tel.: 0911 39316-41, E-Mail: fischer@mcn-nuernberg.de                                         |
| <b>21. – 23.3.2019, Günzburg</b><br>Schloß Reisenburg                                                            | <b>Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)</b>                                                                   | Schloß Reisenburg, Internationales Institut für wissenschaftliche Zusammenarbeit<br>Bürgermeister-Joh.-Müller-Str. 1,<br>9312 Günzburg, Tel.: 0731 50-38000 |
| <b>22. – 23.3.2019, Wien/ Österreich</b><br>Seminar- und Veranstaltungszentrum Catamaran,<br>Johann-Böhm-Platz 1 | <b>Frühjahrstagung der AG Pädiatrie der DGSM und der AG Schlafmedizin und Schlafforschung der ÖGKJ</b>                                         | Conventus, Joana Krauß<br>Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena<br>Tel.: 03641 31 16-337<br>E-Mail: dgsm-paediatric@conventus.de                                 |
| <b>4. – 7.4.2019, Madrid/ Spanien</b>                                                                            | <b>13<sup>th</sup> World Congress on Controversies in Neurology (CONy)</b>                                                                     | comtecmed, Bailen, 95 – 97, pral. 1.a –<br>08009 Barcelona, Spain<br>Tel.: +34 932081145<br>E-Mail: cony@comtecint.com<br>www.comtecmed.com/cony            |
| <b>25. – 28.4.2019, Lissabon/ Portugal</b>                                                                       | <b>7<sup>th</sup> World Congress on ADHD</b>                                                                                                   | CPO HANSER SERVICE<br>Zum Ehrenhain 34,<br>22885 Barsbüttel<br>E-Mail: adhd2019@cpo-hanser.de                                                               |
| <b>16.5.2019, München</b><br>Bayerischer Bezirkstag,<br>Ridlerstr. 75                                            | <b>Zentrale Fallkonferenzen der ErwachsenenAGATE</b>                                                                                           | Cornelia Bormann M. A.,<br>Communications Management<br>Bettelpfad 62a, 55130 Mainz<br>Tel.: 06131 62799-0<br>E-Mail: bc@bormanncom.de                      |
| <b>24. – 25.5.2019, Hamburg</b><br><b>12 CME-Punkte</b>                                                          | <b>21. Jahrestagung der DGNB e.V.</b><br>Objektivierende Verfahren in der Begutachtung, Beurteilung der Fahreignung<br>Handwerkskammer Hamburg | Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e.V.<br>Buchung unter www.dgnb-ev.de<br>E-Mail: info@dgnb-ev.de   Tel.: 069 8720-3755         |



BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ [www.bvbn.de](http://www.bvbn.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 Biedenkepp**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/GÖA:** 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](http://www.neuroscout.de)**Vorstand des BDN****1. Vorsitzender:** Uwe Meier, Grevenbroich**2. Vorsitzender:** Christian Gerloff, Hamburg**Schriftführer:** Wolfgang Freund, Biberach**Kassenwart:** Martin Delf, Hoppegarten**Beisitzer:** Elmar Busch, Moers; Klaus Gehring, Itzehoe; Martin Südmeyer, Potsdam; Heinz Wiendl, Münster**Beirat:** Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg**Ansprechpartner für Themenfelder****IV und MVZ:** Uwe Meier, Paul Reuther**GOÄ/EBM:** Rolf F. Hagenah, Uwe Meier, Holger Grehl**Qualitätsmanagement:** Uwe Meier**Risikomanagement:** Rolf F. Hagenah**Öffentlichkeitsarbeit:** Vorstand BDN**DRG:** Reinhard Kiefer

Berufsverband Deutscher Psychiater

■ [www.bv-psychiater.de](http://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: [bvbn.bund@t-online.de](mailto:bvbn.bund@t-online.de)**Bankverbindung:** Sparkasse Duisburg

IBAN DE 04350500000200229227,

BIC DUISDE 33 XXX

**BVDN Homepage:** <http://www.bvbn.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](mailto:bernhard.michatz@spitzenverband-zns.de)**Delegierte in Kommissionen der DGN****Leitlinien:** Uwe Meier**Versorgungsforschung:** Uwe Meier**Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung:**

Rolf Hagenah

**Anhaltzahlen/Qualitätssicherung:**

Fritjof Reinhardt, Paul Reuther

**Rehabilitation:** Harald Masur**CME:** Friedhelm Jungmann, Paul Reuther**DRG:** Rolf Hagenah, Reinhard Kiefer**Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden****DGNR:** Harald Masur; **AG ANR:** Paul Reuther**BV-ANR:** Paul Reuther; **UEMS:** Gereon Nelles**BDN-Landessprecher****Baden-Württemberg:** Wolfgang Freund**Bayern:** Thomas Gilleßen**Berlin:** Walter Raffauf**Brandenburg:** Martin Delf**Bremen:** N.N.**Hamburg:** Heinrich Goossens-Merk**Hessen:** Rupert Knoblich**Mecklenburg-Vorpommern:** Katrin Hinkfoth**Niedersachsen:** Elisabeth Rehkopf**Nordrhein:** Uwe Meier**Rheinland-Pfalz:** Günther Endrass**Saarland:** Richard Rohrer**Sachsen:** Mario Meinig**Sachsen-Anhalt:** Michael Schwalbe**Schleswig-Holstein:** Matthias Nitschke**Thüringen:** Dirk Neubert**Westfalen:** Martin Bauersachs**Gutachterwesen:** P. Christian Vogel**Migrationssensible psych. Versorgung:**

Greif Sander

**Psychotherapie:** Christa Roth-Sackenheim**PTSD:** Christa Roth-Sackenheim**Sucht:** Greif Sander**Transsexualität:** P. Christian Vogel**Kontakt BVDN:** Sabine Köhler**BVDP-Landessprecher****Bayern:** Oliver Biniasch, Christian Vogel**Baden-Württemberg:** Birgit Imdahl,

Thomas Hug

**Berlin:** 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                                |
|----------------------------|-------------------------------|------|-------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------|
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BADEN-WÜRTTEMBERG</b>      |      |             |               |               |                                               |
| Dr. J. Braun               | Mannheim                      | ja   | KV/ÄK       | 0621 12027-0  | 0621 12027-27 | juergen.braun@dgn.de                          |
| Prof. Dr. M. Faist         | Oberkirch                     | ja   | ÄK          | 07802 6610    | 07802 4361    | michael.faist@web.de                          |
| Dr. P. Hezler-Rusch        | Konstanz                      | ja   | ÄK          | 07531 18330   | 07531 18338   | paula.hezler-rusch@online.de                  |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BAYERN</b>                 |      |             |               |               |                                               |
| Dr. G. Carl                | Würzburg                      | ja   | KV/ÄK       | 09321 24826   | 09321 8930    | carlg@t-online.de                             |
| Dr. K. Ebertseder          | Augsburg                      | ja   | KV          | 0821 510400   | 0821 35700    | dr.ebertseder@t-online.de                     |
| Dr. Angelika Lütke         | München                       | ja   | KV/ÄK       | 089 713729    | 089 71090537  | angela.luethe@gmx.de                          |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BERLIN</b>                 |      |             |               |               |                                               |
| Dr. Gerd Benesch           | Berlin                        | ja   | KV          | 030 3123783   | 030 32765024  | Dr.G.Benesch@t-online.de                      |
| Dr. R. A. Drochner         | Berlin                        | ja   | KV/ÄK       | 030 40632381  | 030 40632382  | ralph.drochner@neurologe-psychiater-berlin.de |
| Dr. R. Urban               | Berlin                        | ja   | ÄK          | 030 39220221  | 030 3923052   | dr.urban-berlin@t-online.de                   |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BRANDENBURG</b>            |      |             |               |               |                                               |
| Dr. St. Alder              | Potsdam                       | ja   | ÄK          | 0331 7409500  | 0331 7409615  | st-alder@t-online.de                          |
| Dr. M. Böckmann            | Großbeeren                    | ja   | ÄK          | 033701 338880 |               |                                               |
| Dr. G.-J. Fischer          | Teltow                        | ja   | ÄK          | 03328 303100  |               |                                               |
| Dr. H. Marschner           | Blankenfelde                  | ja   | KV          | 03379 371878  |               | info@nervenarztpraxis-marschner.de            |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>BREMEN</b>                 |      |             |               |               |                                               |
| Dr. U. Dölle               | Bremen                        | ja   | KV/ÄK       | 0421 667576   | 0421 664866   | u.doelle@t-online.de                          |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>HAMBURG</b>                |      |             |               |               |                                               |
| Dr. H. Ramm                | Hamburg                       | ja   | KV          | 040 245464    |               | hans.ramm@gmx.de                              |
| Dr. A. Rensch              | Hamburg                       | ja   | ÄK          | 040 6062230   | 040 60679576  | neurorensch@aol.com                           |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>HESSEN</b>                 |      |             |               |               |                                               |
| Prof. Dr. A. Henneberg     | Frankfurt/M.                  | ja   | ÄK          | 069 59795430  | 069 59795431  | henneberg-neuropsych@t-online.de              |
| S. Specht                  | Griesheim                     | ja   | KV          | 06155 878400  | 06155 878420  | stefan.specht@web.de                          |
| Dr. W. Wolf                | Dillenburg                    | ja   | KV          | 02771 8009900 |               | praxis@dr-werner-wolf.de                      |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>MECKLENBURG-VORPOMMERN</b> |      |             |               |               |                                               |
| Prof. Dr. J. Buchmann      | Rostock                       | ja   | ÄK          | 0381 4949460  | 0381 49       | johannes.buchmann@med.uni-rosrock.de          |
| Dr. Dr. M. Gillner         | Rostock                       | nein | ÄK          | 03831 452200  |               |                                               |
| Dr. L. Hauk-Westerhoff     | Rostock                       | ja   | ÄK          | 0171 2124945  |               | liane.hauk-westerhoff@gmx.de                  |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>NIEDERSACHSEN</b>          |      |             |               |               |                                               |
| Dr. R. Luebbe              | Osnabrück                     | ja   | KV          | 0541 434748   |               | ralph.luebbe@gmx.de                           |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>NORDRHEIN</b>              |      |             |               |               |                                               |
| Dr. M. Dahm                | Bonn                          | ja   | KV/ÄK       | 0228 217862   | 0228 217999   | dahm@seelische-gesundheit-bonn.de             |
| Dr. A. Haus                | Köln                          | ja   | KV/ÄK       | 0221 402014   | 0221 405769   | hphaust1@googlemail.com                       |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>RHEINLAND-PFALZ</b>        |      |             |               |               |                                               |
| Dr. G. Endrass             | Grünstadt                     | ja   | KV          | 06359 9348-0  | 06359 9348-15 | g.endrass@gmx.de                              |
| Dr. R. Gerhard             | Ingelheim                     | ja   | ÄK          | 06132 41166   | 06132 41188   | dr.gerhard@neuro-ingelheim.de                 |
| Dr. M. Michel              | Landau                        | ja   | ÄK          | 06341 929490  | 06341 929490  | post@dr-michel.de                             |
| Dr. Ch. Roth-Sackenheim    | Andernach                     | ja   | ÄK          | 0160 97796487 | 02632 964096  | C@Dr-Roth-Sackenheim.de                       |
| Dr. K. Sackenheim          | Andernach                     | ja   | KV/ÄK       | 02632 96400   | 02632 964096  | bvdn@dr-sackenheim.de                         |
| Dr. S. Stephan             | Mainz                         | ja   | KV/ÄK       | 06131 582814  | 06131 582513  | s.stephan@nsg-mainz.de                        |
| Dr. C. Werner              | Mutterstadt                   | ja   | ÄK          | 06234 920092  | 06234 920093  | dr.ch.werner@t-online.de                      |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SAARLAND</b>               |      |             |               |               |                                               |
| Dr. Th. Kajdi              | Völklingen                    | nein | KV/ÄK       | 06898 23344   | 06898 23344   | Kajdi@t-online.de                             |
| Dr. U. Mielke              | Homburg                       | ja   | ÄK          | 06841 2114    | 06841 15103   | mielke@servicehouse.de                        |
| Dr. H. Storz               | Neunkirchen                   | ja   | KV          | 06821 13256   | 06821 13265   | h.storz@gmx.de                                |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SACHSEN</b>                |      |             |               |               |                                               |
| Dr. M. Meinig              | Annaberg-B.                   | ja   | KV          | 03733 672625  | 03733 672627  | mario.meinig@t-online.de                      |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SACHSEN-ANHALT</b>         |      |             |               |               |                                               |
| Dr. Michael Schwalbe       | Lutherstadt-Wittenberg        | ja   | KV          | 03491 442567  | 03491 442583  | schwalbenhorst@t-online.de                    |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>SCHLESWIG-HOLSTEIN</b>     |      |             |               |               |                                               |
| Dr. U. Bannert             | Bad Segeberg                  | ja   | KV/ÄK       | 04551 969661  | 04551 969669  | Uwe.Bannert@kvsh.de                           |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>THÜRINGEN</b>              |      |             |               |               |                                               |
| Dr. D. Neubert             | Arnstadt                      |      | KV          | 03628 602597  | 03628 582894  | dirk@neubert.net                              |
| Dr. K. Tinschert           | Jena                          | ja   | KV          | 03641 57444-4 | 03641 57444-0 | praxis@tinschert.de                           |
| <b>BVDN-Landesverband:</b> | <b>WESTFALEN</b>              |      |             |               |               |                                               |
| Dr. M. Bauersachs          | Dortmund                      | ja   | KV          | 0231 142818   |               | info@klemt-bauersachs.de                      |
| Rüdiger Saßmannshausen     | Bad Berleburg                 | ja   | ÄK/KV       | 02751 2785    | 02751 892566  | sassmannshausen@bvdn-westfalen.de             |

**Dr. Uwe Bannert**

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

**Dr. Martin Bauersachs**

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

**Dr. Ute Bavendamm**

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

**Dr. Gerd Benesch**

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

**Dr. Ulrike Bennemann**

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

**Ralf Berkenfeld**

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

**Dr. Rudolf Biedenka**

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

**Dr. Oliver Biniassch**

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

**Dipl. Med. Ralf Bodenschatz**

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

**Dr. Jens Bohlken**

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

**Dr. Volker Bretschneider**

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

**PD Dr. Elmar W. Busch**

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

**Dr. Gunther Carl**

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

**Dr. Martin Delf**

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

**Dr. Ulrich Dölle**

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

**Dr. Joachim Elbrächter**

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

**Dr. Günther Endrass**

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

**Dr. Martin Finger**

Landgrafenstr. 28, 60486 Frankfurt  
Tel.: 069 77067605,

Fax: -77067607

E-Mail: praxis-finger@gmx.de

**Dr. Peter Franz**

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

**Dr. Matthias Freidel**

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

**Prof. Dr. Wolfgang Freund**

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

**Dr. Klaus Gehring**

Hanseatenplatz 1, 25524 Itzehoe  
Tel.: 04821 2041, Fax: -2043  
E-Mail: info@neurologie-gillesen.de

**Prof. Dr. Christian Gerloff**

Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf, Martinistr. 52, 20251 HH  
Tel.: 040 42803-0, Fax: -42803-6878  
E-Mail: info@neurologie-itzhoe.de

**Dr. Thomas Gilleßen**

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

**Dr. Heinrich Goossens-Merk**

Hohe Weide 17b, 20259 Hamburg  
E-Mail: dr.goossens-merk@neuro-  
logie-hamburg.net

**Dr. Holger Grehl**

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

**Prof. Dr. Rolf F. Hagenah**

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

**Dr. Dipl.-Psych. Heinz Herbst**

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

**Dr. Katrin Hinkfoth**

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

**Dr. Guntram Hinz**

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

**Dr. Thomas Hug**

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

**Dr. Werner E. Hofmann**

Elisenstr. 32, 63739 Aschaffenburg  
Tel.: 06021 449860, Fax: -44986244  
E-Mail: w.e.hofmann@onlinehome.de

**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@nervenzpraxis-  
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**

Dirksenstr. 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**

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

**Dr. Richard Rohrer**

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

**Dr. Wolfgang W. Rossbach**

Holzhoferstr. 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**

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

**Dr. P. Christian Vogel**

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

**Prof. Dr. Claus-Werner Wallesch**

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

**Univ.-Prof. Dr. Heinz Wiendl**

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

**Egbert Wienforth**

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

**Prof. Dr. Markus Weih**

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

# 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

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

## Vorschau

Ausgabe 4/2019

## April

erscheint am 12. April 2019

### Akute Verwirrtheit

Akute Verwirrtheit ist kein seltenes diagnostisches Problem. So kann es etwa nach rein klinischen Kriterien schwierig oder unmöglich sein, eine akute Verwirrtheit sicher von einer Demenz zu unterscheiden. Die häufigste Form der akuten Verwirrtheit ist das Delir und bleibt gerade in seiner hypoktiven Form sicher unterdiagnostiziert.

### Therapie von Migräneattacken

2018 ist Bewegung in die Migränetherapie gekommen: Ein Antikörper gegen den Migränetrigger Calcitonin Gene-Related Peptide wurde zugelassen und die Migräneleitlinie komplett überarbeitet.

### Missbrauchte Männer im Fokus

Bei sexuellem Missbrauch galt lange das Stereotyp: Täter männlich – Opfer weiblich. Missbrauchsfälle von Männern wurden allenfalls als spektakuläre Einzelfälle wahrgenommen. Neuere Forschungsergebnisse haben diesen Mythos widerlegt.

Hier steht eine Anzeige.

